



---

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE  
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DO TRAIRI (FACISA)  
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

**ÚRSULA COSTA**

**BUROCRACIA A NÍVEL DE RUA E AUTONOMIA PROFISSIONAL:  
IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO TRABALHO DE  
AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NO SEMIÁRIDO NORDESTINO**

**SANTA CRUZ\RN**

**2022**

ÚRSULA COSTA

BUROCRACIA A NÍVEL DE RUA E AUTONOMIA PROFISSIONAL:  
IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO TRABALHO DE  
AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NO SEMIÁRIDO NORDESTINO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (FACISA/UFRN), como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Saúde Coletiva

Orientador(a): Ana Luiza de Oliveira e Oliveira

Coorientador(a): Michelle Vieira Fernandez

SANTA CRUZ - RN

2022

Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN  
Sistema de Bibliotecas - SISBI  
Catalogação de Publicação na Fonte. UFRN - Biblioteca Setorial da Faculdade de Ciências da Saúde do  
Trairi - FACISA - Santa Cruz

Costa, Ursula.

Burocracia a nível de rua e autonomia profissional:  
implementação de políticas públicas de saúde no trabalho de  
agentes comunitários de saúde no semiárido nordestino / Ursula  
Costa. - 2022.

114 f.: il.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Rio Grande do  
Norte, Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi, Pós-Graduação em  
Saúde Coletiva. Santa Cruz, RN, 2022.

Orientadora: Ana Luiza de Oliveira e Oliveira.

Coorientadora: Michelle Vieira Fernandez.

1. Autonomia profissional - Dissertação. 2. Estratégia Saúde  
da Família - Dissertação. 3. Agente Comunitário de Saúde -  
Dissertação. 4. Política Pública de Saúde - Dissertação. I.  
Oliveira, Ana Luiza de Oliveira e. II. Fernandez, Michelle  
Vieira. III. Título.

ÚRSULA COSTA

BUROCRACIA A NÍVEL DE RUA E AUTONOMIA PROFISSIONAL:  
IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO TRABALHO DE  
AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NO SEMIÁRIDO NORDESTINO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (FACISA/UFRN), como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Saúde Coletiva

Aprovado em: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

BANCA EXAMINADORA

---

Profa. Dra. Ana Luiza de Oliveira e Oliveira  
Instituição - Universidade Federal do Rio Grande do Norte

---

Profa. Dra. Mercês de Fátima dos Santos Silva  
Examinador interno – Universidade Federal do Rio Grande do Norte

---

Prof. Dr. Luísa da Matta Machado Fernandes  
Examinador externo – Fundação Oswaldo Cruz (Minas Gerais)

## DEDICATÓRIA

*Aos meus pais, **Erivan e Piedade**, por sempre me encorajarem a enfrentar os desafios com humildade e por não medirem barreiras para me ajudar na realização dos meus sonhos. Às minhas irmãs e irmão, **Kaliane, Mariany e Tiago** por sonharem junto comigo. Às minhas cachorrinhas **Melina e Melissa** (in memoriam), por terem sido grandes companheiras durante os anos que passamos juntas. Vocês são o melhor de mim!*

## AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar a Deus pela sua existência, por ser meu refúgio, proteção, fonte de amor, por sempre me guiar e por nunca me abandonar, mesmo quando eu não mereço. O senhor, meu Deus, é minha força para continuar lutando pelos meus objetivos. Sem ti, eu nada seria!

À toda minha família por compreenderem minha distância em alguns momentos, por acreditarem em minha capacidade e por sempre me estimular a realizar meus projetos. Em especial, aos meus pais, **Erivan e Piedade**, e minhas irmãs, **Kaliane e Mariany**, pelo amor incondicional, por se fazerem presentes e por vibrarem comigo a cada conquista. Ao meu irmão, **Tiago**, pela proximidade no último ano, pelo companheirismo com suas irmãs, pelo incentivo e pelo meu presentinho que está por vir. Amo vocês!

Ao meu sobrinho, **José Manoel**, por ser nosso pacotinho de amor. Você ainda nem chegou ao mundo real, mas já trouxe tanta alegria e fortaleceu nossos vínculos familiares. Sempre tive vontade de ser tia e tenho certeza que Deus te enviou no momento certo para encher nossos corações de felicidade. Titia promete estar sempre ao seu lado, cuidando de você, te mostrando as coisas boas da vida e te ajudando a vencer todos os desafios. Só gratidão à sua mamãe, **Jelisse**, e seu papai, **Tiago**, por proporcionarem sua vida. Como já diz seu nome, você é acréscimo de Deus em nossas vidas!

À **Universidade Federal do Rio Grande do Norte, através da Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi (FACISA/UFRN)** pela oportunidade de ingressar em uma pós-graduação pública de qualidade e me proporcionar grandes vivências durante esse período como mestranda, inclusive por não ter tornado nossos estudos possíveis em meio a uma pandemia.

À cidade **Currais Novos** por ser um lugar tão agradável, acolhedora e tranquila para morar. Sou imensamente feliz por ter habitado essa cidade de povo acolhedor e aproveitado grandes momentos durante esses dois anos de Residência. Gratidão por fazer parte também da minha pesquisa de mestrado.

À minha orientadora, **Ana Luiza**, por toda a paciência, disponibilidade, confiança, por ter sido solícita quando precisei. Por muitas vezes me acalmar e ajudar diante das dificuldades que o contexto da pandemia trouxe, por todas as contribuições que fortaleceram esse trabalho e pelos conhecimentos compartilhados durante as aulas ministradas desde a Residência. À minha coorientadora, **Michelle Fernandez**, pelo carinho, gentileza e prestatividade para auxiliar nos diversos momentos da execução desse trabalho, contribuindo com todo seu conhecimento sobre os temas pensados para debate nessa pesquisa, os quais sem dúvida enriqueceram bastante essa dissertação. Às professoras Mêrces de Fátima e Luisa Fernandes, membras da banca de qualificação por todas as contribuições e conhecimentos compartilhados.

Aos **grandes mestres** responsáveis pela minha educação desde o início da vida escolar até o presente momento pelo comprometimento em transmitir conhecimentos e experiências nessa árdua, porém prazerosa missão de ensinar! Vocês são a principal base de um bom profissional!

À minha amiga de profissão e de turma, **Izabel Medeiros**, por dividir os momentos bons e todas as angústias desse mestrado, por me ajudar nas atividades, pelas dicas e conselhos

durante todo esse período. Tenha certeza que sua companhia foi essencial para enfrentar todos os obstáculos que uma pós-graduação trazem. Obrigada por tanto!

Aos meus amigos da turma de Residência, especialmente a **Gabriella, Iasmin, Jéssica Keicyane, Jéssica Rocha, João Paulo, Pauliane e Rafaella** por tornarem a vida mais leve e prazerosa, por me ensinarem um pouquinho de suas profissões, por todos os conselhos, incentivos e por viverem comigo grandes momentos. Vocês são o presente da residência para toda a vida! Apesar da distância física atual, sinto vocês sempre pertinho e torço demais pelas conquistas de cada um!

Às minhas amigas da Odontologia, **Izabel, Lana, Hanna e Wigna**, por compartilharem o dia a dia comigo, desde quando iniciamos a faculdade. Hoje, cada uma seguiu seu rumo e a distância se tornou maior, porém nunca me deixaram sozinhas. Sempre estamos nos apoiando e nos incentivando. Que nossa amizade se fortaleça cada dia mais!

Aos **demais amigos** que, mais próximos ou distantes, acompanharam várias etapas da minha vida, pelos gestos de carinho e palavras de motivação, por sempre torcerem por minhas conquistas e vibrarem com meus desempenhos. Sou muito grata por todo incentivo!

Aos meus pacientes por serem minhas fontes diárias de motivação, por me permitirem exercer uma Odontologia com amor, ética e dedicação. Que Deus me conceda saúde e permita a cada dia construir sorrisos e espalhar autoestima. Vocês são meu combustível!

A todos os **animais** que enriquecem meu cotidiano por me ensinarem o amor através dos gestos, por serem fonte de bem-estar e felicidade, inclusive nos períodos mais obscuros.

Meus sinceros agradecimentos a todos que contribuíram de alguma maneira para a realização de mais um sonho, pois nenhuma batalha é vencida sozinha!

## RESUMO

**Introdução:** O desenvolvimento de políticas públicas envolve um ciclo - identificação de problemas, formulação de políticas, decisão/promulgação de políticas, implementação de políticas, avaliação - necessário para compreender as decisões tomadas e suas consequências. Na implementação, as decisões planejadas são consolidadas em ações finais. Os Burocratas a Nível de Rua (BNR's) são agentes implementadores, responsáveis pela entrega direta das políticas aos cidadãos. No Sistema Único de Saúde (SUS), profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) são considerados BNR's de referência nas ações de saúde e, no exercício de suas funções, valem-se de sua autonomia profissional como estratégia para atender às necessidades populacionais. **Objetivo:** o presente trabalho objetivou analisar como os Agentes Comunitários de Saúde (ACS's) de um município do semiárido brasileiro estabelecem historicamente sua autonomia profissional enquanto BNR's nas rotinas de trabalho. **Métodos:** estudo qualitativo exploratório que, através da realização de entrevistas com ACS's pelo método da História Oral Temática e análise de conteúdo (Bardin), permitiu a construção de quatro categorias analíticas: a construção da autonomia profissional pelo trabalho; burocracia a nível de rua no trabalho cotidiano; traços de autonomia profissional no trabalho realizado pelos ACS na ESF; a implementação de políticas públicas e a invisibilidade do trabalhador. **Resultados:** foi observado o desenvolvimento de mecanismos de autonomia pelos ACS's na tomada de decisões durante a implementação das políticas públicas de saúde. **Conclusão:** a atuação desses BNR's pode influenciar diretamente na implementação das políticas de saúde.

**Palavras-chave:** Autonomia profissional; Política Pública de Saúde; Estratégia Saúde da Família; Agente Comunitário de Saúde



## **ABSTRACT**

**Introduction:** The development of public policies involves a cycle - problem identification, policy formulation, decision/policy enactment, policy implementation, evaluation - necessary to understand the decisions taken and their consequences. In the implementation, planned decisions are consolidated into final actions. Street Level Bureaucrats (SLBs) are implementing agents responsible for the direct delivery of policies to citizens. In the Unified Health System (SUS), professionals from the Family Health Strategy are considered SLBs of reference in health actions. In the exercise of their functions, they use their professional autonomy as a strategy to meet the population's needs. **Objective:** The present study aimed to analyze how the Community Health Agents (CHAs) of a municipality in the Brazilian semi-arid region historically establish their professional autonomy as SLBs in their work routines. **Methods:** consists of an exploratory qualitative study that, through interviews using the Thematic Oral History method and content analysis (Bardin), allowed the construction of analytical categories associated with individual and collective dimensions and the environment of action of these workers. **Results:** The development of mechanisms of autonomy by CHAs in decision-making was observed when implementing public health policies. **Conclusion:** The performance of these SLBs can directly influence the implementation of these policies.

**Keywords:** Professional autonomy; Public Health Policy; Family Health Strategy; Community Health Agent

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

<b>ABS</b>	Atenção Básica de Saúde
<b>BNR's</b>	Burocratas a Nível de Rua
<b>EMCM</b>	Escola Multicampi de Ciências Médicas
<b>ESF</b>	Estratégia Saúde da Família
<b>eSF</b>	Equipe Saúde da Família
<b>HOT</b>	História Oral Temática
<b>PNAB</b>	Política Nacional de Atenção Básica
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>UBS</b>	Unidade Básica de Saúde
<b>UFRN</b>	Universidade Federal do Rio Grande do Norte

## SUMÁRIO

<b>MINHA IMPLICAÇÃO NA PESQUISA</b> .....	9
<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	12
<b>2. REFERENCIAL TEÓRICO E REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	16
2.1- Implementação de Políticas Públicas, Burocracia a Nível de Rua e autonomia profissional.....	16
2.1.1 Processo de Implementação de Políticas Públicas.....	16
2.1.2 Burocratas de Rua como implementadores: autonomia na tomada de decisões?18	
2.1.3 Burocracia a Nível de Rua no contexto da sociologia das profissões: existe autonomia profissional? .....	25
2.2- Estabelecendo relações: Burocracia a Nível de Rua e autonomia profissional na Estratégia Saúde da Família .....	31
2.2.1 Atuação dos Burocratas a Nível de Rua na Estratégia Saúde da Família: relações profissionais e tomada de decisões .....	31
<b>3. OBJETIVOS</b> .....	38
3.1 Objetivo Geral .....	38
3.2 Objetivos Específicos.....	38
<b>4. METODOLOGIA: CONSTRUINDO O CAMINHO DA PESQUISA</b> .....	38
4.1.1 Etapas metodológicas e Aspectos Éticos da Pesquisa .....	38
4.1.2 População e local do estudo.....	39
4.1.3 Critérios de Inclusão e Exclusão.....	39
4.1.4 Técnicas e métodos de coleta de dados: História Oral Temática.....	40
4.1.5 Instrumento de Coleta de Dados .....	42
4.1.6 Análise do Conteúdo.....	45
<b>5. ANTES DO TEXTO, O CONTEXTO: CENÁRIO DO ESTUDO</b> .....	46
5.1.1 O Rio Grande do Norte, o Seridó Potiguar e Currais Novos.....	46
5.1.2 A cidade Currais Novos e sua Atenção Básica à Saúde .....	47
<b>6. RESULTADOS DA PESQUISA: ARTIGO PRODUZIDO</b> .....	49
<b>7. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	82
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	84

**APÊNDICE . Tabelas da análise de conteúdo e categorização dos dados pelo método de Bardin ..... 96**

Tabela 1. Processo de análise de conteúdo para criação da categoria “ A construção da autonomia profissional pelo trabalho” ..... 96

Tabela 2. Processo de análise de conteúdo para criação da categoria “ Burocracia a Nível de Rua no trabalho cotidiano”..... 102

Tabela 3. Processo de análise de conteúdo para criação da categoria “ Traços de autonomia profissional no trabalho realizado pelos ACS na ESF” ..... 105

Tabela 4 . Processo de análise de conteúdo para criação da categoria “ A implementação de políticas públicas e a invisibilidade do trabalhador”..... 108

## **MINHA IMPLICAÇÃO NA PESQUISA**

No início do ano de 2018, bem próximo à minha formatura em Odontologia na Universidade Federal do Rio Grande do Norte, recebi a notícia da aprovação na Residência Multiprofissional em Atenção Básica da Escola Multicampi de Ciências Médicas (EMCM/UFRN), na qual atuaria na Estratégia Saúde da Família Expedito Araújo de Lima, no município de Currais Novos, localizado na região do Seridó do Rio Grande do Norte. Depois de tanta dedicação aos estudos, a alegria em conseguir essa aprovação foi enorme, todavia também estava presente a preocupação em relação ao trabalho que eu desenvolveria naquela cidade.

Literalmente foi meu primeiro trabalho como Cirurgiã- Dentista. Me formei em uma semana e na outra já estava me mudando para Currais Novos. As expectativas eram diversas e os sentimentos me traziam vários questionamentos: Quais as atividades seriam desenvolvidas por mim? Como seria o ambiente de trabalho? Qual seria a minha relação com a comunidade, equipe e preceptores? A única certeza que tinha era que daria o meu melhor e estaria aberta à todas as oportunidades de aprendizado e dentro do serviço.

Hoje tenho certeza que foram dois anos de muito aprendizado. Trabalhar no Sistema Único de Saúde (SUS) como residente fez uma diferença enorme para a profissional que sou hoje. A Residência me trouxe amplo conhecimento e aprendizado, não só específicos à minha profissão, mas também nas relações sociais, sejam elas na Atenção Básica ou Secundária, em todos os equipamentos de atenção à saúde onde atuei.

Especificamente no primeiro ano de atuação na Atenção Básica, não demorou muito para eu perceber relações que ocorriam entre os profissionais dentro do ambiente de trabalho considerado como Unidade Básica de Saúde. Diariamente ocorriam decisões e planejamento de ações em relação à implementação de políticas públicas programadas por órgãos superiores e destinadas a prevenção de doenças, promoção, atenção e recuperação à saúde da população. Algumas vezes, era tranquilo o planejamento coletivo de ações, porém em várias outras existiam obstáculos na tomada de deliberações, sejam pela falta de recursos, dificuldades do trabalho em equipe, fatores pessoais, problemas com a gestão, dentre outros.

O desenvolvimento das atividades como residente envolvia tanto o atendimento odontológico dos usuários no consultório, como também as atividades em grupos. Dessa forma era possível trabalhar com todos os profissionais, de forma interdisciplinar, conforme

proposto nas diretrizes das políticas envolvidas na Estratégia Saúde da Família. Existia uma reunião de equipe em um turno determinado, pela qual ocorria a programação das ações semanais e mensais naquela unidade, assim como algumas capacitações em equipe, a depender das necessidades de cada demanda

Na parte da odontologia já era possível identificar problemáticas no planejamento e logística dos atendimentos, desde a marcação das consultas, cuja a baixa eficiência no processo gerava problemas no que era preconizado frente ao que era executado. Os usuários muitas vezes enfrentavam longas filas desde a madrugada para conseguir ser atendido e nem todos conseguiam uma vaga. Havia discordância entre a quantidade de “fichas” determinadas e a forma de marcação, aonde muitas vezes os agentes de saúde conseguiam marcar seus conhecidos ou pessoas de sua área na forma diferente da estabelecida, o conhecido “encaixe”.

Outras ocasiões também me causavam questionamentos sobre relações profissionais com a população adscrita. Essa dinâmica pontual se estendia para todas as profissões de saúde o que me deixou ainda mais curiosa acerca de como as relações entre os trabalhadores e população poderiam ser analisados. Porém, foi na atuação dos Agentes Comunitários de Saúde que percebia uma certa autonomia dentro de seus processos de trabalho, pois em suas rotinas diárias existia vários momentos de tomadas de decisões frente às diferentes demandas na unidade de saúde, os quais envolviam escolhas de grande responsabilidade.

Em relação ao trabalho multidisciplinar com a equipe, percebia muitos questionamentos de alguns profissionais sobre a necessidade e efetividade das ações, sejam elas fora ou dentro da unidade, sendo que muitos nem cogitavam em participar das atividades. Via também a hierarquia médica muito presente nessas ações, pois muitas vezes era necessário oferecer atendimento médico para que a população pudesse comparecer, principalmente quando eram planejadas para o período noturno.

Descrevo esses relatos no intuito de resumir situações em que as dificuldades de implementação de políticas eram bem marcantes, ao passo que vivia me questionando diariamente sobre vários acontecimentos, embora ainda não conhecesse bases científicas que justificassem esses comportamentos: quais as maiores dificuldades enfrentadas por aqueles profissionais nas suas funções? Por que é tão complicado desenvolver ações interprofissionais dentro de uma unidade? O que impede a implementação de políticas de uma maneira mais rápida e efetiva? Qual a visão dos profissionais ao precisarem decidir fazer escolhas dentro de uma mesma população?

Muitas dessas situações foram mudando e sendo organizadas ao longo do tempo, outras penso que se perpetuam, possivelmente, até os dias atuais e tenham até agravado dentro do contexto inesperado da pandemia de Covid-19. Nesse sentido, em julho de 2020, em meio à crise global pandêmica, juntamente à minha orientadora do mestrado, representantes da gestão e dos equipamentos de saúde, buscamos a construção coletiva de uma proposta de coordenação do cuidado, com o objetivo de levantar ações para organizar a atenção básica à saúde nesse período. Foi aplicado um questionário para os profissionais de linha de frente e observada muitas demandas em fatores estruturais, financeiros, organizacionais, coletivos, mostrando que as problemáticas presentes em um SUS anteriormente já frágil foi agravada em meio à pandemia. Considero um período bem complicado com reação a conseguir acordo efetivo da comissão envolvida no projeto para o desenvolvimento das ações. Foi a partir desta tentativa de reestruturação da atenção básica dos municípios de Caicó e Currais Novos que a ideia de estudar a implementação das políticas surgiu.

Os conceitos de Burocracia a Nível de Rua e o comportamento dos burocratas na implementação de políticas diante de sistemas organizacionais, associados à sociologia das profissões foram temas que se mostraram úteis para nossa investigação. Quando minha orientadora e coorientadora me apresentaram esses temas, comecei a pesquisar estudos na literatura e a perceber o quanto eles se encaixavam nas minhas análises da época da residência e como seria interessante escrever uma dissertação sobre esses aspectos, principalmente quando se considera todos os desafios enfrentados diariamente pelos trabalhadores da saúde.

No decorrer da escrita dessa pesquisa comecei a identificar aspectos marcantes de autonomia dentro da Estratégia Saúde da Família, praticada por uma categoria específica de Burocrata a Nível de Rua: os Agentes Comunitários de Saúde. De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica esses trabalhadores devem morar na própria comunidade, ao passo que estabelecem vínculos e possuem responsabilidades relevantes frente às famílias que assistem diariamente. Logo comecei a relembrar situações em que esses agentes precisavam exercer uma certa autonomia diante de situações rotineiras em seus processos de trabalho.

Portanto, essa dissertação contempla o estudo da Burocracia à Nível de Rua e sua aproximação com a autonomia profissional dos Agentes Comunitários de Saúde, que são trabalhadores de grande influência na Estratégia Saúde da Família. Por meio dela buscaremos a compreensão de como ocorre as relações cotidianas vividas pelos implementadores da linha de frente e como a sociologia das profissões pode nos ajudar a pensar estas relações.

## 1. INTRODUÇÃO

A distribuição de serviços públicos essenciais para uma determinada população envolve todo um contexto de elaboração, planejamento e execução de políticas, seja qual for o equipamento social envolvido. Em qualquer lugar no mundo, existe diariamente sujeitos que atuam em contato com outras pessoas para realizar seu trabalho de obedecer a demandas e distribuir recursos, sejam eles policiais, professores, profissionais da saúde, dentre outros.

O desenvolvimento das políticas públicas envolve um ciclo de etapas de metodologia eficaz: agenda, formulação, planejamento, decisão e implementação, avaliação. Todavia, é no processo de implementação que elas são entregues diretamente aos cidadãos e as possíveis problemáticas estruturais e fragilidades começam a surgir. É uma fase de grande importância, pois envolve diversos atores, conjunto de decisões e interrelações promovedoras de contextos específicos, as quais envolvem práticas diferenciadas e resultados distintos, a depender do espaço de atuação<sup>1,2,3</sup>.

Nesse cenário, os protagonistas principais são denominados de Burocratas a Nível de Rua (BNR's), responsáveis pela execução das políticas e serviços públicos<sup>4</sup>. São todos os agentes executores e fazedores das políticas que detêm um certo poder de autonomia e discricionariedade para realizar suas escolhas frente à normas e delegações previamente estabelecidas por órgãos superiores. Porém, essa liberdade para agir de acordo com a demanda recebida em suas rotinas de trabalho, irá depender de fatores individuais, coletivos e também relacionados ao próprio ambiente de atuação<sup>2,5,6</sup>.

Os BNR's precisam seguir regras inicialmente estabelecidas por autoridades superiores e, ao mesmo tempo, decidir qual pessoa tem a prioridade de recebê-las antes das demais, frente ao contexto em que estão atuando. Para cada uma dessas situações, o processo de autonomia pode ser influenciado por muitas causas, tais como valores e crenças pessoais; quantidade de recursos financeiros disponíveis; natureza das normas, regulamentos e serviços; informações disponibilizadas; relações interpessoais, sistemas profissionais; dentre outros<sup>5,7,8</sup>.

Por processo de autonomia entendemos a capacidade dos indivíduos para definir os termos e as condições pelas quais o trabalho deve ser realizado, existindo o respeito sobre



a liberdade de cada pessoa realizar suas escolhas de acordo com sua concepção sobre o que é resolutivo. Desse modo, a habilidade de agir conforme seus interesses (autogoverno, autodeterminação) supõe um controle sobre o processo de trabalho nas organizações, mas garantido pela sociedade<sup>9,10,11</sup>.

Neste estudo, o foco se aproxima de um tipo específico de autonomia que se manifesta nas relações entre profissões/ocupações e a sociedade, a autonomia profissional caracterizada como elemento que confere poder à profissão para que tenha liberdade em desempenhar o seu fazer sob a égide de uma dada sociedade e, conseqüentemente, sobre certo controle estatal que delimita regras, condutas e culturas a serem seguidas<sup>12,13</sup>. A autonomia, nesta perspectiva, pode ser analisada através de três vertentes práticas: autonomia técnica, autonomia política e autonomia econômica, as quais podem ser observadas no cotidiano, a depender do contexto e dos atores envolvidos<sup>14,15</sup>.

O campo da saúde tem suas particularidades para operarmos estes conceitos. No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) é o principal sistema de saúde para os brasileiros. Contempla a Estratégia de Saúde da Família (ESF) que tem extrema importância no fornecimento da Atenção Básica à Saúde (ABS) em cada território. A ESF possui trabalhadores de diferentes profissões e ocupações que precisam se articular em redes colaborativas para abordar o processo saúde doença dos indivíduos, de modo singular e articulado ao contexto das famílias e comunidade, colocando-se como uma estratégia central de reorganização das ações de promoção, prevenção e atenção à saúde, a partir da compreensão de desigualdades e iniquidades sociais<sup>2,16,17</sup>.

Nesse sentido, a organização dos serviços dentro de uma ESF precisa de uma abordagem interprofissional, assim como processos diagnósticos de realidade, programação de ações, organização do trabalho, compartilhamento de deliberações e, essencialmente a atuação em sincronia entre os membros de uma equipe. Uma implementação eficiente e efetiva exige relações adequadas entre os implementadores, logo torna-se essencial estudar a atuação desses atores sociais. Como mencionado, em um grupo de trabalhadores atuantes em uma equipe da ESF, estão incorporadas diferentes profissões e, dentro de seus núcleos uniprofissionais com códigos culturais distintos, a execução de políticas podem revelar relações de hierarquia, opiniões diferentes, sobrecargas, exaustão, incompreensões, etc<sup>18</sup>.

Assim, podemos tomar este grupo de trabalhadores como parte do processo de implementação das políticas públicas caracterizando-os como BNR's.

Lipsky (2010)<sup>5</sup> considera que profissionais da linha de frente podem ser considerados como BNR independentemente sistema de contratação, de seu vínculo de trabalho, de sua caracterização como profissão ou ocupação, uma vez que são responsáveis por promover serviços na interação direta com o usuário. Dentro do núcleo de BNR's atuantes dentro de uma equipe de Saúde da Família (eSF), os(as) Agentes Comunitários de Saúde (ACS) possuem papel implementador importante por serem considerados(as) como uma conexão entre a equipe de saúde e a comunidade, tendo em vista que existe um estabelecimento de vínculos, confiança, solidariedade, respeito, promovedores da associação entre as informações técnico-científicas e o saber popular, propiciando o acesso dos usuários aos serviços de saúde <sup>19,20</sup>.

A Classificação Brasileira de Ocupações (CBO)<sup>21</sup> atribui ao trabalho dos ACS atividades que, muitas vezes, exigem autonomia profissional durante o processo de implementação: visita domiciliar, orientação comunitária para prevenção de doenças e promoção da saúde, assistência aos pacientes, rastreamento de doenças, comunicação e incentivo às atividades comunitárias, socorro de vítimas, registro de atividades, etc. Nos distintos ambientes de trabalho, os diversos contextos de implementação podem acarretar em resultados totalmente diferentes para uma mesma política pública, em virtude da existência de interação entre a política a ser executada e a realidade local<sup>22</sup>.

Surgem então, alguns questionamentos: como atuam os ACS's na implementação de políticas públicas na ESF? Quais estilos de implementação adotados por esses trabalhadores(as) em suas atividades? Quais são os fatores que incidem sobre todo o processo? São interrogações que levam à uma pergunta geral: como os BNR's exercem sua autonomia profissional dentro do processo de implementação de políticas públicas em uma ESF?

O fato é que para compreender todas esses questionamentos fazem-se necessário uma perspectiva localizada historicamente para emergir as especificidades da construção da autonomia profissional dos ACS's e sua relação com o trabalho em saúde na implementação das políticas públicas. Por esta razão a escolha pela História Oral Temática foi relevante para trazer elementos político-sociais que evidenciasse características da Burocracia a Nível

de Rua como mecanismo de implementação de políticas públicas que não se dão, exclusivamente, de maneira vertical.

Portanto, pretende-se com essa pesquisa qualitativa contribuir para o preenchimento dessas dúvidas algumas lacunas, através da investigação da autonomia profissional dos ACS's como BNR's na implementação de políticas dentro da ESF e análise as relações presentes dentro do sistema de profissões desses trabalhadores. Dessa forma, espera-se avançar na compreensão de como o processo de implementação de políticas públicas de saúde ocorre, atentando-se para os contextos e fatores que o influenciam, como também para as práticas e interações adotadas.

A fim de responder a este questionamento, a escrita dessa dissertação foi organizada em quatro partes, além da introdução e considerações finais. A primeira parte, Referencial teórico – se estrutura em dois tópicos: “*Implementação de Políticas Públicas, Burocracia a Nível de Rua e o papel de autonomia*” - no qual se discute a temática da implementação de políticas, burocracia de rua e autonomia; e “*Estabelecendo relações: Burocracia a Nível de Rua dentro da Estratégia Saúde da Família sob o olhar da sociologia das profissões*” – que descreve a atuação de BNR's dentro da ESF, buscando correlacionar autonomia profissional como parte do sistemas de profissões, destacando o estudo da atuação dos ACS's como parte importante desse processo.

Na segunda parte – “Metodologia: construindo o caminho da Pesquisa – desenvolveremos o tópico “*Conhecendo os aspectos metodológicos da pesquisa*” - o qual explica a metodologia utilizada na realização dessa pesquisa. A terceira parte – Antes do texto, o contexto: o cenário do estudo - contém o tópico – “*Evidenciando características do cenário de Estudo*” - pelo qual são descritas as características do cenário escolhido para o estudo e os motivos para sua escolha; e, por fim, quarta parte - Resultados da pesquisa: artigo produzido – no qual foi realizada uma a sistematização dos dados coletados e um debate sobre os resultados da pesquisa no formato de artigo científico original, com alguns apontamentos relevantes que podem servir de ponta pé inicial para estudos futuros.

## **2. REFERENCIAL TEÓRICO E REVISÃO DE LITERATURA**

### **2.1- Implementação de Políticas Públicas, Burocracia a Nível de Rua e autonomia profissional**

Esse tópico objetiva apresentar de forma breve elementos envolvidos na construção da temática dessa pesquisa, por considerarmos importante situar o(a) leitor(a) quanto às vertentes que implicaram no seu processo de construção. Será realizada uma conceituação de cada tema, buscando relacioná-los entre si e com os questionamentos que eles geram dentro do estudo.

Inicialmente será feita uma explanação sobre o processo de implementação das políticas públicas, suas etapas e modelos de análise. Em seguida, tem-se uma caracterização dos elementos-chaves na distribuição dos serviços públicos, os burocratas de rua, explicando suas funções no trabalho e a manifestação de autonomia profissional dentro de cada contexto vivenciado em um sistema de profissões.

#### **2.1.1 Processo de Implementação de Políticas Públicas**

O desenvolvimento de políticas públicas envolve um ciclo de etapas, utilizado na literatura como uma metodologia analítica eficaz para compreender as diferentes decisões tomadas e seus produtos resultantes. Sendo assim, esse modelo metodológico é constituído de diferentes momentos cronológicos, divididos em: agenda (deliberação de temas prioritários); formulação (tomada de decisão e planejamento); implementação (execução); e avaliação (análise dos resultados)<sup>3, 23</sup>.

No decorrer dos últimos anos alguns autores tem buscado compreender cada uma dessas fases, principalmente dos pontos de agenda e formulação, porém existe uma lacuna nos estudos sobre a etapa de implementação das políticas, ainda pouco explorada na ciência brasileira, com poucos estudos publicados. É nessa fase que as intenções políticas são transformadas em fatos concretos e, muitas vezes, algo que é originalmente desejado pode ser diferente do que é implementado, a depender do aparecimento das dificuldades<sup>24,25</sup>.

Nos diferentes ambientes de trabalho, os distintos contextos de implementação podem acarretar em resultados totalmente diferentes para uma mesma política pública, em virtude da

existência de interação entre a política a ser executada e a realidade local<sup>22</sup>. Então, realizar a análise do processo de implementação permite visualizar, de maneira estruturada, possíveis obstáculos e erros que costumam surgir durante essa fase, buscando identificar se aquilo que foi planejado nas etapas anteriores vai se tornar realidade ou até mesmo se houve planejamento da equipe antes da execução. Porém, é essencial lembrar que nessa investigação é possível encontrar não só problemas técnicos e administrativos, mas um grande emaranhado de elementos políticos que, por serem passíveis de modificação, podem frustrar ou reajustar tais planejamentos prévios<sup>25,26</sup>.

Nesse sentido, campo das pesquisas já existentes nessa área tem considerado dois modelos principais de análise da implementação: *top-down* (de cima para baixo) e *bottom-up* (de baixo para cima). No *top-down*, existe uma separação entre política e administração, pois o foco é no controle e hierarquia das estruturas tradicionais de governança, logo, os planos devem ser executados exatamente como foram planejados. Os implementadores são avaliados sobre o quanto as decisões do governo são fielmente executadas e as problemáticas que aparecem são consideradas “desvios de rotas”<sup>23,25</sup>.

Na *bottom-up*, a política é considerada flexível, dinâmica e contínua, pois se considera a possibilidade de haver modificações no decorrer do processo de tradução das decisões, gerando resultados diferentes. É feita a análise pela outra extremidade: a dos implementadores da linha de frente, considerados como elementos-chave, uma vez que o sucesso ou insucesso dos programas dependerá habilidade desses atores e da adaptação aos diferentes contextos<sup>25,27</sup>.

Diante disso, esse tipo de abordagem busca entender a implementação no que de fato acontece, perante a descrição dos processos complexos que lhes são inerentes e os seus resultados, assumindo as limitações de cada decisão técnica e política. O foco está na equipe de linha de frente durante a aplicação das leis e realização das políticas, pois são esses trabalhadores os tomadores de decisões cruciais em seus processos de trabalho<sup>4,28</sup>.

Surge então a compreensão de que a política é feita pelas autoridades eleitas e funcionários do topo, mas executadas pelos atores de linha de frente conhecidos na literatura como BNR's. Esses agentes implementadores agem com relevante grau de decisão em suas atividades cotidianas, ou seja, até certo ponto o comportamento dos burocratas é baseado em normas, hierarquia e estrutura organizacional, ao passo que nas suas rotinas de trabalho as decisões envolvidas podem ser delegadas em função da própria natureza de suas funções, a depender das

situações que vivenciam. Tais fatores levam à uma situação paradoxal, uma vez que de um lado suas atividades são programadas com o objetivo de alcançar os resultados das políticas públicas, do outro existe um grau de adaptação e escolhas em relação à casos individuais complexos <sup>29</sup>.

Apesar dos estudos sobre implementação de políticas e desigualdades terem avançado à nível nacional, ela ainda está em processo de amadurecimento no Brasil. O campo permanece pouco explorado e ainda bastante restrito às análises relativas às ciências políticas, sendo interessante uma maior abordagem dos efeitos decorrentes da categorização e julgamentos dos BNR's, já que no contexto brasileiro as situações tomam ainda proporções e contornos diferenciados. Se políticas públicas brasileiras têm como objetivo gerar acesso universal em locais com muitas de heterogeneidades, assim como restrição de recursos<sup>30,31</sup>, é importante aproximá-las da Ciência Política para equacionar algumas questões. Tal processo é possível através do campo de saberes, agentes e práticas da Saúde Coletiva.

Diante disso, cabe aos agentes implementadores enfrentar uma aparente dicotomia entre como gerar um acesso universal frente a um contexto com desigualdades tão marcantes, as quais exigem o tratamento diferente dos desiguais. Ademais, à medida que possuem a responsabilidade de distribuir benefícios e sanções, os BNR's protagonizam debates políticos importantes na prestação de serviços públicos. A implementação pode caracterizar-se então como um processo de negociação explícita ou implícita entre membros do órgão público responsáveis pelas etapas iniciais de elaboração, os implementadores burocratas e seus usuários <sup>29,32,33</sup>.

### 2.1.2 Burocratas de Rua como implementadores: autonomia na tomada de decisões?

Em *Street-Level Bureaucracy*, Lipsky (1980; 2010)<sup>4,5</sup> denomina de BNR's os profissionais (policiais, professores, assistentes sociais, médicos, enfermeiros, agentes comunitários de saúde - ACS, dentre outros), responsáveis pela entrega direta de políticas e serviços públicos aos cidadãos. São eles que recebem ou gerenciam boa parte dos orçamentos, possuem ingerência sobre a população de baixa renda, pois é por meio deles que o cidadão tem acesso a administração pública e aos direitos e benefícios governamentais. Além disso, possuem responsabilidade na construção da imagem do Estado perante os cidadãos e são fontes de informações relevantes para o desenho das políticas públicas<sup>34</sup>.

Weber (1947)<sup>35</sup> foi um dos primeiros a pesquisar sobre a burocracia, colocando os BNR's como foco da sua discussão em uma dimensão do exercício de poder que nos interessa aqui: o poder racional-legal. Na visão dele, esses atores políticos cumpririam o papel de execução fidedigna das regras estabelecidas pelo Estado, ao seguir procedimentos pré estabelecidos e garantir a manutenção das hierarquias e de suas atribuições, ou seja, de agir de acordo com as normas legais pré definidas dentro de uma estrutura organizacional. Então, em sua Teoria Burocrática, a ideia de burocracia estaria diretamente ligada ao conceito de autoridade, segundo ele, distribuído em três tipos: autoridade tradicional, autoridade carismática e autoridade racional-legal<sup>36,37,38</sup>.

A autoridade tradicional seria baseada em costumes, tradições e práticas passadas culturalmente por figuras como patriarcas e anciões, ou seja, a legitimidade das condutas é considerada sagrada, baseada em tradições religiosas, crenças e costumes sociais. A autoridade carismática, é associada às características físicas e/ou de personalidade do líder em questão, o qual possui seguidores que reverenciam seus feitos, história e qualidades pessoais. Já a autoridade racional legal é aquela garantida por regras/normas reconhecidas e aceitas por grupos, estabelecidas por uma pessoa que assume um cargo, independente de quem seja<sup>36,37</sup>.

Os conceitos de Weber possuem uma postura técnica e mecanicista ao focar na previsibilidade e estabilidade, sem levar em conta as alterações do cenário externo, a qualificação dos membros da organização, a tecnologia e seus avanços. Todavia, a complexificação das sociedades ao longo do tempo e consequentes mudanças estruturais da atuação estatal ressignificou o papel dos BNR's, foi dando lugar à percepção de uma diversidade de funções e atribuições que merece atenção. Acredita-se então que a autoridade racional-legal é materializado dentro das profissões por meio da formação, credenciamento a própria autonomia<sup>2,36,37,38,39</sup>.

Atualmente os estudos mostram que a ação dos BNR's é um fator relevante para o sucesso das políticas públicas, pois eles precisam exercer um papel de governança para atender às necessidades de saúde da população com economicidade, eficiência, eficácia e efetividade. Ou seja, dentro da legitimidade de um espaço público em construção, esses trabalhadores desenvolvem mecanismos de liderança, estratégia e controle postos em prática para avaliar, direcionar e monitorar a atuação da gestão, com vistas à condução de políticas públicas e à prestação adequada dos serviços de interesse da sociedade. Nesse sentido, eles vivenciam

rotineiramente uma pressão dupla em suas atividades: pelo Estado para cumprirem normas e atingirem metas, e pelos cidadãos para aumentar seu acesso e efetividade nos serviços prestados<sup>5,6</sup>.

O Estado teria como base o controle administrativo ou gerencial nos setores públicos ou privado do trabalho, o qual, verticalmente manejaria a prática profissional. Por outro lado, o profissionalismo se sustentaria pelo princípio ocupacional que daria o direito de determinar e avaliar a maneira com que seu trabalho deve ser executado, sendo orientado pelo conhecimento dos profissionais para atuar de maneira livre dos consumidores ou dos gerentes<sup>40,41</sup>.

Em virtude da complexidade desse espaço de tomada de decisões, a aquisição da discricionariedade pelos BNR's é considerada como elemento chave para analisar a atuação desses autores. A literatura tem definido a discricionariedade como um espaço de racionalidade usado para transformar uma regra geral em uma determinação específica, cujas decisões são tomadas perante escolhas entre um conjunto de alternativas que a lei não pré-determina, com base em situações disponíveis em cada realidade. Os BNR's exercem suas atividades de acordo com variáveis disponíveis em sua realidade, sejam elas pessoais, profissionais, regulamentadas ou não, que, a partir delas a implementação ocorre<sup>5,42,43,44</sup>. O modelo burocrático de Weber não englobava nem proporcionava a ideia de discricionariedade, pois não caberia ao BNR's decidir o conteúdo das políticas, mas somente colocar a implementação em ação de decisões previamente tomadas pelos formuladores, sem nenhuma interferência<sup>45</sup>. Entretanto o modelo proposto pelo autor pode se aproximar do conceito de autonomia profissional em sua dimensão técnica já que para exercer-la faz-se necessário que o sujeito tenha o poder de acionar elementos racionais e científicos para realizar determinado trabalho.

No campo da Sociologia, Hupe (2013)<sup>45</sup> aponta para uma espécie de autonomia de ação administrativa na intenção de realizar julgamento das situações com que o burocrata lida, de maneira que os agentes discricionários realizam seu papel reforçando a própria liberdade. Diante disso, Lipsky<sup>5</sup> reforça sua ideia em torno desse conceito: quanto mais espaço para o exercício da discricionariedade, mais se torna importante entender como os burocratas se comportam, pois existe uma certa pressão por conflitos das políticas, padrões profissionais, objetivos organizacionais, gestão e requisitos dos públicos com os quais interagem<sup>32,34,46,47</sup>.

A manifestação da discricionariedade ocorre por meio de um processo de categorização e alocação dos usuários, no qual os indivíduos chegam em busca dos serviços públicos como



peças únicas, com demandas individuais e portadores de diferentes experiências de vida, instâncias e expectativas. É preciso os implementadores receberem as demandas e classificá-las, enquadrando cada usuário e suas precisões em categorias de atividades pré estabelecidas, porém com espaço considerável de interpretação. Outra função é tornar evidente para os cidadãos como se portarem perante o Estado, explicando os procedimentos, mostrando forma de comportamento, grau de deferência esperada, penalidades possíveis, como obter informações, dentre outros<sup>5</sup>. Essa ação exige, em certa medida, graus de autonomia no trabalho em saúde.

Nesse contexto, Freidson<sup>48</sup> considera que os trabalhadores manifestam um conjunto de estratégias coletivas com vistas a estabelecer um monopólio sobre determinado serviço. O Estado concede a autoridade legal para selecionar, recrutar, examinar, licenciar, reavaliar desempenhos e instituir os limites formais de sua jurisdição. Nesse processo, as profissões protegem-se dos interesses específicos do mundo da política pelo domínio da perícia (expertise) e a delimitação de fronteiras de trabalho, dentro do processo de profissionalização<sup>49</sup>. A partir da divisão social do trabalho contemporâneo o limite entre profissões e ocupações, como é o caso dos ACS's passa a ser limítrofe e isso nos dá margem para compreender o conceito de autonomia profissional em organizações do trabalho consideradas, pela literatura como ocupações para a implementação das políticas. Esses elementos serão tratados mais adiante.

Retomando a discussão acerca da implementação de políticas públicas, de acordo com Moleer (2009), existem dois tipos de categorização das situações encontradas neste processo: a de merecimento, considerada uma avaliação moral e individual sobre os usuários, tendo como base critérios como necessidade, responsabilidade, reciprocidade; e a de direito, que leva em conta uma dimensão grupal ou coletiva baseada na lei e suportada por critérios como equidade e direito. A adoção de categorizações em suas vivências diárias permite que os agentes de base enxerguem por vezes os programas elaborados pelos seus superiores como distanciados da realidade e, devido a isso, começam a se questionar se essas autoridades estão realmente preocupadas em solucionar os problemas sociais<sup>50</sup>.

Por outro lado, outros autores tem mostrado que as individualidades do público alvo, analisadas de maneira específica pelos burocratas, auxiliam a explicação do uso da discricionariedade como um processo social de racionalização sobre usuários diante de um contexto de regras que limitam a ação<sup>44</sup>. Também já foi demonstrado como o exercício da

discricionarietà tem influência em dimensões sociais e culturais, pelas quais a história social dos burocratas tem relação com a construção dos seus hábitos e escolhas<sup>42,51,52</sup>.

No cotidiano com os utilizadores dos serviços, os BNR's carregam consigo uma infinidade de guias normativos e interpretações que precisam ser ajustadas para se adequar às categorias administrativas diante de realidades em contextos críticos de recursos escassos e pressão tanto por parte da gestão, como dos própria comunidade. Eles precisam decidir quem deve receber o que naquela determinada situação, logo as práticas executadas a nível de rua na maioria das vezes são permeadas de elementos não oficiais que geram sistemas de construção de merecimento e acesso diferenciado de públicos à determinadas políticas. A discricionarietà acaba sendo influenciada por diversos fatores: as atividades a serem executadas, o contexto da tomada de decisão, as restrições da carga de trabalho; a cultura da organização; os constrangimentos envolvidos frente às normas; o ambiente externo à realidade<sup>5,25,53,54</sup>. Dessa forma podemos nos aproximar do conceito de autonomia profissional como o poder legitimado por uma função no trabalho que é credenciada pela Estado, mas que não passa apenas, por suas determinações normativas. A autonomia passa a ser pensada por nós como forma de colocar em prática contidas no trabalho que, não necessariamente, se vinculam com decisões do *top-down*, mas sobretudo, em dinâmicas construídas e consolidadas como *bottom-up*.

Vale, portanto, ainda que de maneira elucidativa buscar a diferença entre discricionarietà e autonomia dos BNR's. Batey e Lewis (1982)<sup>55</sup> definem autonomia como “a liberdade para tomar decisões discricionárias e vinculativas consistentes com seu escopo da ação e a liberdade de atuar com base nessas decisões”. Essa liberdade está relacionada ao “devido poder de agir”, que derivaria tanto da autoridade da posição hierárquica ocupada como do conhecimento pertencente ao burocrata. Hupe (2013)<sup>45</sup> defende a autonomia como a independência de atores em buscar o melhor caminho a ser seguido, com base de reputação por expertise e desempenho apropriado de tarefas.

Em relação ao “poder de ação”, Freidson (2009)<sup>12</sup> considera a autonomia profissional como uma qualidade que confere poder à profissão, a qual alcança seu status quando cumpre seu fazer sob a égide da sociedade e do controle estatal. Isso remete que existe um domínio da profissão em controlar seu trabalho, mas que deve ser garantido pela sociedade. Esse conhecimento ou expertise é considerado como uma habilidade adquirida ao longo do tempo

nas diversas áreas do saber e formação profissional e demonstra, na maioria das situações, que quanto maior o poder de uma profissão, maior seria a autonomia profissional. Logo, a posição de importância que a profissão apresenta no interior de uma sociedade a fazem reconhecida e importante para a resolutividade faz situações<sup>13</sup>. Entretanto, na ESF é indiscutível o poder dos ACS's na implementação de políticas públicas enquanto BNR's por estarem, necessariamente, em contato direto com a equipe e com a população.

Basicamente, quando o Estado cria as regras, cabe aos BNR's a deliberação das prioridades para cada situação envolvida. Todo esse processo irá apresentar influência na mentalidade e no comportamento de outros atores, que variam conforme suas capacidades e seu reconhecimento. São micro relações entre profissionais, trabalhadores e usuários que envolvem práticas individuais, coletivas (relacionamentos, condutas), bem como fatores organizacionais (posição hierárquica do ator, capacidades da instituição) que limitam ou promovem sua ação autônoma. Configura-se, então, um sistema de interações que podem potencializar ou dificultar a realização das atividades planejadas, na qual ocorre uma mobilização de saberes e práticas próprias da autonomia profissional<sup>5,32</sup>.

Nesse sentido, a autonomia constitui um processo de constituição de sujeitos humanos e autônomos, com capacidade de se auto - perceber e perceber o outro em sua dimensão individual e coletiva, atravessada pela criatividade e realização de solidariedade. Então, a autonomia pressupõe ao profissional o controle de seu trabalho exigindo dele uma visão global e das peculiaridades de suas práticas. Ademais, existe um espaço de liberdade no qual o trabalhador imprime seus valores, sua cultura e seu ideário profissional, logo, são distintos níveis de poder de ação, que podem variar conforme características do poder do corpo burocrático<sup>32,56,57,58</sup>.

Na Burocracia a Nível de rua, até certo ponto, existem normas, hierarquia e sistema organizacional no comportamento dos burocratas, porém, a depender de cada situação, a interpretação de como serão executadas as políticas públicas é guiada pelo poder de autonomia desses profissionais, na natureza de suas próprias funções para delegar as medidas mais adequadas, permitindo ou restringindo o acesso aos serviços e direitos frente às prioridades. Dessa forma, esses trabalhadores possuem uma posse de escolha que pode impactar diretamente no bem estar da população e na maneira como são tratados pelo Estado<sup>5,32,59,60,61</sup>.

Consoante com esta discussão, Carpenter (2001) aponta que a autonomia está associada à capacidade de “agir conforme seus interesses”, ainda que esses sejam diferentes dos defendidos por políticos ou interesses organizados. Frente a isso, alguns estudos inferem que a atuação autônoma está relacionada a algum nível de diferenciação política e de autoconsciência dos valores que embasam os objetivos da ação. Baseado em suas ideias e objetivos, esses atores podem influenciar tanto a mentalidade como o comportamento de outros em sua equipe de trabalho<sup>57,62,63</sup>.

O exercício das funções destinadas aos BNR's em suas rotinas nem sempre estarão de acordo com a estrutura organizacional. Muitas vezes os agentes implementadores não concordam com os objetivos e perspectivas dos elaboradores das políticas, logo acabam não considerando legítimas as ordens vindas de seus superiores e não trabalham em conformidade com os critérios pré estabelecidos. Parte da literatura caracteriza estes burocratas como *policymakers*, com grande capacidade de alterar o desenho original das políticas, conforme o exercício da discricionariedade em realidades imprevisíveis e de escassez de recursos. No processo de decisão sobre cada caminho a ser seguido, os funcionários não precisam violar regras, já que geralmente as condições reais de trabalho estão aquém das necessárias, legitimamente pode haver a recusa de atuar diante da veracidade dos casos. Se as leis obrigam, elas também resguardam o agente na ponta do sistema<sup>4,5</sup>.

Outro conceito, defendido por Lipsky<sup>5</sup>, seria o de “coping”, o qual pode ser definido como esforços comportamentais que os burocratas utilizam na interação com usuários para suportar, enfrentar ou reduzir demandas e conflitos que encontram no cotidiano<sup>64,65</sup>. Tais estratégias são resultantes da pressão cotidiana sofrida pelos burocratas, que precisam lidar com diferentes (e por vezes opostas) demandas de trabalho, o que os leva a desenvolver mecanismos para lidar com limitações que os impedem de exercer o seu trabalho de maneira ideal (atendimento “rotinizado”, apego, quebra ou contorno das regras; dentre outros)<sup>5</sup>.

Frente a isso, pode-se considerar que os BNR's, por atuarem mais próximos dos usuários podem ter mais capacidade para levar em conta circunstâncias peculiares e individuais no momento de oferecer o serviço, beneficiando de forma eficiente os cidadãos mais necessitados de assistência naquele determinado momento, pelo que chamamos de “discriminação positiva”. Por outro lado, existe a mesma possibilidade de que o exercício da discricionariedade faça com que esses trabalhadores aloquem recursos de forma indevida para

o favorecimento próprio ou de pessoas escolhidas por meio de relações clientelares, influenciados por julgamentos, classificações e percepções de merecimento, o que poderia impedir o acesso dos usuários à serviço que teriam direito, criando novos “nichos de exclusão”<sup>4,31,51,66,67</sup>.

Toda essa discussão mostra que a implementação das políticas de saúde exige uma grande responsabilidade, pois esses profissionais de linha de frente são os agentes executores das ações que permitem a entrega dos direitos aos cidadãos de maneira efetiva. Ou seja, suas atividades diárias exigem diversas escolhas e decisões em relação aos benefícios e as sanções que irão impactar na vida da população. Muitas vezes, o trabalho da linha de frente é ignorado por existir uma dificuldade em pesquisar esse processo, e consideram que realizar mais estudos da influência da atuação desses atores enriquecerá a compreensão sobre êxitos e fracassos na implementação”<sup>5,29</sup>.

### 2.1.3 Burocracia a Nível de Rua no contexto da sociologia das profissões: existe autonomia profissional?

Nos últimos anos, os estudos sobre os BNR's estão associados à diferentes contextos: análise das interações (burocratas entre si, burocratas e gestão, burocratas e usuários); análise dos indivíduos em atuação; análise das organizações (modelos de gestão, regras, desempenho); análise dos tipos de políticas; análise das políticas em diferentes países e estados. Algumas correntes analíticas tentam compreender a atuação dos BNR's através da dimensão corporativa que determinadas profissões detêm e influenciam na atuação desses profissionais da linha de frente. Outras analisam com perspectiva sociológica, aspectos sociais e culturais para entender a atuação da burocracia, porém são poucos os estudos relacionados à autonomia profissional e à sociologia dos sistemas de profissões<sup>68</sup>.

Em uma breve digressão para uma análise histórica conceitual, o termo “Profissão”, em seu uso mais antigo - anterior ao século XVI- relaciona-se à declaração, expressão de intenção ou propósito. Na Idade Média já é utilizada para designar as ocupações com formação acadêmica específica fornecidas pelo Estado ou por instituições religiosas, com vistas ao desenvolvimento de uma atividade ou função especializada. No período do Renascimento, as profissões tradicionais (Medicina, Direito e Teologia) foram secularizadas. A Revolução

Industrial contribuiu para o progresso da ciência, o que levou ao aumento do número e tipos de profissões resultantes da necessidade de especialistas devido à exigência técnica pela ordem política e social. Em meados do século XIX, começa a existir uma separação entre os profissionais com grau de conhecimento formal nas faculdades e os demais trabalhadores<sup>69,70</sup>.

Desde o final do século XIX, pensadores como Spencer, Weber, Durckein, dentre outros, reflexionavam sobre o fenômeno das profissões e a divisão social do trabalho, tendo como pensamento comum o fato de considera-las formas de organização social para a compreensão de trajetórias, na organização de campos de saber na construção e manutenção de laços que compõem as variadas relações em sociedade no mundo de hoje<sup>41,71,72,73,74</sup>.

Apenas no final dos anos 1960, as Universidades são ditas por Parsons (1939)<sup>75</sup> como fundamentais para a institucionalização e legitimação entre o conhecimento e a sociedade, considerando que “a origem fundamental do sistema profissional moderno residiu no casamento entre profissionais e determinadas categorias de práticos”. As profissões, para o bem e para o mal, seriam então a mais importante mudança ocorrida nas sociedades modernas, na qual a profissionalização e a legalização trabalhista tornavam-se fundamentais para a qualidade dos serviços prestados, já que nem todos possuíam competência para apreciar tais serviços.

Tomemos como exemplo o estabelecimento, nas universidades europeias durante a Idade Média, a medicina como profissão que tem conseguido uma conexão sistemática com a ciência e tecnologia, propagando uma divisão de trabalho complexa, por meio da organização de um crescente número de prestadores de serviços técnicos em torno do diagnóstico e tratamento das doenças. É preciso ressaltar que essa profissão alcançou “sucesso” em seu processo de profissionalização por ser legitimada como essencial para o bem estar dos cidadãos, desmerecendo e lutando contra outras práticas de saúde e cuidado<sup>12</sup>.

O que vale pontuar é que, salvo as exceções, o trabalho de práticos ou de ocupações buscam se aproximar deste processo de profissionalização através do desenvolvimento de uma base científica suficiente, a ponto de consolidar um trabalho que parecer ser superior aos outros ofícios de cuidar. Entretanto, esta expertise não é suficiente para a legitimidade social e assim, mecanismos como busca de controle, autonomia e credenciamento provoca aceitação da sociedade por algumas atividades laborais ocupando papel de destaque e poder social. Embora muita coisa tenha mudado nos tempos atuais, existe um certo consenso na sociedade de

hierarquia da profissão médica frente às demais, sendo considerada como um estereótipo de profissão com alto grau de autonomia técnica e econômica<sup>12,76</sup>.

Segundo Machado (1997)<sup>76</sup>, ao longo de sua história, adquiriu um vasto e complexo conhecimento empírico e científico, transformando as práticas em uma sofisticada ação com alto nível técnico científico, cuja expertise é considerada incontestável. Por apresentar tais características, a medicina, ainda que não seja nosso tema de estudo é considerada socialmente, um tipo ideal de profissão. Essa escolha de exposição para nosso estudo nos serve para afirmar que, existe um problema constitutivo das profissões: a existência de hierarquia entre os profissionais e o mundo de trabalho<sup>48</sup>. Nessa direção a divisão social do trabalho desenhou comportamentos no mundo do trabalho que merecem atenção.

Na sociologia, duas principais vertentes surgem para analisar as profissões: a funcionalista<sup>1</sup> e a interacionista<sup>2</sup>. Ao apoiar a corrente interacionista, Hughes declara que o trabalho humano deve ter como ponto de partida sua divisão social. Esse processo geraria uma hierarquização de funções com seleção profissional através da licença, por autorização legal para o exercício de certas atividades, e de mandato como maneira de assegurar uma função específica. Haveria uma diferença entre profissão e ocupação dentro das condições de exercício de uma determinada atividade e a existência do papel de profissional possibilitou compreender a emergência de um modelo de simultâneo às mudanças políticas e econômicas associadas à crescente e contínua massificação do ensino e à extensão dos mercados<sup>77</sup>.

Na ótica da sociologia das profissões, o desempenho das atividades pelos burocratas e as reflexões sobre a autonomia profissional são fundamentadas por alguns estudiosos. O sociólogo Eliot Freidson, considera o conhecimento formal como instrumento de poder que varia em cada profissão, baseado em conceitos de autonomia, *expertise* e o conceito de ideal

---

<sup>1</sup> Na vertente funcionalista, as profissões são classificadas segundo seu funcionamento e organização social, considerando-as como importância estratégica para o desenvolvimento da sociedade, isto é, uma mudança essencial para garantir a qualidade dos serviços prestados, visto que os clientes não possuíam competência para executar as atividades. O papel estatal era meramente conceder o monopólio legal, reconhecendo a superioridade técnica do profissional e a divisão do trabalho é apenas resultado da capacidade de responder às demandas sociais (DUBAR, 2005; OLIVEIRA, 2015).

<sup>2</sup> Já a vertente interacionista amplia a análise para além da formação ao considerar que o exercício profissional envolve elementos da dinâmica de interação entre o indivíduo e o mundo que circula, no “mundo vivido do trabalho”. As profissões seriam então espaços de conflitos de interesse que implicavam heterogeneidade técnica, metodológica, tipos de clientes e conceitos de missão que determinam a estrutura interna de um grupo profissional. Os profissionais se valorizam por acreditar que seu trabalho é correto e mais benéfico para a sociedade, então precisam de reconhecimento (DUBAR, 2005; OLIVEIRA & OLIVEIRA, 2015).

de serviço. Basicamente, o autor considera que a autonomia confere ao profissional o controle de seu trabalho, capacidade de julgamento e decisão, exigindo dele uma visão global das individualidades de suas práticas<sup>40,78</sup>.

A *expertise* considera o saber como elemento fundamental, ou seja, a associação entre o treinamento e experiência gera uma autoridade implícita do profissional dentro de seu monopólio de conhecimento. O ideal de serviço é considerado o compromisso social assumido pelo trabalhador dentro do sistema organizacional. Diante desses conceitos, o autor mostra que o conhecimento adquirido por meio de uma vivência específica e prolongada é característica principal das ocupações profissionais, além de defender que o monopólio do saber leva à independência no desenvolvimento de sua prática<sup>40,78</sup>. Essa independência pode ser aqui pensada como a manifestação da autonomia profissional no trabalho cotidiano.

Devemos tratar, portanto, deste conceito, oriundo da tipificação das profissões como dimensões que extrapolam esta categorização. No mundo do trabalho na atualidade ainda que uma prática não possa se enquadrar como profissões por não apresentar trabalho peculiarizado da economia formal com uma estrutura teórica de conhecimento e habilidades discricionárias; jurisdição exclusiva na divisão do trabalho; posição de proteção no mercado baseada em credenciais qualificadas criadas pela ocupação; programa de treinamento desenvolvido fora do contexto de trabalho que produza credenciais qualificadas por meio do ensino superior; competência do compromisso em realizar um trabalho adequado em detrimento do ganho financeiro e da eficiência econômica da atividade, existe autonomia profissional quando pensada em diálogo com elementos da BNR<sup>79,80</sup>. Ou seja, estes elementos estruturados ao redor da autonomia profissional gerada por uma sociedade ou Estado, dá significância e poder tanto às ocupações quanto às profissões dependendo do contexto em que são executadas as práticas de trabalho.

Ao analisar os aspectos sociológicos propostos no tipo ideal freidsoniano, Oliveira & Oliveira (2015)<sup>41</sup> propõe que o discurso do profissionalismo, narrativa que carrega a autonomia profissional, revela-se em duas dimensões distintas: a instrumental (ocorre valorização da técnica e da ciência, padronização de condutas, além de disputas políticas e econômicas) e a expressiva (conjunto de crenças e valores que os profissionais justificam suas ações individuais). Ambas as dimensões podem ser reconhecidas dentro de uma profissão ou ocupações por meio das representações sociais que apresentam forte influência



da sua estrutura organizacional. Podemos nos aproximar deste postulado para buscar compreender como os BNR's se colocam enquanto trabalhadores e / ou profissionais dentro de um sistema de profissões interdependentes que estão permanentemente em disputa por espaço, poder e porque não, por autonomia profissional. Cada profissão se dedica à um conjunto de atividades ligadas com laços de jurisdição, logo a resistência ou fragilidade desses laços determina o dia a dia de cada profissional ao influenciar ou ser influenciado pelos demais<sup>81</sup>.

A autonomia profissional é definida, portanto, como a capacidade de um indivíduo em realizar suas atividades trabalhistas por meio da utilização de habilidades, conhecimentos e atitudes para tomar decisões e resolver situações no seu espaço de atuação, ato esse que demanda possuir segurança e conhecimento para tomar iniciativa em certos momentos. Aprofundando esta discussão, Elston (1991)<sup>14</sup> propõe que o conceito de autonomia profissional no campo da saúde exige uma maior singularização e aponta três dimensões: autonomia técnica (o poder da profissão em estabelecer padrões e avaliar o desempenho clínico); a autonomia política (o poder de tomar decisões políticas como especialistas legítimos da saúde); e a autonomia econômica (o poder de determinar os graus de remuneração pessoal ou de recursos disponíveis para realizar seu trabalho)<sup>15</sup>.

Diante disso, é possível pensar no trabalho em saúde em face à duas esferas, considerando os tipos de autonomia: institucional e interacional<sup>3</sup>. Na primeira, existe a união dos preceitos de autonomia política e econômica, utilizando preponderantemente, aspectos do discurso do profissionalismo na dimensão estrutural para o fechamento social através da padronização, codificação da conduta e valorização da ciência como verdade na negociação da regulamentação profissional junto aos seus membros, clientes, Estados e demais

---

<sup>3</sup> Nesse sentido, o corpo administrativo ou institucional como, por exemplo, os Conselhos Profissionais, se asseguram pela autonomia econômica e política, encontrando-se frequentemente em uma postura organizacional em sua relação com o Estado, o mercado e a sociedade. Já a autonomia técnica é descrita como a forma pela qual um profissional aplicaria seu conhecimento em três etapas, consideradas como “singularidade do raciocínio profissional”: 1) a classificação do problema, ou diagnóstico pelo qual o profissional procura no sistema de conhecimento informações que permitam identificar o caso concreto; 2) o raciocínio/argumentação inferidos sobre o problema ou diagnóstico pelo qual o profissional analisa os possíveis caminhos para resolvê-lo; e 3) o agir sobre a problemática, no qual o profissional resolve o problema a partir de informações contidas em seu discernimento. Os detentores de autonomia técnica e econômica estariam localizados na esfera interacional e seriam repetidamente influenciados pelo mercado, clientes/pacientes e pela esfera institucional (ABOTT, 1998; FREIDSON, 1994; OLIVEIRA & OLIVEIRA, 2015).

profissões<sup>81,82</sup>. Na segunda esfera, existe a valorização da autonomia técnica, na qual o uso da ciência é acompanhado de valores, ética e compromisso com um bom trabalho, de forma que a estratégia discursiva do profissionalismo coloca-se predominantemente em sua dimensão expressiva<sup>14,83</sup>. Nesta última dimensão, defendemos que a ocupação de ACS se coloca historicamente como autônomo na implementação das políticas públicas.

Essa defesa dialoga com a afirmação de que uma profissão não é um bloco homogêneo de indivíduos, pelo contrário, ela é composta por um grupo heterogêneo de indivíduos distribuídos em ocupações e departamentos. As relações profissionais com o mundo exterior (Estado, sociedade, demais profissões e ocupações) se dariam através da autonomia profissional. Esta, teoricamente, seria corporizada no interior do profissionalismo como modelo de organização do trabalho, isto é, uma ocupação se tornaria uma profissão não só pelo fato do operador possuir conhecimentos e habilidades, mas também ao obter sucesso ao pleitear nas suas relações externas a necessidade de autonomia e autorregulação como premissa para seu desenvolvimento trabalhista. Ou seja, quanto mais próximas das profissões típicas, mais poderosas seriam as ocupações e, por conseguinte, mais autonomia teriam<sup>75,78,81,84,85</sup>.

Foi a partir deste modelo que ao longo do tempo, o surgimento de novas profissões ou ocupações com discurso profissional nas sociedades modernas transforma a organização da sociedade<sup>41</sup>. Perante isso, Freidson propôs princípios de negociação pelos quais uma ocupação se tornaria uma profissão, sistematizados por Rodrigues (1997)<sup>69</sup>: definição de uma tarefa como essencial na divisão do trabalho; reivindicações de que somente trabalhadores com certa expertise podem realizar esses encargos; negociações com outros grupos ocupacionais que realizam atividades situadas em zonas de fronteira como tentativa de delimitar um campo de atuação; e o desenvolvimento de estruturas formais as quais envolvam instituições protocolares de formação e credenciamento<sup>40,80</sup>. Dessa maneira, a autonomia profissional poderia ser explicada por esses conceitos, que podem justificar o fato de um determinado BNR ter um maior controle sobre o trabalho realizado em relação aos demais de sua equipe.

Na dinâmica de interação entre o trabalhador e o mundo ao seu redor, existe um espaço de conflitos de interesses que requerem diversidade técnica, metodológica e conceitos de missão que determinam a estrutura interna de um grupo profissional. Dessa forma, as

profissões e ocupações devem ser pensadas como arranjos estruturais, ocupacionais, institucionais e ideológicos, detentora de normas e valores para a conquista e preservação do poder<sup>78</sup>. Mas como mensurar este poder? Como questão relacional, podemos compreender que a autonomia profissional em sua dimensão técnica pode determinar, em certa medida, a autoridade de dado trabalho e não necessariamente de uma profissão ou ocupação. Nesta linha de pensamento os ACS's podem ser historicamente, tomados como trabalhadores com crescente autonomia técnica enquanto BNR's ainda que não possuam autonomia política ou econômica.

A tarefa preeminente é a de relacionar dentro do sistema de profissões estabelecidas no interior da Estratégia de Saúde da Família, como os trabalhadores exercem sua autonomia profissional para implementar políticas sendo, portanto, considerados BNR's.

## 2.2- Estabelecendo relações: Burocracia a Nível de Rua e autonomia profissional na Estratégia Saúde da Família

Nesse tópico será abordado a atuação dos Burocratas a Nível de Rua dentro da Estratégia Saúde da Família, considerada uma das principais políticas públicas do Sistema Único de Saúde. O objetivo é desvendar as variadas funções que esses trabalhadores podem desempenhar em suas rotinas de implementação, juntamente com os demais componentes da equipe, como também os fatores que podem influenciar nesse processo. Ao final, destaca-se a atuação do Agente Comunitário de Saúde e a importância do seu trabalho na implementação de políticas dentro da estratégia, justificando a sua escolha como público alvo dessa pesquisa.

### 2.2.1 Atuação dos Burocratas a Nível de Rua na Estratégia Saúde da Família: relações profissionais e tomada de decisões

No Sistema Único de Saúde (SUS), a Estratégia de Saúde da Família (ESF) é o modelo preferencial de organização da Atenção Básica de Saúde (ABS), e espera-se que ela seja capaz de abordar o processo saúde doença dos indivíduos de modo articulado ao contexto das famílias e comunidade, sendo uma opção de atendimento bem mais próximo

à realidade. Nesse contexto, a adstrição dos usuários coloca-se como estratégia central de reorganização de ações de promoção, prevenção e atenção à saúde, sendo formadas relações de vínculo, afetividade e confiança entre os cidadãos e as equipes das unidades básicas de saúde (UBS), ao passo que estas tornam-se referência para o cuidado, assegurando a resolutividade das ações de saúde e a longitudinalidade da atenção<sup>16,17,86,87,88,89</sup>.

A equipe atuante em uma ESF é composta por, no mínimo, médico, enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem e o agente comunitário de saúde com autonomia distinta e em disputa. Também poderão ser acrescentados outros profissionais como Cirurgião – Dentista, técnico ou auxiliar em saúde bucal, a depender da necessidade dos municípios. Cada gerente de uma UBS recebe das secretarias estaduais e municipais de saúde orientações relacionadas às regras estabelecidas a nível federal sobre a utilização dos recursos. A partir disso, cabe aos profissionais da linha de frente organizarem suas rotinas de implementação, tanto das ações e práticas desenvolvidas em suas rotinas de trabalho, como também as interações estabelecidas entre eles e os usuários<sup>12,87</sup>.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) define atribuições comuns a todos os profissionais dentro de uma ESF: participação do processo de territorialização; promoção do cuidado em saúde da população adscrita; visita domiciliar, integralidade de práticas; garantia da integralidade da atenção; realização de busca ativa e notificação de doenças e agravos de notificação compulsória; escuta qualificada das necessidades da comunidade com humanização e criação de vínculos; planejamento de ações multiprofissionais; promoção de qualidade do registros das atividades nos sistemas de informação; promoção de atividades de educação permanente, dentre outros<sup>16,18</sup>.

Em resumo, as normas e regulamentos são decididos a nível Federal, a começar de uma ampla negociação com outros níveis de governos e entidades como conselhos de secretarias estaduais e municipais de saúde. Após essa normatização, os municípios ao aderir a ESF, passam a receber recursos federais e, concomitantemente, são obrigados a cumprir todas as diretrizes estabelecidas. A partir disso, as secretarias municipais devem criar suas próprias rotinas de trabalho, organizar equipes, estabelecimentos e demais instâncias para o funcionamento. Todas essas operações são repassadas aos gerentes das unidades de saúde e estes, por conseguinte, para os demais membros da equipe. Pode-se

afirmar então que existe uma complexa cadeia de atores e tomadores de decisões, da qual pode gerar uma série de transformações a depender dos contextos envolvidos ao longo do território nacional<sup>16</sup>.

Dentro da ESF, o desenvolvimento de ações envolve o trabalho interdisciplinar em equipe, pelo qual ocorre a valorização dos diversos saberes e práticas na visão de uma abordagem integral e resolutiva, além do acompanhamento e avaliação dessas ações implementadas, com o objetivo de readequar o processo de trabalho. Devido ao contato direto com a população atendida nesses serviços, os BNR's possuem um grande impacto na vida das pessoas, uma vez que vivenciam as realidades de cada comunidade, recebem e transmitem as expectativas dos usuários sobre as políticas; criam regras de acesso aos benefícios ou recebimentos de sanções; medeiam aspectos das relações institucionais dos cidadãos com o Estado, tornando-se lócus da ação pública<sup>4,16</sup>.

Muitas vezes, no trabalho em equipe cada área profissional é compreendida como um conjunto de atribuições, tarefas ou atividades que são conectadas em diferentes processos, baseado no conhecimento sobre as funções do outro, valorizando a participação deste na produção do cuidado e estruturando consensos quanto ao alcance coletivo dos objetivos e resultados pretendidos. É interessante considerar que as pessoas não tem livre arbítrio para escolher com quem trabalham juntos, mas formam agrupamentos diante de cada situação que aparece, só que sempre trazem consigo suas representações e experiências anteriores<sup>18</sup>.

Dessa forma, no campo da saúde, o trabalho multiprofissional significa dividir tarefas, colaborar e interagir democraticamente, abarcando diferentes saberes, práticas, interesses, logo, surge a necessidade de estabelecer um plano de trabalho em comum para o cuidado centrado no usuário e na comunidade envolvidos. O ofício em equipe se torna pressuposto para a integralidade das ações de saúde, requerendo a construção de um projeto de assistência comum para atender às necessidades da população com qualidade<sup>90</sup>.

De acordo com Marsiglia (2004)<sup>90</sup>, as diretrizes operacionais para implementação da ESF divergem das que normalizam os hospitais de ensino e as atribuições das equipes multiprofissionais são amplas e complexas, exigindo dos profissionais de saúde novos e continuados conhecimentos, além da capacidade de análise dos problemas para o encaminhamento das soluções. Diante disso, os burocratas atuantes em uma ESF absorvem uma elevada responsabilidade dos serviços e são considerados esperança do

público na resolução dos seus problemas, ao passo que sofrem pressões para o cumprimento adequado das metas<sup>5,25</sup>.

Sendo assim, existem fatores que implicam positivamente ou negativamente no processo de implementação, já observados por alguns autores, tais como: limitação de recursos, falta de clareza nos desenhos das políticas, valores e crenças pessoais, incertezas de trabalho, interesses particulares ou de categoria dos burocratas, relações interpessoais, pressões ambíguas sofridas, desencontro de interesses, conhecimentos e desconhecimentos<sup>5,29</sup>.

Vale salientar que uma equipe de ESF é composta por diferentes profissões e ocupações, mas principalmente de pessoas que trazem particularidades próprias, como: gênero, inserção social, tempo e vínculo de trabalho, vivências, formação e capacitação, visões de mundo, diferenças salariais, interesses próprios. Essas características influenciam o processo de trabalho, já que mudanças no comportamento (temperamento, caráter, personalidade, etc) podem ser considerados possíveis entraves para o relacionamento interpessoal e, conseqüentemente, pode interferir diretamente na implementação dos serviços<sup>2,5,18,92</sup>.

Alguns estudos com profissionais de linha de frente já identificaram problemáticas que interferem no exercício da autonomia pelos BNR's: insatisfação com o trabalho realizado, incompatibilidade entre horas trabalhadas e remuneração, descontentamento econômico e pessoal, más condições de trabalho, sentimento de desvalorização e desprestígio, desencantamento com a profissão e com o próprio trabalho<sup>34,93</sup>.

De fato, condições adversas encontradas no ambiente de trabalho podem causar alienação, impotência, estresse, conflitos, disputas de poder, sentimentos de medo, insegurança e baixa autoestima, reprimindo iniciativa de mudanças e implementações, a fim de garantir uma assistência integral e qualificada. Muitas vezes, o papel na equipe não é compreendido de forma clara e consciente, logo as atitudes se tornam individuais e a competição fica bem mais notória<sup>90,94,95</sup>.

Fernandez e Guimarães (2020)<sup>3</sup> caracterizam a atuação do BNR's como uma variável dependente, considerando três conjuntos de fatores influenciadores em suas rotinas: políticos, organizacionais e profissionais. Os fatores políticos se inserem dentro de um sistema de controle das ações desses atores sociais. Pesquisas que analisam

sistemas federalistas e discutem a capacidade de autoridade que os funcionários políticos podem exercer sobre os burocratas mostram, com base em dados administrativos, que o poder político partidário está relacionado com a variação do desempenho dos trabalhadores de ponta<sup>3,29,66</sup>. Já outros estudos que analisam com mais profundidade a atuação dos burocratas, demonstram uma menor capacidade controle das autoridades superiores nesses trabalhadores<sup>29</sup>.

Frente a isso, os profissionais dos níveis operacionais dos serviços públicos não necessariamente compartilham dos mesmos objetivos que seus superiores e, quando não existe essa conformidade, é esperado que não se esforcem para alcançar os objetivos propostos. Nesse sentido, se os incentivos e sanções disponíveis aos níveis superiores não são suficientes para consertar discordâncias, pode-se surgir uma falta de motivação para o desenvolvimento das atividades. Cabe à gestão a função de buscar alternativas para melhorar a satisfação com o trabalho, conservando a produtividade<sup>5</sup>.

Já os fatores organizacionais focam nos papéis das organizações de controle (ou não) da discricionariedade dos trabalhadores de ponta, relacionando à atuação dos profissionais à estrutura do ambiente de serviço<sup>29</sup>. Basicamente, o trabalho executado pelos burocratas pode estar condicionado à incentivos organizacionais formais, já que a existência de complexidade organizacional aumenta a necessidade de decisões discricionárias, como também dificulta o controle e monitoramento das ações<sup>51</sup>. Acrescenta-se a isso o fato da restrição de recursos frente a uma alta demanda dos usuários pode mudar as estratégias de discricionariedade, podendo levar a atitudes individuais pelos implementadores ou criação de respostas iguais em uma mesma rotina para usuários com problemas diferenciados<sup>4</sup>.

Soma-se a isso os fatores profissionais, os quais referem-se à ideologia do trabalhador e normas construídas em seus processos de trabalho, influenciados pelos interesses individuais. Segundo Winter (2010), aspectos ideológicos e crenças individuais podem influenciar no comportamento discricionário dos trabalhadores, determinando uma conduta excludente em maior ou menor grau com relação aos usuários que buscam atendimento nos serviços<sup>29,95</sup>.

Diante disso, pode-se afirmar que os fatores influenciadores do comportamento dos BNR's na implementação de políticas públicas distribuem-se como pessoais (crenças,

valores, altruísmo, vocação, auto interesse, poder discricionário), institucionais ou gerenciais (discricionabilidade, sistemas de controle, responsiveness, leis, regras, recursos, incentivo, desempenho, estruturas de poder) e relacionais (com os usuários, gerentes e políticos). Ao analisar processos de trabalho é importante considerar as relações entre objetos, instrumentos e agentes como seus elementos constituintes. Em suas atuações profissionais, os agentes operam a transformação de objetos em produtos, através da realização de suas funções diárias. Quando existe uma divisão técnica do trabalho, é produzido um fracionamento desse trabalho original com a equipe, assim como introduz aspectos de complementariedade e interdependência em uma mesma área de produção<sup>34,97</sup>.

O entendimento de toda essa multiplicidade torna-se ainda mais complexo pelo fato de ser essencial analisar esses fatores por diferentes perspectivas teóricas e campos distintos. Na área do direito administrativo, preocupa-se em prescrever e normatizar os deveres e responsabilidades dos burocratas. Na economia, a preocupação é criar modelos econômicos racionais que procurem evitar grandes problemas de implementação ou comportamentos de fuga frente às suas funções. O campo das ciências políticas busca colocar em prática modelos de controle político e social para efetivar a conformidade dos trabalhadores. E assim ocorre com os demais campos, porém são necessários estudos para identificação de quais áreas demandam de maior ou menor discricionabilidade na execução das políticas, uma vez que os BNR's podem apelar para regras e leis com vistas a justificarem suas próprias decisões ou ações<sup>96,97,98</sup>. É nesse tabuleiro político e organizacional que os trabalhadores e trabalhadoras se movimentam enquanto BNR's, então é interessante buscar compreender como funciona e onde surge esse movimento.

Os ACS, ainda que não sejam considerados profissionais pela definição de “profissão” clássica, são considerados BNR'S dentro da ESF por estabelecerem o contato direto entre o Estado, os demais profissionais da equipe e os usuários da saúde, sendo escolhidos dentro da comunidade onde atuarão. Moram no próprio território adscrito e assumem a responsabilidade de ajudar as famílias a cuidarem de seu próprio bem-estar e da saúde comunitária, atendendo junto à equipe moradores de cada residência pela qual lhe é designada. Em suas atividades, adotam estilos de mediação que permitem implementar políticas de acordo com o entendimento que possuem a respeito da



necessidade ou da capacidade de apreensão do usuário, muitas vezes transformando a linguagem técnica para uma linguagem comum do cotidiano nos interlocutores<sup>2,16</sup>.

A criação de relações de vínculo e confiança com a comunidade muitas vezes permite uma maior abertura dos indivíduos para o repasse de informações sigilosas, inicialmente para os ACS's, por serem os primeiros a identificarem as problemáticas. O SUS garante aos seus usuários a privacidade das informações, princípio esse derivado da autonomia, o qual engloba a intimidade, a vida pessoal e a honra dos indivíduos, sendo permitida a estes a jurisdição de manter seus dados sob seu exclusivo controle, como também de comunicar a quem, quando, onde e em que condições devem ser revelados. Deste modo, a manutenção do sigilo constitui obrigação ética desses profissionais e dos demais da equipe<sup>99,100</sup>.

Em suas rotinas de trabalho, o ACS aproxima o saber técnico da equipe de saúde ao saber popular presente nos diversos grupos sociais da sua comunidade, desenvolvendo três dimensões: dimensão técnica (monitoramento de grupos específicos, doenças preponderantes e de risco, através de visitas domiciliares à famílias e informações em saúde com base do saber clínico e epidemiológico); dimensão política (reorientação do modelo de atenção à saúde na discussão das problemáticas da comunidade, enriquecendo a cidadania pela educação em saúde, com base nos saberes da saúde coletiva); dimensão da assistência social (tentativa de resolução de questões como o acesso aos serviços). Todos esses fatores mostram o trabalho do ACS como complexo e, a depender do contexto, pode originar relações conflituosas e, muitas vezes, direcionada para uma determinada dimensão<sup>101,102</sup>.

Além disso, é possível considerar a atuação do ACS como BNR uma mola propulsora do SUS, em virtude de, além das dimensões citadas, exercer o papel de educador para a saúde, ao organizar o acesso aos serviços, captar as necessidades, estabelecer prioridades e identificar situações de risco<sup>102,103</sup>. Dessa forma, exerce sua autonomia profissional na gerência de suas atividades no enfrentamento de desafios. Em vista disso, é interessante analisar todas as funções exercidas por essa categoria de BNR na ESF, contextualizando todo o processo envolvido na distribuição de políticas de saúde no território brasileiro.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo Geral**

Analisar a influência da autonomia profissional de Agentes Comunitários de Saúde como Burocratas a Nível de Rua na implementação de políticas públicas de saúde no Município de Currais Novos, Rio Grande do Norte.

#### **3.2 Objetivos Específicos**

- Identificar os mecanismos de autonomia profissional no cotidiano de trabalho de ACS's
- Verificar como os ACS's enquanto BNR's utilizam materializam a autonomia profissional em suas rotinas de trabalho.

### **4. METODOLOGIA: CONSTRUINDO O CAMINHO DA PESQUISA**

#### **4.1 – Aspectos metodológicos da pesquisa**

Esse tópico tem como propósito apresentar o processo metodológico desenvolvido nessa pesquisa. Para esse fim, será detalhado cada etapa, pontuada e explicada a escolha teórica para coleta de dados e análise das narrativas coletadas na perspectiva da História Oral Temática.

##### **4.1.1 Etapas metodológicas e Aspectos Éticos da Pesquisa**

A pesquisa é do tipo qualitativa e foi constituída por uma sequência de passos metodológicos: 1) levantamento bibliográfico; 2) realização de entrevista em profundidade com os ACS's (burocratas atuantes na ESF), baseada no método da História Oral Temática (coleta de dados); 3) construção de tipologia para categorização dos dados; 4) construção de narrativas para discussão dos resultados (análise dos resultados).

O projeto foi cadastrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), através da Plataforma Brasil, e enviado para apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), de

acordo com a resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), com aprovação do parecer de número CAE: 48035621.0.0000.5568.

Antes de iniciar a pesquisa, os profissionais foram orientados a respeito da possibilidade de suas respostas serem registradas e utilizadas como material de estudo, publicações científicas, artigos periódicos ou em revistas, sem identificação pessoal. Aqueles que concordaram em participar assinaram um termo de autorização, o Registro de Consentimento Livre e Esclarecido (RCLE), por meio de um link de um formulário criado no site Google Forms, enviado via Email ou Whatsapp anteriormente à data da realização da entrevista, a partir da intenção assinalada em um campo do documento “ Aceito  Não aceito”. Por questões éticas, o nome dos participantes foi substituído por outros fictícios.

#### 4.1.2 População e local do estudo

A população deste estudo foi constituída por (04) quatro agentes comunitários de saúde que atuam há mais tempo na Estratégia Saúde da Família do município de Currais Novos, localizado no Estado do Rio Grande do Norte. Na perspectiva de pesquisa qualitativa em que a compreensão de fenômenos se projeta na profundidade dos dados, o quantitativo de sujeitos se dá por sua relevância social e histórica e as narrativas são produzidas de acordo com o que é trazido por cada um deles. A opção por encerrar a nossa coleta com 4 ACS's se deu por saturação dos dados tendo em vista que estes 4 sujeitos são os ACS's mais antigos do município e estão atuando na ESF do município desde o início. O local das entrevistas foi escolhido previamente pelos participantes.

#### 4.1.3 Critérios de Inclusão e Exclusão

Foram incluídos os profissionais que estavam atuando nas equipes de atenção básica do município, desde o início do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) – desde 1992 - até o presente momento. Todas essas informações foram dadas pela secretaria de saúde do município. A adoção desse critério permitiu coletar informações de diversas fases de implementações de políticas ao longo dos anos no município. Foram excluídos os profissionais que estavam desde o início do PACS, por algum motivo

(enfermidade, licença, por exemplo), não puderam participar da pesquisa na época da entrevista.

#### 4.1.4 Técnicas e métodos de coleta de dados: História Oral Temática

A coleta de dados dessa pesquisa qualitativa foi realizada através de entrevistas individuais em profundidade pela técnica da História Oral Temática. O contato inicial com os participantes foi feito via telefone\Whatsapp, dados esses fornecidos pela secretaria de saúde, previamente selecionados pelos critérios já mencionados no tópico anterior. Foi realizada a descrição a respeito dos objetivos da pesquisa, seus desdobramentos, todos os passos metodológicos e acordada a data e local para realização da entrevista. Todos que concordaram em participar assinaram o Registro de Consentimento Livre e Esclarecido (RCLE).

Os participantes foram ouvidos no local em que desejaram produzir sua narrativa. Uns foram entrevistados na própria ESF, ao passo que outros preferiram o contato virtual, em dias e horários previamente acordados. Cada entrevista durou cerca de 40 minutos. Optou-se por utilizar para o encontro narrativo um roteiro semiestruturado (Quadro 1), previamente elaborado em temas iniciais e intermediários, com o objetivo de compreender a autonomia profissional enquanto elemento da Burocracia à Nível de Rua dos ACS'S na implementação de políticas públicas na ESF.

Em relação ao método escolhido para essa etapa, pode-se dizer que a História Oral Temática é um tipo de metodologia qualitativa que busca através de narrativas refletir sobre as experiências dos sujeitos por meio da realização de entrevistas gravadas com indivíduos que vivenciaram acontecimentos e conjunturas do passado e do presente. É definida como um conjunto de procedimentos que se inicia com a elaboração de um projeto e continua com o estabelecimento de um grupo de pessoas a serem entrevistadas: “é uma prática de apreensão de narrativas feitas através do uso de meios eletrônicos e destinadas a recolher testemunhos, promover análise de processos sociais do presente, e facilitar o conhecimento do imediato”<sup>104</sup>. Entendemos, portanto que a História social é incorporada nos sujeitos que se manifestam de acordo com o momento histórico em que vivem.

Uma definição mais completa é dita por Ribeiro & Oliveira (2018)<sup>105</sup> ao considerarem a história oral como um trabalho de pesquisa atento ao diálogo e cooperação de sujeitos, considerando suas experiências, memórias, identidades e subjetividades para a produção do conhecimento. Nesse processo acontecem intervenções e mediações e se dá a construção de narrativas. O registro e transposição oral dessas narrativas para a escrita cria a possibilidade de sistematizar estudos referentes à experiência de pessoas, de grupos e de instituições”.

Nesse tipo de pesquisa as entrevistas são a principal fonte de informação do pesquisador, as quais podem ser feitas a partir de um roteiro norteador ou questões abertas, uma vez que oferecem ao participante um maior poder de escolha durante sua narrativa para responder questões mais pontuais e objetivas. Na condução das perguntas o pesquisador deve estar ciente do seu papel de mediação ao longo da sua produção de dados para a sua pesquisa, considerando o entrevistado como um grande colaborador, logo deve reforçar relações de confiabilidade entre quem fala e quem ouve, deixar que o participante disserte, o mais livremente possível, sobre sua experiência pessoal e coletiva e desenvolva sua narrativa de acordo com sua vontade e condições<sup>106,107,108</sup>.

É possível inferir que o diálogo entre entrevistador e entrevistado se torna um “lugar de escuta”, aonde deve ocorrer o respeito às especificidades sociais, históricas e culturais. Porém, a entrevista em si não encerra o trabalho. O projeto presume o planejamento inicial da condução das entrevistas com definição de locais, tempo de duração e demais fatores ambientais; transcrição e estabelecimento de textos; conferência do produto escrito; autorização para uso; arquivamento e a publicação dos resultados que devem ser retornados ao grupo entrevistado<sup>106,108</sup>.

Então, com as narrativas em mãos, foram realizadas três etapas importantes na produção do conteúdo. A primeira foi a transcrição e consistiu em transcrever de forma *ipsis litteris* o conteúdo gravado, incluindo até mesmo informações adicionais (ruídos, vícios de linguagens, repetições, expressões regionais), a fim de respeitar as experiências narradas, assim como manter um acervo fraseológico e uma caracterização vocabular de quem contou a história. Essa etapa se caracteriza como uma leitura flutuante das narrativas pela qual núcleos de sentido podem ser criados de forma única. Na segunda fase foi feita a textualização para tornar o texto mais fluido, cronológica e

historicamente sistematizado e valorizando os sujeitos que nos contarão as histórias, a fim de não comprometer a capacidade de assimilação do leitor. Na terceira e última etapa foi realizada a conversão do texto em uma narrativa passível de análise, a transcrição, que nos permitiu criar categorias, mas mantendo-se fiel à mensagem que o entrevistado quis comunicar.

Portanto, a escolha da História Oral para essa pesquisa se deve ao fato dessa técnica manifestar uma memória expressa num momento de uma entrevista, sob a forma de linguagem falada, minimizando riscos do esquecimento, atuando com objetivos pré-definidos, seguindo uma sequência clara e imparcial que nos permite ressignificar as narrativas de acordo com os objetivos propostos.

#### 4.1.5 Instrumento de Coleta de Dados

A entrevista em profundidade pelo método da História Oral Temática foi feita com base em um roteiro semiestruturado (Quadro 1), organizado em temas iniciais e intermediários de acordo com a temática da pesquisa, aonde buscou-se identificar relações cotidianas dos mesmos no ambiente de trabalho e com os demais da equipe, dentro da ESF. As perguntas foram criadas com base no referencial teórico, com o objetivo de valorizar os sujeitos, suas histórias cotidianas e incentivar narrativas a respeito de seus processos de construção enquanto trabalhadores, profissionais e, em nossa perspectiva, BNR's.

**QUADRO 1.** Roteiro base para a entrevista com os profissionais.

<b>TEMA INICIAL</b>	<b>TEMA INTERMEDIÁRIO</b>	<b>POSSÍVEIS PERGUNTAS</b>
<p><b>Burocracia à Nível de Rua e Autonomia Profissional</b></p>	<p><b>Autopercepção dos profissionais sobre seus papéis de atuação na ESF</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Você teve capacitação antes de atuar como ACS?</li> <li>* O que e como você faz diariamente no seu trabalho na ESF?</li> <li>* Você se sente apto (a) a desenvolvê-las?</li> <li>* Você considera que pode fazer o que desejar aqui na ESF?</li> <li>* Você se sente motivado no seu trabalho diário?</li> <li>* Você sente que tem liberdade para realizar suas atividades?</li> <li>* Qual seu maior aprendizado na atuação da ESF?</li> </ul>
	<p><b>Percepção sobre as condições de trabalho</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Como você considera as condições disponíveis na ESF para desenvolver seu trabalho?</li> <li>* Você faz algo na unidade que não é sua função?</li> <li>* Se você tivesse oportunidade de aprimorar algo no seu trabalho, o que seria?</li> <li>* Você acha seu trabalho difícil de realizar?</li> <li>* Quais as dificuldades do seu trabalho?</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>* Você consegue acompanhar todas as políticas da sua área?</li> <li>* Quais as vantagens do seu trabalho?</li> </ul>
	<p><b>Relações interprofissionais com a equipe da ESF</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Como você considera a relação com os demais profissionais da equipe?</li> <li>* Você acha que seu trabalho garante o funcionamento da unidade?</li> <li>* Você considera que faz um papel que seria de outro profissional (do médico, por exemplo)?</li> <li>* Como funciona as decisões em equipe?</li> <li>* O que poderia mudar na sua rotina de trabalho com a equipe?</li> </ul>
	<p><b>Autopercepção do processo de trabalho e autonomia profissional</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Você se considera uma pessoa que luta pelos seus direitos?</li> <li>* Você consegue acompanhar todas as políticas da sua área?</li> <li>* Alguma vez você já fez algo diferente para ter acesso às políticas?</li> <li>* Você já se recusou fazer alguma atividade por não concordar com as normas?</li> </ul>

Fonte: criado pelos próprios autores



#### 4.1.6 Análise do Conteúdo

Após várias leituras do material transcrito, na fase de pré – análise foi feita a averiguação do *corpus* dos documentos transcritos, a formulação de hipóteses e a elaboração de possíveis indicadores que fundamentassem a discussão dos resultados. Nesse sentido, no intuito de produzir uma narrativa coletiva emergentes da técnica da entrevista individual em profundidade pela História Oral Temática, adotou-se o método de análise de conteúdo de Bardin, o qual configura como um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, com o objetivo de identificar o sentido do que foi citado<sup>109</sup>.

Para esse fim, na fase de exploração do material foram construídas operações de codificação dos textos transcritos em unidades de registro (palavras, frases) e de contexto, classificação dessas informações em códigos de categorias temáticas, baseado em regras precisas sobre informação textual, representatividade das características do conteúdo para entender o sentido da fala dos entrevistados, preparação de pressupostos, além da formulação e estabelecimento de indicadores para uma adequada interpretação dos dados. As categorias dizem respeito às perspectivas do investigador, aos objetivos da pesquisa, às questões norteadoras, às propriedades da mensagem, à objetividade e à produtividade<sup>109,110</sup>.

A partir do processo de codificação, foram criadas quatro categorias analíticas gerais constituídas a partir do eixo central de cada uma delas: 1) a construção da autonomia profissional pelo trabalho; 2) Burocracia a Nível de Rua no trabalho cotidiano; 3) traços de autonomia profissional no trabalho realizado pelos ACS na ESF; 4) a implementação de políticas públicas e a invisibilidade do trabalhador. A partir dos depoimentos dentro da História Oral foi criado para cada categoria uma frase eixo nomeada de “Tom Vital”, o qual diz respeito àquilo que resume de maneira objetiva o que pretendemos discutir. Em realidade são fragmentos da narrativa hermeneuticamente pronunciado pelos entrevistados trazendo significado para a categoria.

Por último, foi realizado o tratamento e interpretação das categorias obtidas, a partir da produção de um texto síntese para cada uma delas, buscando confrontar teoria, hipóteses e achados da pesquisa, com o propósito de expressar os significados presentes em cada documento analisado, condensar e discutir inferências para discussão. O processo de análise de

conteúdo para a criação de cada categoria e interpretação utilizados nessa pesquisa encontra-se de forma resumida nas tabelas em apêndice.

## **5. ANTES DO TEXTO, O CONTEXTO: CENÁRIO DO ESTUDO**

### 5.1 – Evidenciando características do cenário do estudo

O objetivo desse tópico é mostrar ao leitor(a) o cenário onde a pesquisa foi desenvolvida. Frente à perspectiva escolhida para a coleta de dados, faz-se necessária uma compreensão de alguns aspectos estruturais e simbólicos constituintes do local de estudo. Diante disso, serão discutidos, de forma breve, alguns elementos característicos do Rio Grande do Norte, da região do Seridó Potiguar, da cidade de Currais Novos, designada para o desenvolvimento da pesquisa.

#### 5.1.1 O Rio Grande do Norte, o Seridó Potiguar e Currais Novos

O Rio Grande do Norte está localizado na Região Nordeste do Brasil ocupa uma área territorial de 52.809, 601 km<sup>2</sup> e faz divisa com a Paraíba e o Ceará. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o Estado é constituído por 167 municípios, cuja capital é a cidade de Natal. Possui uma população de mais de 3,5 milhões de potiguares com origem ligada à união de povos negros, indígenas, portugueses, holandeses e franceses<sup>111</sup>.

No quesito saúde, o Estado conta com estabelecimentos públicos e privados, sendo a maioria da população usuária do SUS. De acordo com o Cadastro Nacional do Estabelecimentos de Saúde (CNES), no ano de 2019, a atenção básica de saúde do Rio Grande do Norte contava com 1.004 equipes de ESF e 5.531 Agentes Comunitários de Saúde, distribuídos em 1.232 UBS e 81 Unidades Mistas<sup>112</sup>.

Em 1997, o IBGE estabeleceu critérios para a divisão do Rio Grande do Norte em 13 microrregiões homogêneas, no intuito de agrupar em treze pequenas regiões os municípios que apresentavam características semelhantes no quadro natural, econômico e essencialmente histórico: Alto Oeste, Médio Oeste, Oeste/Salineira, Vale Açú, Sertão Central, Mato Grande, Litoral Norte, Potengi, Trairi, Metropolitana, Zona da Mata, Agreste e Seridó Potiguar<sup>111,113</sup>.

A região escolhida para essa pesquisa foi a do Seridó Potiguar, localizado no centro sul do Estado. Sua população é estimada em cerca de 310 mil habitantes. A extensão territorial é de 10.808,615 km<sup>2</sup>, composto por vinte e cinco municípios: Acari, Bodó, Caicó, Carnaúba dos Dantas, Cerro Corá, Cruzeta, Currais Novos, Equador, Florânia, Ipueira, Jardim de Piranhas, Jardim do Seridó, Jucurutu, Lagoa Nova, Ouro Branco, Parelhas, Santana do Matos, Santana do Seridó, São Fernando, São João do Sabuji, São José do Seridó, São Vicente, Serra Negra do Norte, Tenente Laurentino Cruz e Timbaúba dos Batistas<sup>114</sup>.

A economia dessa região iniciou no tripé: pecuária extensiva, agricultura e mineração (exploração de materiais como a scheelita, columbita tanalita e berilo). Posteriormente foram introduzidas outras atividades como a produção leiteira, modernização e ampliação da caprino-ovinocultura, atividade ceramista e atividade terciária com destaque para o comércio e diversificação de serviços, principalmente o turismo<sup>115</sup>.

### 5.1.2 A cidade Currais Novos e sua Atenção Básica à Saúde

Conhecida como a “Princesa do Seridó Potiguar” ou “Capital da Schellita”, a cidade de Currais Novos foi o local de escolha para a coleta de dados desse estudo. Fundada no ano de 1808 e emancipada em 1890, possui uma dimensão territorial de 864, 349 km<sup>2</sup> e população estimada em 45.022 mil pessoas, na qual 52% é predominante de mulheres<sup>116</sup>.

Em relação à saúde, educação e renda, o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do município em 2010 é de 0,691, ficando em segundo lugar na região do Seridó ocidental com melhor percentual. Quanto à infraestrutura, 89,7% do território possui saneamento básico adequado na área urbana e 3,7% na zona rural<sup>116</sup>.

Atualmente a Rede de Atenção Básica à Saúde do município conta com dezessete (17) ESF na referida cidade, sendo quatorze (14) na zona urbana, três (3) na zona rural, possuindo apenas quatorze UBS com estrutura física. A população adscrita geral é de 43.940 pessoas, atendida por 107 ACS's. No âmbito da Odontologia, são quatorze (14) Equipes de Saúde Bucal (eSB). Cinco (05) destas UBS são contempladas com o programa Residência Multiprofissional em Atenção Básica da Escola Multicampi de Ciências Médicas/ Universidade Federal do Rio Grande do Norte (EMCM – UFRN), que abrange as seguintes categorias profissionais: Enfermeiro, Dentista, Nutricionista, Fisioterapeuta,

Farmacêutico, Fonoaudiólogo, Psicólogo, Médico Veterinário, Assistente Social e Profissional de Educação Física. Além disso, conta com a atuação de alunos dos programas de Residência Médica e do Projeto de “Vivência Integrada na Comunidade” para o curso de Medicina da mesma instituição<sup>116</sup>. A parceria com a universidade visa agregar à unidade de saúde profissionais que possam contribuir para a inovação dos serviços de saúde e a melhoria progressiva da qualidade de vida da população.

Além das UBS, o município conta com uma (01) Unidade Mista, uma (01) Policlínica, um (01) Hospital Geral (Mariano Coelho), (04) quatro centros de especialidades (odontológico, saúde reprodutiva, reabilitação infantil), duas (02) unidades móveis de urgência (SAMU), duas (02) farmácias públicas, uma (01) unidade de vigilância em saúde, um (01) centro de atenção hemoterápica e/ou hematologia, um (01) centro de atenção psicossocial e uma (01) central de regulação de acesso, totalizando vinte e sete (27) estabelecimento públicos de atenção à saúde e dezenove (19) equipes. Em 2019, a cobertura da população do município pela ESF era de 80,36% <sup>116</sup>.

## **6. RESULTADOS DA PESQUISA: ARTIGO PRODUZIDO**

O presente manuscrito encontra-se nas normas da *Physis: Revista de Saúde Coletiva*

**BUROCRACIA A NÍVEL DE RUA E AUTONOMIA PROFISSIONAL:  
IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO TRABALHO DE  
AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NO SEMIÁRIDO NORDESTINO**

*Bureaucracy at Street Level and professional autonomy: implementation of public health policies in the work of community health agents in the semi-arid northeast*

Úrsula Costa<sup>1</sup>, Ana Luiza de Oliveira e Oliveira<sup>2</sup>, Michelle Vieira Fernandez<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Estudante de Pós- Graduação, Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Santa Cruz, Rio Grande do Norte, Brasil. Link Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-8710-3867>

<sup>2</sup> Doutora, Professora da Escola Multicampi de Ciências Médicas, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Caicó, RN, Brasil. Link Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-9537-1979>

<sup>3</sup> Doutora, Pesquisadora do Instituto de Ciência Política, Universidade de Brasília, Brasília, Distrito Federal, Brasil. Link Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0224-0991>

**Autor para correspondência:**

Úrsula Costa

Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi – FACISA

Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Rua Vila Trairi, S/N, Centro, Santa Cruz – RN CEP 59200-000

Phone/Fax: +55 84 3342-2287

**E-mail para correspondência:**

ursula\_costa31@hotmail.com

## RESUMO

**Introdução:** O desenvolvimento de políticas públicas envolve um ciclo - identificação de problemas, formulação de políticas, decisão/promulgação de políticas, implementação de políticas, avaliação - necessário para compreender as decisões tomadas e suas consequências. Na implementação, as decisões planejadas são consolidadas em ações finais. Os Burocratas a Nível de Rua (BNR's) são agentes implementadores, responsáveis pela entrega direta das políticas aos cidadãos. No Sistema Único de Saúde (SUS), profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) são considerados BNR's de referência nas ações de saúde e, no exercício de suas funções, valem-se de sua autonomia profissional como estratégia para atender às necessidades populacionais. **Objetivo:** o presente trabalho objetivou analisar como os Agentes Comunitários de Saúde (ACS's) de um município do semiárido brasileiro estabelecem historicamente sua autonomia profissional enquanto BNR's nas rotinas de trabalho. **Métodos:** estudo qualitativo exploratório que, através da realização de entrevistas com ACS's pelo método da História Oral Temática e análise de conteúdo (Bardin), permitiu a construção de quatro categorias analíticas: a construção da autonomia profissional pelo trabalho; burocracia a nível de rua no trabalho cotidiano; traços de autonomia profissional no trabalho realizado pelos ACS na ESF; a implementação de políticas públicas e a invisibilidade do trabalhador. **Resultados:** foi observado o desenvolvimento de mecanismos de autonomia pelos ACS's na tomada de decisões durante a implementação das políticas públicas de saúde. **Conclusão:** a atuação desses BNR's pode influenciar diretamente na implementação das políticas de saúde.

**Palavras-chave:** Autonomia profissional; Política Pública de Saúde; Estratégia Saúde da Família; Agente Comunitário de Saúde

## ABSTRACT

**Introduction:** The development of public policies involves a cycle - problem identification, policy formulation, decision/policy enactment, policy implementation, evaluation - necessary to understand the decisions taken and their consequences. In the implementation, planned decisions are consolidated into final actions. Street Level Bureaucrats (SLBs) are implementing agents responsible for the direct delivery of policies to citizens. In the Unified Health System (SUS), professionals from the Family Health Strategy are considered SLBs of reference in health actions. In the exercise of their functions, they use their professional autonomy as a strategy to meet the population's needs. **Objective:** The present study aimed to analyze how the Community Health Agents (CHAs) of a municipality in the Brazilian semi-arid region historically establish their professional autonomy as SLBs in their work routines. **Methods:** consists of an exploratory qualitative study that, through interviews using the Thematic Oral History method and content analysis (Bardin), allowed the construction of analytical categories associated with individual and collective dimensions and the environment of action of these workers. **Results:** The development of mechanisms of autonomy by CHAs in decision-making was observed when implementing public health policies. **Conclusion:** The performance of these SLBs can directly influence the implementation of these policies.

**Keywords:** Professional autonomy; Public Health Policy; Family Health Strategy; Community Health Agent



## INTRODUÇÃO

A distribuição de políticas públicas para uma determinada população envolve todo um contexto de elaboração, planejamento e execução de políticas, seja qual for o equipamento social envolvido. O desenvolvimento dessas políticas envolve um ciclo cronológico de etapas de metodologia eficaz: agenda (deliberação de temas prioritários), formulação (tomada de decisão e planejamento), implementação (execução) e avaliação (análise dos resultados) (JANNUZZI, 2009; HOWLETT et al., 2013; FERNANDEZ, GUIMARÃES, 2020).

No processo de implementação esses serviços são entregues de forma direta aos cidadãos. É nessa fase que as intenções políticas são transformadas em fatos concretos e, muitas vezes, algo que é originalmente desejado pode ser diferente do que é implementado, a depender do aparecimento das problemáticas estruturais e fragilidades (LOTTA, 2014; LOTTA, 2015). Existe o envolvimento de diversos atores, conjunto de decisões e interrelações promovedoras de contextos específicos, as quais englobam práticas diferenciadas e resultados distintos, a depender do espaço de atuação (FERNANDEZ, GUIMARÃES, 2020; SOUZA, 2006; LOTTA, 2012).

Nesse sentido, campo das pesquisas já existentes nessa área tem considerado dois modelos principais de análise da implementação: top-down (de cima para baixo) e bottom-up (de baixo para cima). No top-down, existe uma separação entre política e administração, pois o foco é no controle e hierarquia das estruturas tradicionais de governança, de forma que os planos devem ser executados exatamente como foram planejados. Os implementadores são avaliados sobre o quanto as decisões do governo são fielmente executadas e as problemáticas que aparecem são consideradas “desvios de rotas” (HOWLETT et al., 2013; LOTTA, 2015).

Já na bottom-up, a política é considerada flexível, dinâmica e contínua, pois se considera a possibilidade de haver modificações no decorrer do processo de tradução das decisões, gerando resultados diferentes. É feita a análise pela outra extremidade: a dos implementadores da linha de frente, considerados como elementos-chave, uma vez que o sucesso ou insucesso dos programas dependerá habilidade desses atores e da adaptação aos diferentes contextos (LOTTA, 2015; BRITES E CLEMENTE, 2019).

Frente a isso, os protagonistas principais desse processo são denominados de Burocratas a Nível de Rua (BNR's), agentes implementadores das políticas e serviços públicos (LIPSKY, 1980), considerados executores e fazedores das políticas que detêm de um certo poder de

autonomia e discricionariedade para realizar suas escolhas frente à normas e delegações previamente estabelecidas por órgãos superiores, a depender de fatores individuais, coletivos, como também relacionados ao próprio ambiente de atuação (LOTTA, 2012; LIPSKY, 2010; LIPSKY, 2019). Esses trabalhadores recebem ou gerenciam boa parte dos orçamentos, possuem ingerência sobre a população de baixa renda, pois é por meio deles que o cidadão tem acesso a administração pública e aos direitos e benefícios governamentais. Além disso, possuem responsabilidade na construção da imagem do Estado perante os cidadãos e são fontes de informações relevantes para o desenho das políticas públicas (LIPSKY, 1980; LIPSKY, 2010; LIPSKY, 2019).

Os BNR'S precisam seguir regras inicialmente estabelecidas por autoridades superiores e, ao mesmo tempo, decidir qual pessoa tem a prioridade de recebê-las antes dos demais, frente ao contexto em que estão atuando. Para cada uma dessas situações, o processo de autonomia pode ser influenciado por muitas causas, tais como valores e crenças pessoais; quantidade de recursos financeiros disponíveis; natureza das normas, regulamentos e serviços; informações disponibilizadas; relações interpessoais, sistemas profissionais. Vivenciam rotineiramente uma pressão dupla em suas atividades: pelo Estado para cumprirem normas e atingirem metas, e pelos cidadãos para aumentar seu acesso e efetividade nos serviços prestados (LIPSKY, 2010; BRASIL, 2018; OLIVEIRA, 2011; THOMANN et al, 2018).

A literatura tem definido a discricionariedade como um espaço de transformação uma regra geral em uma determinação específica, cujas decisões são tomadas perante escolhas entre um conjunto de alternativas que a lei não pré-determina, com base em situações disponíveis em cada realidade. A manifestação da discricionariedade ocorre por meio de um processo de categorização e alocação dos usuários, no qual os indivíduos chegam em busca dos serviços públicos como pessoas únicas, com demandas individuais e portadores de diferentes experiências de vida, instâncias e expectativas. É preciso os implementadores receberem as demandas e classificá-las, enquadrando cada usuário e suas precisões em categorias de atividades pré estabelecidas, porém com espaço considerável de interpretação (LIPSKY, 2010).

Por processo de autonomia entendemos a capacidade dos indivíduos para definir os termos e as condições pelas quais o trabalho deve ser realizado, existindo o respeito sobre a liberdade de cada pessoa fazer suas escolhas de acordo com sua concepção sobre o que é resolutivo (COSTA, 1998; MUÑOZ, FORTE, 1998; NETO, 2015). A autonomia profissional se manifesta nas relações entre profissões e a sociedade e é caracterizada como elemento que

confere poder à profissão para que tenha liberdade em desempenhar o seu fazer sob a égide de uma dada sociedade e, conseqüentemente, sobre certo controle estatal que delimita regras, condutas e culturas a serem seguidas (FREIDSON, 2009; BELLAGUARDA et al, 2020).

A autonomia, na perspectiva de Elston (1991), pode ser analisada através de três vertentes práticas: autonomia técnica, autonomia política e autonomia econômica. A autonomia técnica refere-se ao direito da profissão em estabelecer padrões e avaliar o desempenho clínico; a autonomia política está ligada ao direito de tomar decisões políticas como especialistas legítimos da saúde e medicina; e a autonomia econômica relaciona-se ao direito de determinar os graus de remuneração pessoal ou de recursos disponíveis para realizar seu trabalho (ELSTON, 1991, 2013).

O campo da saúde tem suas particularidades para operarmos estes conceitos. No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) é a principal política pública da saúde para os brasileiros. Contempla a Estratégia de Saúde da Família (ESF) que tem extrema importância no fornecimento da Atenção Básica à Saúde (ABS) em cada território. A ESF possui trabalhadores de diferentes profissões que precisam se articular em redes colaborativas para abordar o processo saúde doença dos indivíduos, de modo singular e articulado, colocando-se como uma estratégia central de reorganização das ações de promoção, prevenção e atenção à saúde, a partir da compreensão de desigualdades e iniquidades sociais (LOTTA, 2012; BRASIL, 2012, 2017).

Diante disso, a organização dos serviços dentro de uma ESF precisa de uma abordagem interprofissional, logo, uma implementação eficiente exige relações adequadas entre os implementadores. No grupo de trabalhadores atuantes na estratégia, estão incorporadas diferentes profissões e, dentro de seus núcleos uniprofissionais, que possuem códigos culturais distintos, a execução de políticas podem revelar relações de hierarquia, opiniões diferentes, sobrecargas, exaustão, etc (NAVARRO et al, 2013).

Lipsky (2010) considera que profissionais da linha de frente podem ser considerados como BNR, independentemente de seu vínculo profissional ou sistema de contratação, uma vez que são responsáveis por promover serviços na interação direta com o usuário (LIPSKY, 2010). Dentro do núcleo de BNR's atuantes dentro de uma ESF, o Agente Comunitário de Saúde (ACS) possui papel implementador importante por ser considerado como uma conexão entre a equipe de saúde e a comunidade, tendo em vista que existe um estabelecimento de vínculos, confiança, solidariedade, respeito, promovedores da associação entre as informações técnico-

científicas e o saber popular, propiciando o acesso dos usuários aos serviços de saúde (NOGUEIRA, 2002; MARTINES, CHAVES 2007).

A Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) atribui ao trabalho dos ACS atividades que, muitas vezes, podem exigir autonomia profissional durante o processo de implementação: visita domiciliar, orientação comunitária para promoção e prevenção da saúde, assistência aos pacientes, rastreamento de doenças, comunicação e incentivo às atividades comunitárias, socorro de vítimas, registro de atividades, etc. Nos diferentes ambientes de trabalho, os distintos contextos de implementação podem acarretar em resultados totalmente diferentes para uma mesma política pública, em virtude da existência de interação entre a política a ser executada e a realidade local (ARRETCHE, 2001; CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÕES, 2022).

Portanto, pretende-se com essa pesquisa contribuir para o preenchimento dessas lacunas, através da investigação da autonomia profissional dos ACS'S como BNR's na implementação de políticas dentro da ESF e análise as relações presentes dentro do sistema de profissões desses trabalhadores. Dessa forma, espera-se avançar na compreensão de como o processo de implementação ocorre, atentando-se para os contextos e fatores que o influenciam, como também para as práticas e interações adotadas.

## **MÉTODOS**

A presente pesquisa foi cadastrada no Comitê de Ética e Pesquisa (CEP/FACISA), de acordo com a resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e obteve aprovação do parecer de número CAE: 48035621.0.0000.5568. Caracteriza-se como um estudo qualitativo, cuja coleta de dados foi realizada pela técnica da história oral temática, através de entrevistas individuais em profundidade.

A história oral temática é um tipo de metodologia qualitativa que busca através de narrativas refletir sobre as experiências dos sujeitos. Consiste na realização de entrevistas gravadas com indivíduos que vivenciaram acontecimentos e conjunturas do passado e do presente. Basicamente nesse tipo de pesquisa as entrevistas são a principal fonte de informação do pesquisador, as quais podem ser feitas a partir de um roteiro norteador ou questões abertas, uma vez que oferecem ao participante um maior poder de escolha durante sua narrativa para

responder questões mais pontuais e objetivas (RIBEIRO, 2008; MEIHY E RIBEIRO, 2011; RIBEIRO, 2021).

Nesse tipo de metodologia, o pesquisador precisa estar atento ao diálogo e cooperação de sujeitos, considerando suas experiências, memórias, identidades e subjetividades para a produção do conhecimento” (RIBEIRO & OLIVEIRA, 2018). É possível inferir que o diálogo entre entrevistador e entrevistado se torna um “lugar de escuta”, aonde deve ocorrer o respeito às especificidades sociais, históricas e culturais (RIBEIRO, 2008, 2021). A escolha da história oral para essa pesquisa se deve ao fato dessa técnica manifestar uma “memória viva” expressa num momento de uma entrevista, sob a forma de linguagem falada, minimizando riscos do esquecimento, atuando com objetivos pré-definidos, seguindo uma sequência clara e imparcial.

A população do estudo foi constituída por (04) quatro ACS’s que atuam desde a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS, e posteriormente na Estratégia Saúde da Família do município de Currais Novos, localizado no Estado do Rio Grande do Norte. A adoção desse critério permitiu coletar informações de diversas fases de implementações de políticas ao longo dos anos no município. Por questões éticas, o nome dos participantes foi substituído por outros fictícios.

O município de Currais Novos está situado na região do Seridó potiguar e possui uma dimensão territorial de 864,349 km<sup>2</sup>, com população estimada em 45.022 mil pessoas. Atualmente a Rede de Atenção Básica à Saúde do município conta com dezessete (17) ESF na referida cidade, sendo quatorze (14) na zona urbana, três (3) na zona rural, possuindo apenas quatorze UBS com estrutura física. A população adscrita geral é de 43.940 pessoas, atendida por 107 ACS’s (IBGE, 2010; BRASIL -PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2017).

Previamente ao início das entrevistas, foi realizado um pré-teste com uma ACS de outra cidade com características similares à eleita para investigação, com o intuito de validar o método de coleta de dados. Antes das entrevistas oficiais, foi feita a descrição a respeito dos objetivos da pesquisa, seus desdobramentos e todos os passos metodológicos, assim como a possibilidade de desistência a qualquer momento. Em seguida, foi acordada a data/local para realização e gravação da entrevista, escolhido pelos próprios participantes, de modo que eles se sentissem bem à vontade para conversar sobre o tema. Todos que concordaram em participar assinaram o Registro de Consentimento Livre e Esclarecido (RCLE).

A entrevista em profundidade foi feita a partir de um roteiro base, com questões abertas distribuídas em temas iniciais e intermediários conforme a temática da pesquisa, cuja elaboração objetivou focar em assuntos que estimulassem o diálogo dos entrevistados sobre fatores e relações cotidianas dos mesmos no ambiente de trabalho e com os demais da equipe, a fim de compreender a autonomia profissional do ACS enquanto elemento da Burocracia à Nível de Rua na implementação de políticas públicas na ESF. Cada entrevista durou cerca de 40 min e buscou-se valorizar os sujeitos, suas histórias cotidianas, além de incentivar narrativas a respeito de seus processos de construção enquanto trabalhadores.

Posteriormente, com as narrativas em mãos, foram realizadas três etapas importantes na produção do conteúdo. A primeira foi a transcrição e consistiu em transcrever de forma *ipsis litteris* o conteúdo gravado, a fim de respeitar as experiências narradas, assim como manter um acervo fraseológico e uma caracterização vocabular de quem contou a história. Na segunda fase, a textualização tornou o texto mais fluido, cronológico e historicamente sistematizado, a fim de não comprometer a capacidade de assimilação do leitor. Na terceira e última etapa dessa fase foi realizada a conversão do texto em uma narrativa passível de análise, a transcrição, que permitiu criar categorias, mantendo-se fiel à mensagem que o entrevistado quis comunicar.

A categorização temática de conteúdo foi desenvolvida no intuito de produzir uma narrativa coletiva emergentes dos dados coletados. Após várias leituras de pré – análise e exploração de material foi feita a análise de conteúdo com o tratamento e interpretação dos resultados como estratégia de para codificação dos textos transcritos em unidades de registro e de contexto, seguido da classificação dessas informações em códigos de categorias temáticas. A partir dos depoimentos dentro da História Oral foi criado para cada categoria uma frase eixo nomeada de “Tom Vital”, o qual diz respeito àquilo que resume de maneira objetiva o que pretendemos discutir. Em realidade são fragmentos da narrativa hermeneuticamente pronunciado pelos entrevistados trazendo significado para a categoria.

As categorias emergentes criadas a partir da análise dos dados foram: construção da autonomia profissional pelo trabalho; Burocracia a Nível de Rua no trabalho cotidiano; Traços de autonomia profissional no trabalho realizado pelos ACS na ESF; e a implementação de políticas públicas e a invisibilidade do trabalhador.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### **“O governo cria normas, mas não pergunta a gente o que a gente sabe”: a construção da autonomia profissional pelo trabalho.**

Os ACS's entrevistados atuam no município desde a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) - no ano de 1991 pelo Ministério da Saúde - como uma estratégia de implementação do SUS e ampliação da cobertura da atenção básica, a partir do desenvolvimento de atividades de educação e promoção de saúde, inicialmente em municípios com baixa densidade populacional. Existia a supervisão do trabalho por enfermeiros e as atividades iniciais realizadas eram voltadas ao controle de peso, orientações a grupos específicos de patologias, distribuição de medicamentos, dentre outras (CHIESA, FRACOLLI, 2004).

Posteriormente, em 1994, foi criada a ESF com o objetivo de reorganizar a rede de assistência à saúde perante uma política que levasse à universalização do acesso da população brasileira à atenção básica e consolidasse o processo de descentralização. A efetivação da ESF no município iniciou no ano de 2006 (BRASIL, 2011). Nesse contexto, os ACS's discorrem sobre a ausência de capacitação efetiva no início de seu trabalho e necessidade de treinamentos continuados sobre as ações, que deveriam ser realizadas como parte de sua função na Atenção Básica para a implementação das políticas públicas de saúde.

*“A gente teve uma capacitação no início. Foi uma coisa simples, mas assim, foi proveitoso porque a gente não iria saber como chegar, como conversar com as pessoas. O restante a gente aprendeu no dia a dia. A gente foi aprendendo com os enfermeiros, médicos ensinando depois [...]. Com o tempo, nós mesmos fomos orientando.” – MARIA*

*“A gente sente muita falta de treinamentos. Muitas vezes a gente tem que decidir, mesmo tendo dúvida. Se avisa logo ao médico, ao enfermeiro, se orienta, se chama o samu, é complicado. Acho até que deveria ter mais porque a gente precisa tanto, tudo muda, coisas novas aparecem de surpresa e nem sempre sabemos o que fazer” – JOÃO*

É possível observar nessas falas que a falta de treinamentos pode gerar anseios nos ACS's, os quais podem causar alguns entraves no sistema, ao passo que estimula a autonomia desses trabalhadores no processo de tomada de decisões (KOYASHIKI et al 2008; BIANCO, 2010).

A ausência de capacitação voltada à qualificação profissional dificulta a aquisição de conhecimento dos ACS à respeito da implementação das políticas, sendo ainda algo desestruturado, fragmentado e, muitas vezes, insuficiente para desenvolver novas habilidades para a melhora de sua atuação (VASCONCELOS et al, 2010). Esta fragilidade na organização política para a etapa da implementação deve ser discutida pois a partir desta constatação podemos fazer incursões relevantes acerca da autonomia profissional dessa categoria.

Nesse cenário, podem ocorrer situações nas quais o ACS's tenham dúvidas sobre qual trabalho deve ser realizado frente à uma demanda de sua comunidade e precisem decidir como agir perante cada situação, conforme relatam em suas elocuições:

*“Então, no começo a gente fica bem perdido sabe? Depois tinha que se adaptar as situações no dia a dia, procurar saber o que os colegas estavam fazendo e fazia também. Pelo menos tentava. Via as necessidades de cada situação e buscava fazer o que fosse melhor no momento. São coisas assim que, o assunto vai surgindo e a gente vai vendo a necessidade daquela família entendeu?” – MARIA*

*“Sim, muitas vezes eu não sabia como fazer, o que dizer... A gente acaba perguntando aos colegas e dizendo as famílias que vai procurar se informar com a equipe e assim por diante.” – JOÃO*

A fase de implementação de políticas públicas possui grande importância por envolver diversos atores, conjunto de decisões e interrelações promovedoras de contextos específicos, as quais envolvem práticas diferenciadas e resultados distintos, a depender do espaço de atuação (FERNANDEZ, GUIMARÃES, 2020; SOUZA, 2006; LOTTA, 2012). Nesse cenário, percebe-se a partir dessas falas que no município estudado existe uma deficiência na etapa de execução das políticas, uma vez que os entrevistados mostram-se confusos sobre como devem agir em seu trabalho, por não haver uma orientação adequada para a efetivação das atividades. Tal fato exige do agente comunitário o exercício da autonomia para conseguir colocar em prática o que lhe é exigido.

Em relação à atuação profissional, foi visto que os agentes focam seu trabalho no cuidado à saúde dos indivíduos e suas famílias dentro da comunidade, estabelecendo relações de vínculo e confiança. Em virtude de residirem no mesmo território, a preocupação e empatia



com o próximo muitas vezes ultrapassam o horário de trabalho e influenciam no poder de tomada de decisão.

*“É saber se ele teve algum problema, se evoluiu. Saber também como a família está cuidando e se a família está sendo cuidada porque a gente cuida tanto do paciente como também cuida do cuidador. A gente tem que ter cuidado no cuidador” – MARIA*

*“Eu atendia paciente chorando desesperado de 2h da manhã e não podia sair do celular. Eu tinha que acalmar aquele paciente. Não era nem da minha área, mas ela me conhecia. Era uma paciente obesa, com diabetes descompensada, a pressão arterial descompensada e com todos os sintomas de covid. [...] Ela chorava, desesperada, dizendo que ia morrer e eu tive que fazer uma videochamada dizendo: “respire junto comigo” – MARIA*

*“O paciente sai do consultório do médico com a receita na mão e ele pergunta assim: “Vem cá, essa medicação tá certa, eu posso tomar?” “Olha, o médico mudou minha medicação, será que vai dar certo?” -JOÃO*

*“[...] Sai daqui de 2h da manhã para Natal, passei 24 horas no pronto socorro Clóvis Sarinho com esse paciente porque a família só confiava em mim. Seu eu ficasse lá, o paciente se recuperava, achava que se eu saísse de lá o paciente morria.” – JOSÉ*

O estabelecimento de relações de vínculo com a população adscrita está descrito na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e confere aos ACS's a função de facilitadores da comunicação entre os usuários e a equipe de saúde na ampliação do acesso aos serviços e na reestruturação do trabalho em equipe (BRASIL, 2017). A proximidade com outras pessoas suscitam tristezas e alegrias, fomenta afetos e direção para uma vida saudável, favorecendo a troca de experiências e propiciando a criação de atos terapêuticos corresponsabilizados (SANTOS et al., 2008; GALAVOTE et al., 2013; LANZONI et al., 2013). Além disso, cria-se condições de estímulo da autonomia dos indivíduos assistidos pelo apoio dos ACS para a superação dos problemas (VIEGAS E PENA, 2012).

Em adição à geração de vínculo, tem-se a responsabilidade dos ACS's com a ética e sigilo profissional em cada atividade desenvolvida. Os participantes da pesquisa mostram ciência desses quesitos e consideram esses aspectos ao tomarem suas decisões.

*“[...] Cada visita é diferente né? [...] Porque assim, eu não posso fazer uma visita e, por mais intimidade que eu tenha ou que um vizinho tenha com o outro, entrar na casa vizinha e trazer o assunto do seu vizinho porque isso envolve ética. É um assunto que diz respeito só a mim e a família que vou visitar. – JOÃO*

*“A gente também deve prezar pela ética e lembrar que o que identificamos naquela casa fica ali mesmo. Muitas vezes a pessoa está se confessando com você algo que nunca contou a ninguém sabe? Você precisa guardar segredo, transmitir confiança e só repassar o que for necessário. Você se torna uma âncora, uma rede de apoio daquela pessoa” – JOSÉ*

Dentre os direitos dos usuários do SUS está o da privacidade das informações, princípio esse derivado da autonomia, o qual engloba a intimidade, a vida pessoal e a honra dos indivíduos, sendo permitida a estes a jurisdição de manter seus dados sob seu exclusivo controle, como também de comunicar a quem, quando, onde e em que condições devem ser revelados. Deste modo, a manutenção do sigilo constitui obrigação ética dos profissionais, dos técnicos, dos auxiliares, do corpo administrativo e dos ACS's de uma unidade de saúde (FORTES, 1998; RAYMUNDO, 2012).

Outro ponto importante para a autonomia do trabalho diz respeito ao uso da tecnologia como instrumento resolutivo no registro e transmissão das necessidades existentes tanto para a equipe quanto para os níveis organizacionais superiores, otimizando um melhor planejamento das ações de saúde à população – alvo. Por outro lado, a dependência tecnológica exclusiva pode levar à riscos como a dificuldade de acesso à internet e a aniquilação de dados cadastrados, conforme relatado em algumas situações (LEANDRO et al, 2021).

*“Agora somos todos digitais, eu entro em contato imediatamente com a equipe pelo WhatsApp e já repasso para tomar providência. Na pandemia foi evitado a gente de adentrar dentro da casa, mas a gente tinha o controle pelo WhatsApp né? A gente tem o contato de todas as pessoas de nossa área, tem um grupo no whats dessas famílias. Eu procuro saber pelo WhatsApp de tudo que saberia nas visitas, tudo que te falei que faço” - MARIA*

*“O registro hoje é tudo no tablet. Teve um problema um dia desses que a gente dançou. Eu tenho cento e poucas famílias para cadastrar novamente*

*porque o computador apagou, deu uma pane [...]. Quando o rapaz consertou, sumiram os cadastros. Aí os cadastros antigos que eu tinha na folha ficaram, mas os que eu não tinha sumiram” – JOÃO*

É observado nessas falas a utilização de estratégias tecnológicas contemporâneas para colocar políticas em prática, mesmo não existindo uma normatização para esse uso. A informatização dos ACS em suas rotinas de trabalho está relacionada à melhorias: agilidade no cadastramento de famílias, redução do uso de papel, maior confiabilidade nas informações registradas, facilidade de acesso às informações de tablets, rapidez na comunicação com a população e equipe, automatização na criação de relatórios, redução de erros, etc. Todavia, também existem os pontos negativos, tais como o armazenamento inadequado e/ou perda de dados e a possibilidade de ter que registrar tudo novamente (ANDRADE, 2016; LEANDRO et al, 2021).

No que tange ao repasse de informações às estruturas organizacionais superiores - ministério da saúde, por exemplo - a opinião dos entrevistados foi unânime ao relatar o desconhecimento da realidade vivenciada por eles diariamente, ao passo que existem normas a serem obedecidas, muitas vezes inadequadas para as situações apresentadas no território que dão assistência. Ademais, pedem ajuda para que possam ser ouvidos.

*“Assim, o governo não sabe, tira tudo, cria normas, mas não pergunta a gente o que a gente sabe, o que a gente está passando, o que nossa comunidade precisa. É como se tudo fosse igual para todo mundo. Então, ele precisa primeiro fazer um plebiscito com a gente, fazer uma pesquisa. Pesquise, pergunte para a gente o que tá acontecendo, pergunte como a gente está, como as famílias estão e como a gente pode lidar com aquela situação. Porque eu conheço a minha área, eu moro nela. Eu moro na minha comunidade, eu sei a realidade” – MARIA*

*“Se escutassem mais a gente, se o agente comunitário tivesse voz, muito coisa ruim não aconteceria. Nós estamos direto na comunidade, conhecemos cada família, cada indivíduo, sabemos das rotinas, dos problemas. É diferente dos que só dão ordem, mas não vivenciam a realidade.” – JOSÉ*

*“O Brasil é um país de muitas desigualdades e diferenças. O Sul é de um jeito, o Nordeste é de outro, então não é justo desenvolver a mesma coisa*

*para todos. São diferentes contextos, diferentes realidades. De um lado lugares mais desenvolvidos, por outro lado locais de difícil acesso, bastante pobreza. Seria interessante se fosse possível saber a realidade de cada casa, de cada família para fazer políticas específicas para cada região. Não sei como seria possível fazer isso, mas acho que nós ACS teríamos muitas informações para repassar” – MARGARIDA*

Diante de um país desigual e heterogêneo como o Brasil, esses depoimentos mostram que, durante a atuação dos ACS's como burocratas, até certo ponto existem normas, hierarquia e sistema organizacional porém, a depender de cada situação, a interpretação de como serão executadas as políticas públicas é guiada pelo poder de autonomia desses profissionais, na natureza de suas próprias funções para delegar as medidas mais adequadas, permitindo ou restringindo o acesso aos serviços e direitos frente às prioridades (PIRES, 2009; LIPSKY, 2010; LOTTA & SANTIAGO, 2017; LOTTA, 2019).

Frente a isso, Mooler (2009) considera dois tipos de categorização das situações encontradas no processo de implementação: a de merecimento, considerada uma avaliação moral e individual sobre os usuários, tendo como base critérios como necessidade, responsabilidade, reciprocidade; e a de direito, que leva em conta uma dimensão grupal ou coletiva baseada na lei e suportada por critérios como equidade e direito. A adoção de categorizações em suas vivências diárias permite que os agentes de base enxerguem por vezes os programas elaborados pelos seus superiores como distanciados da realidade e, devido a isso, começam a se questionar se essas autoridades estão realmente preocupadas em solucionar os problemas sociais (MOLLER, 2009).

### **“A gente não pode deixar a população sem assistência”: Burocracia a Nível de rua no trabalho cotidiano.**

Durante as entrevistas, os ACS's falaram sobre o trabalho interdisciplinar com sua equipe na ESF, incluindo pontos como a relação com os demais profissionais, a autoconsciência sobre a criação de demandas e a execução de atividades diferentes de suas atribuições na unidade de saúde.

*“A relação com a maioria é boa, mas com alguns é difícil. O ser humano é complicado. Na minha unidade, se o médico ou a enfermeira diz uma coisa, o restante aceita o que eles dizem, então fica difícil a gente opinar, mesmo*

*sabendo que a gente conhece a área, conhece as nossas famílias. Agora tem outros profissionais maravilhosos que aceitam nossas opiniões, que adotam nossas estratégias e assim vai.*” – **JOSÉ**

A análise dessa fala permite identificar uma certa prioridade dada por parte da equipe pelo que é recomendado por outros profissionais - principalmente o médico - em relação às demandas que surgem. É preciso ressaltar que a medicina, ao longo dos anos, adquiriu um vasto e complexo conhecimento empírico e científico, cuja expertise é considerada incontestável, alcançando sucesso em seu processo de profissionalização por ser legitimada como essencial para o bem estar dos cidadãos, lutando contra outras práticas de saúde e cuidado (FREIDSON, 2009). Nesse contexto, evidencia-se a existência de hierarquia entre os profissionais e o mundo de trabalho (MACHADO, 1997; FREIDSON, 1970, 1998).

*“Com toda certeza geramos demanda na unidade. Estamos diariamente no cotidiano das pessoas, no contato com os moradores, coletando e divulgando informações seguras. Também somos os primeiros a descobrir situações de vulnerabilidade, doenças e informar as necessidades da população. Eles acabam criando confiança na gente e na maioria das vezes somos nós que somos os primeiros a saber de tudo que acontece. Sem o ACS, o trabalho da equipe não anda!”* – **JOSÉ**

*“Quando fecha o posto, o médico vai embora, o técnico de enfermagem vai embora, a enfermeira vai embora. Vão para a casa deles, para o bairro onde moram. Já o agente de saúde mora na comunidade. Então o que acontece? A partir das 17h até 7h do outro dia quem resolve é o agente de saúde entendeu? Se tem um paciente grave acamado, a equipe já sabe que ele pode morrer a qualquer momento, mas na hora que ele morre quem tá na casa junto à família é o agente de saúde.* – **JOÃO**

Em virtude de morar obrigatoriamente na comunidade em que trabalha e criar vínculos com seus vizinhos, os ACS's não só conhecem as demandas de saúde, mas também fatores como a realidade socioeconômica, questões familiares e, muitas vezes, de relacionamento interpessoal. Esses aspectos acabam levando à uma credibilidade desses trabalhadores para com população. Além disso, são os primeiros a adentrarem nas casas e conhecerem a situação das famílias, transmitindo posteriormente as necessidades identificadas para a equipe (BACHILLI et al, 2008; SILVA et al, 2009).

É possível inferir que os ACS's como BNR's possuem um grande impacto na vida das pessoas ao receberem e transmitirem as expectativas dos usuários sobre as políticas; criarem regras de acesso aos benefícios ou recebimentos de sanções; mediar aspectos das relações institucionais dos cidadãos com o Estado, tornando-se centro da ação pública (LIPSKY, 1980; BRASIL, 2012).

*“A gente sabe das atribuições de cada pessoa, dos deveres, do trabalho do agente de saúde, mas não nega nem por um segundo ajuda dentro da UBS. Mesmo sabendo que muitas vezes aquele serviço ali o município podia ter outro profissional naquele momento fazendo aquele serviço [...] A gente não pode deixar a população sem assistência. Então a gente colabora para não ver a população sozinha. Porque a gente precisa colaborar. E tem muita coisa que se a gente não colaborar com a equipe, não anda” – JOÃO*

A execução de funções atribuídas a outros profissionais da ESF pelos ACS's pode estar relacionado à problemas administrativos e de gestão do Sistema Único de Saúde, como por exemplo a escassez de trabalhadores para desempenhar atividades fundamentais para seu desempenho. O desvio dessas ocupações estaria associado à percepção do trabalho do agente de saúde como algo simples e indistinto, conseguindo ser redirecionado, segundo as necessidades dos serviços, para atividades que presumivelmente exigem pouca capacitação (MOROSINI et al, 2007). Essa problemática deve ser pauta para a gestão pública e reivindicação para esses trabalhadores, a fim de evitar a manutenção de relações de poder, hierarquia e regras institucionais.

Outro aspecto identificado nessas entrevistas seria a visão do trabalho colaborativo com a equipe como algo essencial para o sucesso da ESF. A interação positiva entre todos os membros pode ser uma oportunidade para a troca de conhecimento e saber (técnico, científico, cultural e popular), importantes para um funcionamento congruente da equipe (LANCETTI, 2008).

### **“Eu saberia dizer por onde começar”: traços de autonomia profissional no trabalho realizado pelos ACS na ESF**

Diariamente em seus processos de trabalho, os ACS lidam com situações nas quais precisam atuar com independência para escolher o melhor caminho a ser seguido para o desenvolvimento apropriado de suas tarefas. Nos discursos dos participantes dessa pesquisa,

em alguns momentos identifica-se traços de execução da autonomia profissional, a partir do estabelecimento de prioridades frente às demandas.

*“Se for um caso urgente, quem chama o samu sou eu. Já chamo o Samu, faço tipo uma regulação, já passo tudo que está acontecendo e já aviso à equipe sabe? Já aviso à enfermeira.” - MARIA*

*“Eu tenho que fazer oito visitas por dia e nelas existe aquela prioridade né? Então, busco começar com as prioridades. Então entro em contato logo com essa família” – JOÃO*

Frente a isso, pode-se considerar que esses burocratas, por atuarem mais próximo dos usuários possuem a habilidade de identificar circunstâncias peculiares e individuais no momento de oferecer seus serviços. Para isso, desenvolvem a autonomia técnica, de modo que o uso da ciência é acompanhado de valores, ética e compromisso com um bom trabalho, no qual a estratégia discursiva do profissionalismo coloca-se majoritariamente em sua dimensão expressiva (ALMEIDA, 2008; ELSTON, 1991).

Nesse sentido, um profissional aplicaria seu conhecimento em três etapas com vistas a uma discriminação positiva para os mais necessitados naquele determinado momento, consideradas como “singularidade do raciocínio profissional”: 1) a classificação do problema ou diagnóstico pelo qual o profissional utiliza seu conhecimento para buscar informações que permitam identificar o caso concreto; 2) o raciocínio e a argumentação colocados sobre a problemática para analisar os melhores caminhos para sua resolução; 3) atuar diante da problemática para resolver o problema a partir de informações contidas em seu direcionamento (ABOTT, 1998; FREIDSON, 1994; OLIVEIRA & OLIVEIRA, 2015). A partir daí, poderia realizar escolhas ou fazer mudanças que considere necessárias.

*“Se perguntasse para mim: qual política pública você desenvolveria naquela comunidade, que você acha que a gente iria ter êxito nessa política? Eu saberia dizer por onde começar. Eu mudaria muita coisa, mas para isso precisaria de recursos. Primeiro eu dava direito ao agente de saúde de ter autonomia para decidir o que poderia acontecer na comunidade dele. Porque ele conhece a realidade, entendeu? Ele conhece e sabe chegar na equipe e dizer: “Tal dia eu quero fazer uma ação dentro da minha comunidade porque*

*minha comunidade está vivendo essa situação aqui que só é resolvida dessa forma aqui” – MARIA*

*“A gente sempre se reúne, conversa, vemos o que que pode ser possível para a nossa unidade e também o que também não dá, a gente muda. Tipo assim, a gente não desobedece, a gente muda, pois algumas coisas ficam a desejar, porque tem coisas que não dá para a gente fazer.” – MARGARIDA*

Consoante Carpenter (2001), a autonomia está associada à capacidade de “agir conforme seus interesses”, ainda que esses sejam diferentes dos defendidos por políticos ou interesses organizados (CARPENTER, 2001). Frente a isso, alguns estudos inferem que a atuação autônoma está relacionada a algum nível de diferenciação política e de autoconsciência dos valores que embasam os objetivos da ação. Baseado em suas ideias e objetivos, esses atores podem influenciar tanto a mentalidade como o comportamento de outros em sua equipe de trabalho. Tal influencia modifica diretamente o modo em que as políticas públicas são implementadas. Dessa forma os ACS’s podem mobilizar sua expertise para controlar determinadas situações, o que dá a eles mais autonomia profissional (PETTINICCHIO, 2012; ABERS; TATAGIBA, 2014).

Nesse cenário, esses burocratas não necessariamente compartilham dos mesmos objetivos que seus superiores e, por conseguinte, não se esforçam para alcançar os objetivos propostos. Se os incentivos e sanções disponíveis aos níveis superiores não são suficientes para consertar discordâncias, pode-se surgir uma falta de motivação para o desenvolvimento das atividades (LIPSKY, 2010). Além do mais, existe a mesma possibilidade de que o exercício da autonomia faça com que esses trabalhadores aloquem recursos de forma indevida para o favorecimento próprio ou de pessoas escolhidas por meio de relações clientelares, influenciados por julgamentos, classificações e percepções de merecimento, o que poderia impedir o acesso dos usuários à serviço que teriam direito, criando novos “nichos de exclusão” (KEISER; SOSS, 1998; LIPSKY, 1980; DUBOIS, 2010; MAYNARD-MOODIE & MUSHENO, 2003, 2015; PIRES, 2019).

Na ótica da sociologia das profissões, o desempenho das atividades pelos burocratas pode ser explicado pelas reflexões sobre a autonomia profissional, fundamentadas por alguns estudiosos. O sociólogo Eliot Freidson, por exemplo, considera o conhecimento formal como instrumento de poder que varia em cada profissão, baseado em conceitos de autonomia, *expertise* e o conceito de ideal de serviço. Basicamente, o autor considera que a autonomia



confere ao profissional o controle de seu trabalho, capacidade de julgamento e decisão, exigindo dele uma visão global das individualidades de suas práticas (FREIDSON, 1970, 1994). A partir do conhecimento sobre a realidade vivenciada em sua rotina de trabalho e de sua formação, que pode ser distinta da visão de entidades superiores, o trabalhador pode escolher qual a conduta a ser tomada naquele determinado momento, seja ela atribuída pelas normas ou não.

A *expertise* considera o saber como elemento fundamental, ou seja, a associação entre o treinamento e experiência gera uma autoridade implícita do profissional dentro de seu monopólio de conhecimento. O ideal de serviço é considerado o compromisso social assumido pelo trabalhador dentro do sistema organizacional. Diante desses conceitos, o autor mostra que o conhecimento adquirido por meio de uma vivência específica e prolongada é característica principal das ocupações profissionais, além de defender que o monopólio do saber leva à independência no desenvolvimento de sua prática (FREIDSON, 1970, 1994). Logo, as experiências vividas durante a atuação profissional possuem grande influência na autonomia desses burocratas, algo que vai muito além da formação típica das profissões e ocupações.

Além desses elementos, o corpo administrativo ou institucional como, por exemplo, os Conselhos Profissionais e Sindicatos, se asseguram em outros tipos de autonomia – política e econômica - encontrando-se frequentemente em uma postura organizacional em sua relação com o Estado, o mercado e a sociedade.

*“Eu durante essa minha vida de agente de saúde, me transformei política porque eu não via as coisas acontecerem. Tentei ser vereadora, mas não consegui votos suficientes. Apesar disso, sempre estou na luta, cobrando lá na câmara. Nós somos uma categoria de luta. A gente não deixa se abater por nenhuma dificuldade. Se é nossa e nós temos direito, corremos atrás. O sindicato é organizado, sou sindicalista, conheço meus direitos. Assim como exigem meus deveres, eu também exijo meus direitos, entendeu? – MARIA*

Perante esses relatos, é possível afirmar que os ACS's desenvolvem estratégias para alterar o desenho original das políticas, conforme o exercício da discricionariedade em realidades imprevisíveis de escassez de recursos, na medida que estabelecem suas decisões, sendo caracterizados como *policymakers*. No processo de escolha sobre cada caminho a ser seguido, os funcionários não precisam violar regras, já que geralmente as condições reais de trabalho estão aquém das necessárias, legitimamente pode haver a recusa de atuar diante da veracidade dos casos. Se as leis obrigam, elas também resguardam o agente na ponta do sistema

(LIPSKY, 1980; LIPSKY, 2010). Nesse contexto, um dos entrevistados relata a busca por mudanças e demonstra o desejo de se inserir no meio político como uma alternativa de conseguir que ações sejam colocadas em prática, todavia, é importante lembrar que nem sempre é suficiente agir somente nas fases iniciais do ciclo (agenda, formulação), uma vez que muitos problemas só estarão presentes execução do que será implementado.

Outro conceito, defendido por Lipsky, seria o de “coping”, o qual pode ser definido como esforços comportamentais que os burocratas utilizam na interação com usuários para suportar, enfrentar ou reduzir demandas e conflitos que encontram no cotidiano)( TUMMERS et al., 2015; TUMMERS, 2017; LIPSKY, 2010). Tais estratégias são resultantes da pressão cotidiana sofrida pelos burocratas, que precisam lidar com diferentes (e por vezes opostas) demandas de trabalho, o que os leva a desenvolver mecanismos para lidar com limitações que os impedem de exercer o seu trabalho de maneira ideal (atendimento “rotinizado”, apego, quebra ou contorno das regras; dentre outros) (LIPSKY, 2010).

Diante desses aspectos sociológicos abordados, Oliveira & Oliveira (2015) propõe que o discurso do profissionalismo, narrativa que carrega a autonomia profissional, revela-se em duas dimensões distintas: a instrumental (ocorre valorização da técnica e da ciência, padronização de condutas, além de disputas políticas e econômicas) e a expressiva (conjunto de crenças e valores que os profissionais justificam suas ações individuais). Ambas as dimensões podem ser reconhecidas dentro da atuação dos burocratas por meio das representações sociais que apresentam forte influência da sua estrutura organizacional (OLIVEIRA & OLIVEIRA, 2015).

### **“Quase não falam na nossa saúde”: a implementação de políticas públicas e a invisibilidade do trabalhador**

A utilização do método da história oral temática para a coleta de dados permitiu aos entrevistados recuperar na memória lembranças do início de seu trabalho e, dessa maneira, foi observada uma similaridade das funções realizadas em suas rotinas com as que desenvolviam antes de entrar nessa carreira e o amor pela profissão devido ao assistencialismo.

*“Na verdade, já conhecia um pouco. eu fazia parte da pastoral da criança e familiar que desenvolvia muitas atividades semelhantes às que fazemos hoje: pesar crianças, visitar famílias, medicar os doentes. eu gostava bastante de fazer aquilo” – MARIA*

*“Eu era auxiliar de enfermagem, depois fiz o técnico em enfermagem, mas não trabalhava na área. Sempre quis trabalhar na saúde, então vi o processo seletivo como uma oportunidade. Fiz a prova, passei e estou aqui” – JOSÉ*

*“Hoje eu penso em me aposentar porque já estou cansada, mas continuarei com o assistencialismo que eu posso dar para minha comunidade, para o bairro que eu moro, porque é muito bom você servir. Eu me dou muito” – JOÃO*

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde tem como uma de suas origens precursoras o trabalho dos agentes da Pastoral da Criança da Igreja Católica, que atuavam, principalmente, na região nordeste do Brasil. Após a criação, o Ministério da Saúde incorporou profissionais de saúde com esse perfil, objetivando reduzir os alarmantes indicadores de morbimortalidade infantil e materna (NEUMANN, 2003; SOUZA, 2014). À semelhança da pastoral, outras profissões da saúde (enfermagem, por exemplo), embora cada um tenha seus papéis, assemelham-se às atribuições dos ACS's no ato de cuidar do próximo (BRASIL, 2017), justificando o interesse desses indivíduos à escolha do processo seletivo para atuar no SUS.

Assim como em outros ambientes de trabalho, a atuação dos ACS's envolve o enfrentamento de desafios, uma vez que condições adversas encontradas no exercício de suas funções podem causar alienação, impotência, estresse, disputas de poder, conflitos, receios, insegurança, desmotivação, frustrando o ânimo para mudanças e implementações, a fim de garantir um auxílio integral e qualificado. Na maioria das vezes, as opiniões individuais não são compreendidas de forma clara pela equipe, levando a atitudes egoístas, competitivas e limitadoras (RIBEIRO et al, 2004; FADEL et al, 2008; MACHADO et al, 2007).

*“Nem sempre consigo fazer o que quero. Muitas vezes o ministério só quer saber de dados, de números. Ele não conhece a nossa realidade. Por mais que eu mande todo mês a demanda que tem da minha área, ele não sabe da realidade do que acontece na minha comunidade. E muitas vezes uma política que é para ser desenvolvida em nossa comunidade não é de acordo com o que a gente vivencia” – MARIA*

*“Assim, eu tenho liberdade para fazer minhas funções, porém nem sempre tenho recursos para isso. Então fico limitada pela falta de recursos, pelas*

*opiniões não aceitas na equipe, pela população que não aceita nossas orientações. Isso que limita!” – JOSÉ*

Diante dessas colocações, alguns estudos com profissionais de linha de frente já identificaram problemáticas que interferem no exercício da autonomia pelos BNR's: insatisfação com o trabalho realizado, limitação dos recursos, falta de clareza nos desenhos das políticas, incompatibilidade entre horas trabalhadas e remuneração, descontentamento econômico e pessoal, más condições de trabalho, sentimento de desvalorização e desprestígio, incertezas e desencantamento com a profissão, pressões ambíguas sofridas, desencontro de interesses (MACHADO 1995; MACHADO, 2000; LIPSKY, 2010, 2019; MEYERS e VORSANGER, 2010).

*“Eu acredito que já lutei muito. Hoje eu estou mais devagar. Tem dias que ando desestimulada, já pensei em desistir porque não conseguimos nossos objetivos. A gente sabe que nosso trabalho ajudou muita gente sabe? Mas tenho a impressão que poderia ter feito mais, caso tivesse apoio. Eu amo muito minha profissão, amo ser ACS, mas já fui mais motivada. A população também não entende que nós não podemos fazer tudo porque nem tudo faz parte do nosso trabalho” – JOSÉ*

*“Nós somos a cara da nossa comunidade, por isso que muitas vezes a gente é cobrado. Já ouvi pessoas falando muito assim: “Mas o agente de saúde não trabalha, não me ajudou naquilo ali”, mas é porque ele não sabe que aquele problema ali não sou eu que resolvo, não é meu colega que resolve. Existe uma equipe que resolve aquele problema ali e, quando ela não tá, a gente tenta resolver, mas nem sempre está ao nosso alcance. Acham que eu deveria estar mais no assistencialismo fazendo curativo, marcando consulta, mas o meu trabalho é preventivo” – MARIA*

*“Eu sou muito grata por servir, eu me dou tanto que as vezes adoço, mas ainda sou bastante cobrada. A gente precisa que cuidem mais de nós, da saúde do trabalhador. Se a população precisa, nós precisamos também para poder cuidar dela. Quase não falam na nossa saúde” – MARGARIDA*

Mesmo em momentos de normalidade, o trabalho desses burocratas é marcado por pressões, indecisão e sofrimentos (LIPSKY, 2010), como também por vocação e heroísmo

(MAYNARD-MOODY; MUSHENO, 2003). O trabalho no nível da rua é caracterizado por alta discricionariedade dos profissionais, na medida em que as regras são em geral abrangentes e demandam interpretação e adaptação para os casos reais (FERNANDEZ; GUIMARÃES, 2020; LOTTA, 2019). Além disso, é um trabalho marcado por excesso de atividades e escassez de recursos (LIPSKY, 2010).

Então, é gerado um sentimento de onipotência no momento em que o ACS sente ter a possibilidade de resolver o problema dos usuários, ao passo que percebe que nesse caminho irão surgir problemas que vão além de sua governabilidade, frustrando as viabilidades e criando expectativas no usuário, as quais não correspondem com sua realidade (MARTINES; CHAVES, 2007). Tal fato pode levar à um não reconhecimento profissional e, conseqüentemente, causa o adoecimento, desmotivação e redução do comprometimento com o trabalho.

Nesse sentido, é comum na ESF a dedicação dos ACS's a tarefas burocráticas, tais como a entrega de prontuários, organização de filas e espaços para atividades, dentre outros, as quais, associadas à produção e registro de informações, tem reduzido as atividades de educação em saúde no território para segundo plano (MOROSINI; FONSECA, 2018). Além disso, a desvalorização profissional presente na baixa remuneração e na ausência de estímulos e gratificação, podem ocasionar no ACS o desejo de desistir de sua atuação (NAKAGAWA, 2007; SANTANA et al, 2009). Tais processos implicam na existência de elevada ocorrência de casos de esgotamento profissional e de transtornos mentais entre os agentes comunitários (SILVA; MENEZES, 2008).

No contexto da pandemia da Covid-19, iniciada no ano de 2020, todos os profissionais foram pegos de surpresa e precisaram realizar diversas mudanças, gerando impacto direto em suas rotinas de trabalho. Foi necessária criação de protocolos, a adoção de critérios para o isolamento social, alteração da forma das visitas domiciliares para a forma virtual (telefone, WhatsApp) ou pelo “portão” das casas, respeitando o distanciamento, mudanças nos procedimentos de recepção dos usuários da unidade, assim como da população mais vulnerável, etc (ALCADIPANI ET AL., 2020). Todas essas situações afetaram diretamente a saúde física e mental desses burocratas de linha de frente.

*“Cheguei a ponto de querer desistir da minha profissão de tão desestimulada que fiquei nessa pandemia. Por que quando você vê sua comunidade na situação que a gente viu diante da pandemia, você fica desestimulada. Eu*

*não tive tempo para minha família, não tive tempo para mim. E quem foi que perguntou se eu estou com sequelas? O ministério perguntou como é que eu estou? Não! Por isso que eu digo que ele primeira precisa procurar entender o que está acontecendo: Como é que está o agente de saúde? Como ficou depois da pandemia? Ele foi infectado? Ele teve sequela? Porque eu deixei de cuidar da minha família para cuidar da minha comunidade. Eu me preocupei com todo mundo, mas ninguém se preocupou comigo.” – **MARIA***

*“O ministério lançou agora o curso técnico de agente de saúde. Eu não sou de acordo a fazer agora, farei porque sou obrigada. Nós estamos saindo de uma pandemia, de milhões de casos de pessoas doentes e mortas. Nós perdemos muita gente na nossa comunidade e não tivemos nenhum apoio psicológico. Nós precisamos nos refazer, estamos começando a reviver agora, a repensar em tudo que foi feito.” – **JOÃO***

É possível constatar nessas narrativas que os participantes dessa pesquisa se sentem afetados fisicamente e psicologicamente pelas consequências provenientes desse período de pandemia em cobram das entidades superiores, por meio do ministério da saúde, de atividades que possam promover a saúde do trabalhador. Desse modo, infere-se que, embora a autonomia profissional seja bem visível na atuação dos agentes de saúde como burocratas a nível de rua, não existe um olhar mais atento e cuidadoso para com esses indivíduos protagonistas, pois ainda há um modelo de implementação de políticas autoritário, o qual não se considera o trabalho in situ.

## **CONCLUSÃO**

O processo de implementação de políticas públicas envolve uma diversidade de contextos, atores, modos de pensar, modelos de execução, momentos decisivos e diferentes maneiras de se inserir nos processos de governança, com a finalidade de distribuir serviços públicos essenciais para uma determinada população. Para esse fim, os BNR's precisam desenvolver estratégias de autonomia e discricionariedade na tentativa de cumprir à normas pré-determinadas por autoridades superiores, conforme a realidade que vivenciam em sua população adscrita.

Frente ao exposto, o desenvolvimento dessa pesquisa permitiu observar que, em diversos momentos, os ACS's desenvolveram mecanismos de autonomia profissional na

implementação de políticas públicas de saúde. As atividades diárias de seus processos de trabalho exigiram várias escolhas e decisões em relação aos benefícios e as sanções que impactam diretamente na vida da população. A atuação desses trabalhadores no desenvolvimento das ações de saúde exige uma grande responsabilidade, pois busca entregar os direitos aos cidadãos de maneira efetiva. Embora tenha aumentado a quantidade de pesquisas sobre as políticas públicas nos últimos anos, muitas vezes o trabalho da linha de frente é ignorado por existir uma dificuldade em pesquisar esse processo, logo a realização de mais estudos da influência da atuação desses atores enriquecerá a compreensão sobre êxitos e fracassos na implementação.

## **REFERÊNCIAS**

ABBOTT.; A. The System of Professions. An Essay on the Division of Labour. The University of Chicago Press, Chicago, IL, 1988.

ABERS, R.; TATAGIBA, L. “Institutional Activism: Mobilizing for Women’s Health from Inside the Brazilian Bureaucracy”, in F. M. Rossi e M. von Bü-low (orgs.), Social Movements in Latin America: New Theoretical Trends and Lessons from Mobilized Regions. London, Ashgate, 2014.

ALCADIPANI, R et al. Street-Level bureaucrats under COVID-19: police officers’ responses in constrained settings. Administrative Theory & Praxis, V.1, n.10.

ALMEIDA, ALJ. O lugar social do fisioterapeuta. [Tese - Doutorado]. Presidente Prudente (SP): Universidade do Estado de São Paulo, 2008.

ANDRADE, MAR. O trabalho do agente comunitário de saúde: relevância para o bom resultado da estratégia da saúde da família. Minas Gerais, 2012. [Trabalho de Conclusão de Curso].

ARRETICHE, M. Uma contribuição para fazermos avaliações menos ingênuas. In: MOREIRA, MCR; CARVALHO, MCB. (Org.). Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais. São Paulo: IEE/PUCSP, 2001.

BACHILLI et al. A identidade do agente comunitário de saúde: uma abordagem fenomenológica. Ciênc. saúde coletiva, v.13, n.1, 2008.

BELLAGUARDA, M. L. R. et al. Reflexão sobre a legitimidade da autonomia da enfermagem no campo das profissões de saúde à luz das ideias de Eliot Freidson. Escola Anna Nery. v.17, n.2. Rio de Janeiro. Abr./Jun. 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452013000200023](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000200023). Acesso em: 09 fev. 2020.

BIANCO LC. Avaliação de conhecimento em saúde bucal de agentes comunitários de saúde (ACS) e usuários do SUS de Porto Velho [dissertação]. Taubaté: Universidade de Taubaté; 2010.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística -IBGE. Censo Demográfico, 2010. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/rn.html>> . Acesso em: 15 de Jan de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [acesso em 2018 Jul 21]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2018.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2018.html).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2488, 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). Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, n.204, p.55, 24 out. 2011. Seção 1, pt1.

BRASIL. Plano Municipal de Saúde 2018-2021. Secretaria Municipal de Saúde – Prefeitura de Currais Novos. Currais Novos, 2017.

BRITES, CM; CLEMENTE, AJ. Implementação de Políticas Públicas: breve revisão de literatura. Revista NAU Social, v.10, n.18, p.27-37, 2019.

CARPENTER, D. The forging of bureaucratic autonomy: reputations, networks, and policy innovation in executive agencies, 1862-1928. Woodstock: Princeton University Press, 2001.

CASTORIADIS C. O mundo fragmentado. Encruzilhadas do Labirinto III. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1992.

CHIESA AM, FRACOLLI LA. O trabalho dos Agentes Comunitários de saúde nas grandes cidades análise do seu potencial na perspectiva da Promoção da Saúde. Revista de Saúde da Família/ Ministério da Saúde. Ano V, n.7, edição especial. Brasília-DF: jan. 2003 a abr. 2004.

CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÕES (CBO). Relatório da Família. Ministério do trabalho (Internet). Disponível em: <http://www.mtecbo.gov.br/cbosite/pages/pesquisas/ResultadoFamiliaDescricao.jsf;jsessionid=AHdzLj3mGoQx1FFNENI4WFBz.slave27:mte-cbo>

comunitário de saúde. Cogitare Enfermagem, Curitiba, v. 18, n. 3, p. 439-45, jul./set. 2013.

COSTA SIF, OSELKA G, GARRAFA V. Iniciação à bioética. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998.

DUBOIS, V. “Politiques au guichet, politiques du guichet”. In : Borraz, O. ; Guiraudon, V.(Orgs.), Politiques publiques: Des politiques pour changer la société ? Paris : Presses de Sciences-po, 2010.



- ELSTON MA. The politics of professional power: medicine in a changing health service. In: Gabe J; Calnan M; Bury, M (edts.). The sociology of the health service. London: Routledge, 1991: 58-88.
- ELSTON, MA; GABE, J. Medical autonomy, dominance and decline. In: Gabe J and Monaghan LF. Key Concepts in Medical Sociology. London: Sage Publications; 2013: 151-55.
- FADEL, B et al. Interesse e satisfação profissional de quem atua em equipes do Programa Saúde da Família no noroeste paulista. Rev Min Enferm, v.12, n.1, p.64-70, 2008.
- FERNANDEZ, MV; GUIMARÃES, NC. Caminhos teórico-metodológicos para a análise da burocracia de nível de rua. Rev. Bras. Ciênc. Polít. Brasília, n.32,p. 283-322, mai/ago. 2020.
- FORTES P. A. C. Ética e Saúde. São Paulo, Ed. Pedagógica Universitária, 1998.
- FREIDSON E. Professionalism Reborn. Theory, Prophecy and Policy, Polity Press, Cambridge, 1994.
- FREIDSON E. Profissão médica: um estudo de sociologia do conhecimento aplicado.
- FREIDSON E. Renascimento do profissionalismo: teoria, profecia e política. Tradução de Celso Mauro Paciornik. São Paulo: EDUSP, 1998. 280 p. Título original: Professionalism reborn: theory, prophecy and policy. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-69091999000100013>
- FREIDSON E. Renascimento do profissionalismo: teoria, profecia e política. Tradução de Celso Mauro Paciornik. São Paulo: EDUSP, 1998. 280 p. Título original: Professionalism reborn: theory, prophecy and policy.
- FREIDSON, E. Profession of medicine: a study of the sociology of applied knowledge. New York: Dodd, Mead & Company, 1970.
- GALAVOTE, Heletícia S. et al. Alegrias e tristezas no cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde: cenários de paixões e afetamentos. Interface: Comunicação, Saúde e Educação, Botucatu, v. 17, n. 46, p. 575-586, 2013.
- HOWLETT, M et al. *Política pública*. Seus ciclos e subsistemas. Uma abordagem integral. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.
- JANUZZI, PM; MIRANDA, HL; SILVA, DSG. Análise Multicritério e Tomada de Decisão em Políticas Públicas: Aspectos Metodológicos, Aplicativo Operacional e Aplicações. Informática Pública. V 11, n.1, p.69-87, 2009.
- KEISER, L; SOSS, J. With good cause: bureaucratic discretion and the politics of child support enforcement. American Journal of Political Science, v. 42, n. 4, p. 1133-1156, 1998.
- KOYASHIKI, Gina Ayumi Kobayashi et alii. O trabalho em saúde bucal do Agente Comunitário de Saúde em Unidades de Saúde da Família. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 1343-1354, 2008. Available from [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141381232008000400032&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232008000400032&lng=en&nrm=iso)

- LANCETTI, A. Clínica peripatética. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.
- LANZONI, Gabriela M. M. et al. Contexto da rede de relações e interações do agente
- LEANDRO et al. Uso de tablets por Agentes Comunitários de Saúde no Brasil. *Revista Saúde em Redes*, v.7, n.3, p.1-14, 2021.
- LIPSKY, M. Burocracia em nível de rua: dilemas do indivíduo nos serviços públicos. ENAP,430p. 2019.
- LIPSKY, M. Street-level bureaucracy. Dilemmas of the individual in public service. 30th anniversary expanded edition. New York: Russell Sage Foundation, 275 p., 2010.
- LIPSKY, Michael. Street level bureaucracy: dilemmas of the individual in public services. Nova Iorque: Russell Sage Foundation, 1980.
- LOTTA, G. Burocracia e implementação de políticas públicas – os agentes comunitários na Estratégia Saúde da Família. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015.
- LOTTA, Gabriela S. Teorias e análise sobre a implementação de políticas públicas no Brasil. Enap, Brasília, 324 p,2019.
- LOTTA, GS. Desvendando o papel dos burocratas de nível de rua no processo de implementação: o caso dos agentes comunitários de saúde. In: FARIA, Carlos Aurélio P. (Org.). Implementação de políticas públicas: teoria e prática. Belo Horizonte: Editora PUC Minas, 221-259, 2012.
- LOTTA, GS; PIRES, RRC; OLIVEIRA, VE. Burocratas de médio escalão: novos olhares sobre velhos atores da produção de políticas públicas. *Revista do Serviço Público*, v. 65, n. 4, p. 463-492, 2014.
- LOTTA, GS; SANTIAGO, A. Autonomia e Discricionariedade: Matizando Conceitos-chave para o Estado de Burocracia. *Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais - BIB*, 83, 21-41, 2017.
- MACHADO MFAS et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. *Ciênc Saúde Coletiva*, v.12, n. 2, p. 335-342, 2007.
- MACHADO MH (coord.). Os médicos no Brasil: um retrato da realidade. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997. 244p.
- MACHADO MH (org.). Profissões de saúde: uma abordagem sociológica. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995. 193p.
- MACHADO, MAM. Desafios a serem enfrentados na capacitação de gestores escolares. Em Aberto. Brasília, v.17, n.72, p.97-112, fev/jun.2000. Disponível em:<<http://www.rbep.inep.gov.br/index.php/emaberto/article/viewFile/1087/989>>.
- MARTINES WRV, Chaves EC. Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do agente comunitário de saúde no Programa de Saúde da Família. *Rev Esc EnfermUSP*.2007;41(3):42633. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S008062342007000300012>

- MAYNARD-MOODY, S. & MUSHENO, M. Cops, Teachers, Counselors: Stories from the Front Lines of Public Service Ann Arbor: University of Michigan Press, 2003.
- MAYNARD-MOODY, S. MUSHENO, M. Embedded Agency and Inhabited Institutions: Accounting for Patterns in Frontline Worker Judgment In: International Conference on Public Policy (ICPP). Milan, Italy, 2015.
- MEIHY, JCSB; RIBEIRO, SLS. Guia prático de história oral: para empresas, universidades, comunidades, famílias. São Paulo: Contexto, 2011.
- MENEZES, P. R. Esgotamento profissional e transtornos mentais comuns em Agentes Comunitários de Saúde. Revista de Saúde Pública, v.42, n.5, p. 921-929, 2008. [Acesso em 25 Mai 2022]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n5/6933.pdf>
- MEYERS, K; VORSANGER, S. Burocratas de nível de rua e a implementação de políticas públicas in Peters, B e Pierre, Jon (orgs.) Administração Pública Coletânea, Enap, Brasília, Ed. Unesp, São Paulo, 2010.
- MØLLER, M. Solidarity and Categorization Solidarity Perceptions and Categorization Practices among Danish Social Workers PhD Aarhus University, 2009.
- MOROSINI et.al. O agente comunitário de saúde no âmbito das políticas voltadas para a atenção básica: concepções do trabalho e da formação profissional. In: FONSECA A.F. O processo histórico do trabalho em saúde. Ed Fiocruz, Rio de Janeiro, 2007.
- MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães Cardoso, FONSECA, Angélica Ferreira. Os agentes comunitários na atenção primária à saúde no Brasil: inventário de conquistas e desafios. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 42, n. especial, p. 261-274, set. 2018.
- MUÑOZ D, FORTES P. O princípio da autonomia e o consentimento livre e esclarecido. In: Sérgio IFC, Volnei G, Gabriel O, coordenadores. Iniciação à bioética. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 1998.
- NAKAGAWA PY. Reflexão: o sofrimento do trabalhador. 2007. [Acesso em 2008 Out 18 ]. Disponível: [www.palavraescuta.com.br](http://www.palavraescuta.com.br).
- NAVARRO, ASS; GUIMARÃES, RLS; GARANHANI, M. Trabalho em equipe: o significado atribuído por profissionais à Estratégia Saúde da Família. Rev Min Enferm, v.17, n.1, p. 61-68, 2013.
- NETO et al. O princípio Constitucional da autonomia e sua implicação no Direito Penal, 2015.
- NEUMANN ZA. A experiência de fazer acontecer a saúde entre os excluídos da sociedade. Rev Panam Salud Publica, v.12, n.3, p. 153-56, 2002.
- NOGUEIRA RP. O trabalho do agente comunitário de saúde: entre a dimensão técnica “universalista” e a dimensão social “comunitarista”. Comunic, Saúde, Educ., v.6,n.10, p. 75-96, 2002.
- OLIVEIRA, ALO. A Fisioterapia no Estado de São Paulo: Um estudo sobre as representações dos profissionais. Tese (Doutorado) - Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2015.

- PETTINICCHIO, D. Institutional activism: reconsidering the insider/outsider dichotomy. *Sociology Compass*, Rochester, NY, v. 6, p. 499-510, 2012.
- PIRES, RRC. Estilos de implementação e resultados de políticas públicas: fiscais do trabalho e o cumprimento da lei trabalhista no Brasil. *Dados*, v. 52, n. 3, p.735-769, 2009.
- PIRES, RRC. Implementando desigualdades: reprodução de desigualdades na implementação de políticas públicas. Rio de Janeiro: Ipea, 2019.
- RAYMUNDO ALSB. O agente comunitário de saúde e a privacidade e confidencialidade das informações dos usuários. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Campos Gerais, 2012. [Monografia].
- RIBEIRO EM, PIRES D, BLANK VLG. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. *Cad. Saúde Pública*, v.20, n.2, 2004.
- RIBEIRO, S. L. S. História Oral na escola: instrumento para o ensino de história. *Oralidades (USP)*, n.4, p.99 – 109, 2008.
- RIBEIRO, SLS. Narrativas e entrevistas em pesquisas qualitativas: história oral como possibilidade teórico – metodológica. *Revista Ciências Humanas*,v.14,n.25, 2021.
- RIBEIRO, SLS; OLIVEIRA, PR. Narrativas em rede: argumentos em vida e histórias de vida e educação. *Revista Iberoamericana do Patrimônio Histórico Educativo*, v.4, p.412-430, 2018.
- SANTANA, JCB. Agente comunitário de saúde: percepções na estratégia saúde da família. *Cogitare Enferm*, v.14, n.4, p. 645-652, 2009.
- SANTOS, Adriano M. et al. Vínculo e autonomia na prática de saúde bucal no Programa Saúde da Família. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 464-470, jun. 2008.
- SILVA, F. S.; SOUSA, S. R. G. R.; GONÇALVES, T. R. A. Perfil dos agentes comunitários de saúde da estratégia de saúde da família do município de Arcoverde – PE. Monografia apresentada ao Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz. Recife, 2009
- SOUZA C. Políticas públicas: uma revisão da literatura. *Sociologias*. 2006; 8 (16):20-4. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s151745222006000200003>
- SOUZA, HMS. Porque o Ministério da Saúde (M.S.) propôs o Programa Saúde da Família(PSF)? Fale do histórico do surgimento da proposta. Programa saúde da família: entrevista. *Rev. Bras. Enferm.* 53 (spe) • Dez 2000. Publicado em 2014.
- THOMANN, E.; RAPP, C. Who deserves solidarity? Unequal treatment of immigrants in Swiss welfare policy delivery. *Policy Studies Journal*, v. 46, n.3, 531–552, 2018.
- Tradução André de Faria Pereira Neto e Kvieta Brezinova de Moraes. São Paulo: Editora UNESP, 2009.

TUMMERS, L. et al. Coping during public service delivery: a conceptualization and systematic review of the literature. *Journal of Public Administration Research and Theory*, v. 25, n. 1, p. 1099-1126, Oct. 2015.

TUMMERS, L. The relationship between coping and job performance. *Journal of Public Administration Research and Theory*, v. 27, n. 1, p. 150-162, 2017.

VASCONCELOS M, CARDOSO AVL, ABREU MHNG. Os desafios dos Agentes Comunitários de Saúde em relação à saúde bucal em município de pequeno porte. *Arq Odontol*.v. 46, n.2, p.98-104, 2010.

VIEGAS, Selma M. F.; PENNA, Cláudia M. M. O vínculo como diretriz para a construção da integralidade na Estratégia Saúde da Família. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, Fortaleza, n. 13, v. 2, p. 375-385, 2012.

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de desenvolvimento de políticas públicas envolve um ciclo complexo de etapas com fases de elaboração, planejamento e execução. A fase de implementação possui grande relevância por permitir a visualização de problemáticas e falhas anteriores à tomada de decisão que possam surgir na distribuição dos serviços públicos para a população. Em virtude de envolver diferentes atores, contextos e processos de decisão, é possível que a entrega de uma mesma política envolva práticas diferenciadas e resultados distintos, a depender da realidade do local atuação, principalmente em um país heterogêneo como o Brasil.

Os BNR's são considerados agentes implementadores, estabelecem o contato direto com a população, vivenciam as realidades de cada território, recebem e repassam as expectativas dos usuários quanto às normas implementadas, determinam o acesso aos benefícios e sanções, como também medeiam as relações com o Estado. Todos esses fatores promovem um certo “poder de escolha” que podem influenciar na assistência destinada à população, sejam eles pessoais, institucionais, gerenciais, os quais podem levar à atitudes favoráveis para o beneficiamento do mais necessitados de assistência naquele momento ou, ao contrário, pelo uso dos recursos de forma indevida, por meio do impedimento do acesso adequado aos serviços, influenciado por julgamentos, percepções errôneas e classificações inadequadas.

Nessa pesquisa a perspectiva de implementação foi observada sob o olhar do protagonismo dos ACS's ao analisarem as situações e executarem mecanismos de autonomia por meio da adoção de estilos de mediação que permitem implementar políticas frente à concepção que possuem a respeito das necessidades da população. Ademais, ficaram evidentes algumas fragilidades na organização da execução das políticas públicas de saúde, atribuído muitas vezes à ausência de um treinamento adequado para esses trabalhadores, como também pelo desconhecimento das entidades superiores sobre a realidade vivenciada pelos ACS's em seus processos de trabalho. A presença de brechas na estrutura organizacional permite a esse trabalhador agir com certo grau de autonomia para delegar as medidas mais adequadas e conseguir colocar em prática o que lhes é exigido.

Nos últimos anos, a quantidade de estudos sobre os BNR's tem aumentado e estão associados à diferentes contextos: análise das interações (burocratas entre si, burocratas e gestão, burocratas e usuários); análise dos indivíduos em atuação; análise das organizações); análise dos tipos de políticas; análise das políticas em diferentes países e estados, atingido

diferentes cenários, os quais levam a resultados diversos e, por muitas vezes contraditórios sobre a atuação desses trabalhadores. O estudo nessa pesquisa da atuação dos ACS's como BNR's na ESF permitiu identificar um protagonismo social, mesmo existindo situações desfavoráveis. Embora tenhamos encontrados esses achados importantes sobre os mecanismos de atuação autônoma dos ACS's como BNR's, é possível reconhecer que todo o debate que envolve a implementação de políticas públicas não foi esgotado, reforçando a necessidade da realização de mais estudos sobre o tema, incluindo também outros atores e situações.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Souza C. Políticas públicas: uma revisão da literatura. *Sociologias*. 2006; 8 (16):20-4. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s151745222006000200003>
2. Lotta G. 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 Públicas. Teoria e Prática*. Editora PUCMINAS, Belo Horizonte, 2012. Disponível em: <https://www.saopaulo.sp.leg.br/escoladoparlamento/w-p-content/uploads/sites/5/2015/07/PEND-02-Gabriela-S.-Lotta-revisado-2.pdf>
3. Fernandez MV, Guimarães NC. Caminhos teórico-metodológicos para a análise da burocracia de nível de rua. *Revista Brasileira de Ciência Política*. 2020; 32: 283-322. Doi: 10.1590/0103-335220203208. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbcpol/a/CCSM5zx4N8ffqvjqBQMdXMB/?format=pdf&lang=pt>
4. Lipsky M. *Street-level bureaucracy: dilemmas of the individual in public service*. 1st ed. New York: Russell Sage Foundation, 1980. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/10.7758/9781610447713>
5. Lipsky M. *Street-level bureaucracy. Dilemmas of the individual in public service*. 30th anniversary expanded edition. New York: Russell Sage Foundation, 2010. 275p. Disponível em: <https://www.russellsage.org/publications/street-level-bureaucracy>
6. Pires R, Lotta G, Oliveira VED. Burocracia e políticas públicas no Brasil: inserções analíticas. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Escola Nacional de Administração Pública. 2018. 413 p. Disponível: [https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com\\_content&view=article&id=33720](https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=33720)
7. Oliveira ALO. *Da prática fisioterapeuta à fisioterapia como profissão [Dissertação]*. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 2011; 226 p.
8. Thomann E, Von Engen N, Tummers L. The Necessity of Discretion: A Behavioral Evaluation of Bottom-Up Implementation Theory. *Journal of Public Administration Research And Theory*. 2018. 583-601. Doi: 10.1093/jopart/muy024. Disponível em: <https://academic.oup.com/jpart/article/28/4/583/5048691>



9. Costa SIF, Oselka C, Garrafa V. Introdução à bioética – Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998. pp. 302. ISBN 85-87077-02-3. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/images/stories/biblioteca/inicio%20%20biotica.pdf>
10. Muñoz DR, Fortes PAC. O princípio da autonomia e o consentimento livre e esclarecido. Iniciação à Bioética. Brasília, Conselho Federal de Medicina, 1998. 53-60.ID:lil-233436. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-233436?lang=es>
11. Neto HMB. O princípio constitucional da autonomia e sua implicação no Direito Penal. Direito Penal e Criminologia. 2015; 33-62. ISBN:9788578402143.Disponível em: <http://www.publicadireito.com.br/publicacao/uninove/livro.php?gt=15>
12. Freidson E. Profissão médica: um estudo de sociologia do conhecimento aplicado. São Paulo: Editora UNESP; 2009. ISBN: 9788571399327.
13. Bellaguarda MLR, Padilha MI, Neto AFP, Pires D, Peres MAA. Reflexão sobre a legitimidade da autonomia da Enfermagem no campo das profissões de saúde à luz das ideias de Eliot Freidson. Esc Anna Nery (impr.)2013 abr - jun; 17 (2):369 – 374. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452013000200023>
14. Elston MA. The politics of professional power: medicine in a changing health service. In: Gabe J, Calnan M, Bury M, org. The Sociology of the Health Care Service. London: Routledge; 1991. p. 58–88. ISBN: 9780203404751. Disponível em:<https://www.taylorfrancis.com/chapters/edit/10.4324/9780203404751-7/politics-professional-power-medicine-changing-health-service-mary-ann-elston>
15. Elston MA, Gabe J. Medical autonomy, dominance and decline. In: Gabe J and Monaghan LF. Key Concepts in Medical Sociology. London: Sage Publications; 2013: 151-55.Disponível em: <https://sk.sagepub.com/books/key-concepts-in-medical-sociology-second-edition/i913.xml>
16. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, 2012.Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>
17. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [acesso em 2018 Jul 21]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2018.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2018.html)

18. Navarro ASS; Guimarães RLS; Garanhani, M. Trabalho em equipe: o significado atribuído por profissionais à Estratégia Saúde da Família. Rev Min Enferm, v.17, n.1,p.61-68,2013.Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-684228>
19. Nogueira RP. O trabalho do agente comunitário de saúde: entre a dimensão técnica “universalista” e a dimensão social “comunitarista”. Comunic, Saúde, Educ. 2002; 6(10),75-94. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/NXzqDPvVgFrgjx8Gnd7Fkg/?format=pdf&lang=pt>
20. Martines WRV, Chaves EC. Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do agente comunitário de saúde no Programa de Saúde da Família. Rev Esc EnfermUSP.2007;41(3):42633. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S008062342007000300012>
21. Classificação Brasileira de Ocupações (CBO). Relatório da Família. Ministério do trabalho (Internet). Disponível em: <http://www.mtecbo.gov.br/cbsite/pages/pesquisas/ResultadoFamiliaDescricao.jsf;jseccionid=AHdzLj3mGoQx1FFNENI4WFBz.slave27:mte-cbo>
22. Arretche M. Uma contribuição para fazermos avaliações menos ingênuas. In: Moreira MCR; Carvalho MCB. (Org.). Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais. São Paulo: IEE/PUCSP, 2001, 43-56. Disponível em: <https://ria.ufrn.br/jspui/handle/123456789/1898>
23. Howlett M, Ramesh M, Perl A. Política pública. Seus ciclos e subsistemas. Uma abordagem integral. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013. Disponível em: <https://acervo.enap.gov.br/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=45813>
24. Lotta GS; Pires RRC; Oliveira VE. Burocratas de médio escalão: novos olhares sobre velhos atores da produção de políticas públicas. Revista do Serviço Público, v. 65, n. 4, p. 463-492, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.21874/rsp.v65i4.562>
25. Lotta, G. Burocracia e implementação de políticas públicas – os agentes comunitários na Estratégia Saúde da Família. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/ps555/08>
26. Pressman JL, Wildavsky, A. Implementation. Berkeley: University of California. Press, 1973.

27. Brites CM, Clemente AJ. Implementação de Políticas Públicas: breve revisão de literatura. Revista NAU Social, 2019; 10 (18), 27-37. Disponível em: <https://doi.org/10.9771/ns.v10i18.31461>
28. Bardach, E. The implementation game: what happens after a bill becomes a law. Cambridge: The MIT Press, 1977.
29. Meyers K, Vorsanger S. Burocratas de nível de rua e a implementação de políticas públicas in Peters, B e Pierre, Jon (orgs.) Administração Pública Coletânea, Enap, Brasília, Ed. Unesp, São Paulo, 2010.
30. Pires RRC. Implementando desigualdades: reprodução de desigualdades na implementação de políticas públicas. Rio de Janeiro: Ipea, 2019. Disponível em: [https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/190612\\_implementando\\_desigualdades.pdf](https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/190612_implementando_desigualdades.pdf)
31. Lotta GS, Santiago A. Autonomia e Discricionariedade: Matizando Conceitos-chave para o Estado de Burocracia. Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais - BIB, 83, 21-41, 2017. Disponível em: <https://www.anpocs.com/index.php/bib-p/bib-83/11092-autonomia-e-discricionariedade-matizando-conceitos-chave-para-o-estado-de-burocracia/file>
32. Lotta G, Pavez, T. Burocracia implementadora: dinâmicas e estruturas relacionais das políticas públicas. Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Ciências Sociais. Caxambu. Anais.Caxambu, MG: ANPOCS, 2008. Disponível em: [10.12660/cgpc.v15n56.3205](https://doi.org/10.12660/cgpc.v15n56.3205)
33. Lipsky, M. Burocracia em nível de rua: dilemas do indivíduo nos serviços públicos. ENAP, 430p. 2019. Disponível em: <http://repositorio.enap.gov.br/handle/1/4158>
34. Weber M. The theory of social and economic organizations. New York: Free Press, 1947.
35. Weber M. A ética protestante e o espírito do capitalismo. São Paulo: Pioneira, 1985.
36. Weber M. Sobre a universidade: o poder do Estado e a dignidade da profissão acadêmica. São Paulo: Cortez, 1989.
37. Andrade, ROB, Amboni, N. Teoria geral da administração: das origens às perspectivas contemporâneas. São Paulo: M. Books do Brasil Editora, 2007.
38. Motta FCP. & Vasconcelos, IFG. Teoria geral da administração (3. ed.). São Paulo: Cengage Learning, 2015.

39. Freidson E. Professionalism Reborn. Theory, Prophecy and Policy, Polity Press, Cambridge, 1994.
40. Oliveira, ALO. A Fisioterapia no Estado de São Paulo: Um estudo sobre as representações dos profissionais. Tese (Doutorado) - Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2015.
41. Harrits GS, Møller, M. Constructing at-risk target groups. Critical Policy Studies, 7(2); 155-176, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/19460171.2013.799880>
42. Zacka, B. When the State Meets the Street: Public Service and Moral Agency. Harvard University Press, 2017.
43. Møller, M. “She isn’t someone I associate with Pension” - A vignette study of professional reasoning. Professions & Professionalism, 6, (1), 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.7577/pp.1353>
44. Hupe P. Dimensions of discretion: specifying the object of street-level bureaucracy research. DMS-Der Moderne Staat, [S.l.] 2, 425-440, 2013. Disponível em: . <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-59188-7>
45. Hupe P, Hill M. Street-level bureaucracy and public accountability. Public Administration, 85, (7), 279-299, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1467-9299.2007.00650.x>
46. Hupe P, Hill M, Buffat A. (Eds.). Understanding street level bureaucracy. Bristol: Policy Press, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1467-9299.2007.00650.x>
47. Freidson E. Renascimento do profissionalismo: teoria, profecia e política. Tradução de Celso Mauro Paciornik. São Paulo: EDUSP, 1998. 280 p. Título original: Professionalism reborn: theory, prophecy and policy. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-69091999000100013>
48. Petraca FR. Construção do estado, esfera política e profissionalização do jornalismo no Brasil. Revista de Sociologia Política, 18 (35), 81-94, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-44782010000100006>
49. Møller M. Solidarity and Categorization Solidarity Perceptions and Categorization Practices among Danish Social Workers PhD Aarhus University, 2009. Disponível em: [https://politica.dk/fileadmin/politica/Dokumenter/Afhandlinger/marie\\_oestergaard\\_moller.pdf](https://politica.dk/fileadmin/politica/Dokumenter/Afhandlinger/marie_oestergaard_moller.pdf)

50. Maynard-Moody S, Musheno M. Cops, Teachers, Counselors: Stories from the Front Lines of Public Service Ann Arbor: University of Michigan Press, 2003.
51. Riley DD, Brophy-Baermann BE. Bureaucracy and the Policy Process. Lanham: Rowman and Littlefield, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/jopart/mux045>
52. Lotta G, Costa MIS. Uso de categorizações políticas e sociais na implementação de políticas: contribuições teóricas e analíticas. Rev.Sociol. Polit, 28 (76), 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1678-987320287604>
53. Balla, S. Political and organizational determinants of bureaucratic responsiveness. American Political Research, 28, p. 163-193, 2000. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1532673X00028002002>
54. Batey M, Lewis F. Clarifying autonomy and accountability in nursing service: Part 1. e Journal of Nursing Administration, Hagerstown, MD, 12 (9), p. 13-18, 1982. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6921232/>
55. Castoriadis C. O mundo fragmentado. Encruzilhadas do Labirinto III. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1992.
56. Carpenter, D. The forging of bureaucratic autonomy: reputations, networks, and policy innovation in executive agencies, 1862-1928. Woodstock: Princeton University Press, 2001. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/3525620>
57. Nogueira VMR, Tumelero SM. A relativa autonomia do assistente social na implementação das políticas sociais: elementos explicativos. O Social em Questão, ano XVIII, v. 34, 2015. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=552256666010>
58. Pires RRC. Estilos de implementação e resultados de políticas públicas: fiscais do trabalho e o cumprimento da lei trabalhista no Brasil. Dados, v. 52 (3), 735-769, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0011-52582009000300006>
59. Brodtkin, EZ. Reflections on Street-Level Bureaucracy: Past, Present, and Future. Public Admin Rev., 72, 940-949, 2012. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1540-6210.2012.02657.x>
60. Lotta GS. Teorias e análise sobre a implementação de políticas públicas no Brasil. Enap, Brasília, 324 p, 2019. Disponível em: [https://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/4162/1/Livro\\_Teorias%20e%20An%C3%A1lises%20sobre%20Implementa%C3%A7%C3%A3o%20de%20Pol%C3%ADticas%20P%C3%ABlicas%20no%20Brasil.pdf](https://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/4162/1/Livro_Teorias%20e%20An%C3%A1lises%20sobre%20Implementa%C3%A7%C3%A3o%20de%20Pol%C3%ADticas%20P%C3%ABlicas%20no%20Brasil.pdf)

61. Pettinicchio D. Institutional activism: reconsidering the insider/outsider dichotomy. *Sociology Compass*, Rochester, NY, v. 6, p. 499-510, 2012. Disponível em: [https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=2508870](https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2508870)
62. Abers R, Tatagiba L. Institutional Activism: Mobilizing for Women's Health from Inside the Brazilian Bureaucracy", in F. M. Rossi e M. von Bü-low (orgs.), *Social Movements in Latin America: New Theoretical Trends and Lessons from Mobilized Regions*. London, Ashgate, 2014.
63. Tummers L. et al. Coping during public service delivery: a conceptualization and systematic review of the literature. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 25, (1). 1099-1126, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/jopart/muu056>
64. Tummers L. The relationship between coping and job performance. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 27 (1), p. 150-162, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/jopart/muw058>
65. Keiser L, Soss J. With good cause: bureaucratic discretion and the politics of child support enforcement. *American Journal of Political Science*, 42, (4), p. 1133-1156, 1998. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/2991852>
66. Dubois V. "Politiques au guichet, politiques du guichet". In : Borraz, O. ; Guiraudon, V.(Orgs.), *Politiques publiques: Des politiques pour changer la société ?* Paris : Presses de Sciences-po, 2010.
67. Cordeiro N. O Papel da Burocracia a Nível de Rua na Implementação de Políticas Públicas: uma análise da política de abrigo para mulheres ameaçadas de morte, 2019. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/35553>
68. Rodrigues ML. *Sociologia das Profissões*. Oeiras: Celta Editora, 1997.
69. Aréan-García N. -ístico(a), uma questão de conceptualização. Disponível em [http://www.fflch.usp.br/dl/minienapol\\_lex/downloads/3m8.pdf](http://www.fflch.usp.br/dl/minienapol_lex/downloads/3m8.pdf).
70. Spencer H. *Origen de las profesiones*. Buenos Aires: Tor, 1895.
71. Weber M. *Economy and society: an outline of interpretative sociology*. Berkeley: University of California Press, 1978.
72. Durkheim E. *Professional ethics and civic morals*. London: Routledge, 1992. Disponível em: <https://www.routledge.com/Professional-Ethics-and-Civic-Morals/Durkheim/p/book/9781138601895>

73. Nascimento LC. Profissionalismo: expertise e monopólio no mercado de trabalho. Revista Perspectivas Contemporâneas, 2 (1), Campo Mourão, PR, Brasil, 2007. Disponível em: <https://revista2.grupointegrado.br/revista/index.php/perspectivascontemporaneas/artic le/view/383/180>
74. Parsons T. The professions and social structure. Social Forces, 17 (4), 457-67, 1939. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/2570695>
75. Machado MH (coord.). Os médicos no Brasil: um retrato da realidade. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997. 244p. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/bm9qp>
76. . Hughes EC. The sociological eye: selected papers. Chicago: Aldine, 1971.
77. Freidson, E. Profession of medicine: a study of the sociology of applied knowledge. New York: Dodd, Mead & Company, 1970. Disponível em: <https://press.uchicago.edu/ucp/books/book/chicago/P/bo3634980.html>
78. Freidson E. Professionalism, the third logic: on the practice of knowledge. Chicago: University of Chicago Press, 2001. Disponível em: <https://press.uchicago.edu/ucp/books/book/chicago/P/bo3621932.html>
79. Bonelli MG. Profissionalismo e política no mundo do direito: as relações dos advogados, desembargadores, procuradores e delegados de polícia com o Estado. São Carlos: EDUFSCar; 2002. Disponível em: <https://www.lexml.gov.br/urn/urn:lex:br:redes.virtual.bibliotecas:livro:2002:000816952>
80. Abbott A. The System of Professions. An Essay on the Division of Labour. The University of Chicago Press, Chicago, IL, 1988. Disponível em: <https://press.uchicago.edu/ucp/books/book/chicago/S/bo5965590.html>
81. Freidson E. Para uma análise comparada das profissões: a institucionalização do discurso e do conhecimento formal. Revista Brasileira de Ciências Sociais. 1996; 11(31):141-55. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2256.pdf>
82. Almeida ALJ. O lugar social do fisioterapeuta. [Tese - Doutorado]. Presidente Prudente (SP): Universidade do Estado de São Paulo, 2008. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/handle/11449/105047>
83. Bucher AS, Strauss A. Professions in process. American Journal of Sociology. 66(4):325-34, 1961. Disponível em: <https://doi.org/10.1086/222898>



84. Larson M. The rise of professionalism: a sociological analysis, London: University of California Press, 1977. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/319444775\\_The\\_Rise\\_of\\_Professionalism](https://www.researchgate.net/publication/319444775_The_Rise_of_Professionalism)
85. Monken M, Barcellos C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 21 (3): 898-906, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000300024>
86. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2488, 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). Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, n.204, p.55, 24 out. 2011. Seção 1, pt1. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html)
87. Gondim GMM, Monken M. Territorialização em Saúde. Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Osvaldo Cruz, p.32, 2012. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/ArtCient/25.pdf>.
88. Souza MF, Hamann EM. Programa Saúde da Família no Brasil: Uma agenda incompleta. Cien Saude Colet. [online], n. 14, Sup.1, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000800002>
89. Ribeiro EM, Pires D, Blank VLG. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. Cad. Saúde Pública, 2004, 20(2). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000200011>
90. Marsiglia RMG. Instituições de ensino e o Programa Saúde da Família: o que mudou. Revista Brasileira de Saúde da Família, Brasília, 2004, 5 (7), 30-41.
91. Araújo MBS, Rocha PM. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia saúde da família. Ciência e Saúde Coletiva, 2007,12(2), p. 455-464. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000200022>
92. Machado MAM. Desafios a serem enfrentados na capacitação de gestores escolares. Em Aberto. Brasília, 2000, 17 (72), p.97-112. Disponível em: <http://www.rbep.inep.gov.br/index.php/emaberto/article/viewFile/1087/989>
93. Fadel B, Carvalho ML, Arcieri RM, Saliba NA, Garbin CAS. Interesse e satisfação profissional de quem atua em equipes do Programa Saúde da Família no noroeste



- paulista. Rev Min Enferm, 2007, 12 (1): 64-70, 2008. Disponível em: <http://reme.org.br/artigo/detalhes/239>
94. Machado MFAS et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. Ciênc Saúde Coletiva, 2007,12 (2), p. 335-342. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000200009>
95. Winter S. Perspectivas de implementação: status e reconsideração. In: Peters, G.; Pierre, J. (org.). Administração pública: coletânea. São Paulo/ Brasília: Unesp/ Enap, 2010, p. 209-228.
96. Pavoni, DS, Medeiros CRG. Processos de trabalho na equipe Estratégia de Saúde da Família. Revista Brasileira de Enfermagem, 2009, 62 (2):265-271. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672009000200015>
97. Wilson JQ. Bureaucracy: what government agencies do and why they do it. Nova York: Basic Books, 2000.
98. Maynard-Moody S, Musheno, M. Social equities and inequities in practice: street-level workers as agentes and pragmatists. Public Administration Review, v. 72, n. 1, p.16-23, 2012.
99. Raymundo ALSB. O agente comunitário de saúde e a privacidade e confidencialidade das informações dos usuários. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Campos Gerais, 2012. [Monografia]. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/ANA-LUCIA-SANTOS-RAYMUNDO.pdf>
100. Chiesa AM, Fracolli LA. O trabalho dos Agentes Comunitários de saúde nas grandes cidades análise do seu potencial na perspectiva da Promoção da Saúde. Revista de Saúde da Família/ Ministério da Saúde. Ano V, n.7, edição especial. Brasília-DF: jan. 2003 a abr. 2004.
101. Barros LS, Cecilio LCO. Entre a ‘grande política’ e os autogovernos dos Agentes Comunitários de Saúde: desafios da micropolítica da atenção básica. Saúde Debate. 2019, 43 (6).
102. Silva JA, Dalmaso, ASW. O agente comunitário de saúde suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. Interface – Comunicação, Saúde, Educação, 6, 75-83, 2002.
103. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação

- Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 64 p. (Série Pactos pela Saúde 2006, 9). Disponível em: [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br). Acesso em: 28 fev. 2010.
104. Meihy JCSB; Holanda F. História oral: como fazer, como pensar. São Paulo: Contexto, 2007.
105. Ribeiro SLS, Oliveira PR. Narrativas em rede: argumentos em vida e histórias de vida e educação. Revista Iberoamericana do Patrimônio Histórico Educativo, v.4, p.412-430, 2018. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/329992821\\_Narrativas\\_em\\_rede\\_argumentos\\_coletivos\\_e\\_historias\\_de\\_vida\\_na\\_educacao](https://www.researchgate.net/publication/329992821_Narrativas_em_rede_argumentos_coletivos_e_historias_de_vida_na_educacao)
106. Ribeiro, SLS. História Oral na escola: instrumento para o ensino de história. Oralidades (USP), n.4, p.99 – 109, 2008. Disponível em: [https://falaescrita.files.wordpress.com/2014/04/historia\\_oral\\_na\\_escola\\_instrumento\\_para\\_o\\_ensino\\_de\\_historia.pdf](https://falaescrita.files.wordpress.com/2014/04/historia_oral_na_escola_instrumento_para_o_ensino_de_historia.pdf)
107. Meihy JCSB, Ribeiro SLS. Guia prático de história oral: para empresas, universidades, comunidades, famílias. São Paulo: Contexto, 2011. Disponível em: <https://www.amazon.com.br/Guia-Pr%C3%A1tico-Hist%C3%B3ria-Oral-Universidades/dp/8572446907>
108. Ribeiro, SLS. Narrativas e entrevistas em pesquisas qualitativas: história oral como possibilidade teórico – metodológica. Revista Ciências Humanas, v.14, n.25, 2021. Disponível em: <https://www.rchunitau.com.br/index.php/rch/article/view/724>
109. Bardin, L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, 1977. Disponível em: <http://www.uel.br/grupo-pesquisa/ifhiecem/arquivos/9GT94689598053.pdf>
110. Bardin, L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2011.
111. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística -IBGE. Censo Demográfico, 2010. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/rn.html>. Acesso em: 15 de Jan de 2022.
112. Brasil. Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde. Disponível em: <http://www.cnes.datasus.gov.br/>. Acesso em: 28/01/2022.

113. Seplan. Perfil do Rio Grande do Norte, 2012. Disponível em: [http://docplayer.com.br/2740929-Perfil-do-riograndedonorte.html#show\\_full\\_text](http://docplayer.com.br/2740929-Perfil-do-riograndedonorte.html#show_full_text). Acesso em 20 de Jan de 2022.
114. Brasil. Caderno Territorial – Coordenação Geral de Gestão Estratégica, Monitoramento e Avaliação. Governo Federal do Brasil, 2015.
115. Medeiros JL, Nascimento MAL. Geoparque Seridó/Rio Grande do Norte [Site]. Currais Novos/RN. [Acesso em: 14/05/2022]. Disponível em: [https://geoparqueserido.com.br/?page\\_id=59](https://geoparqueserido.com.br/?page_id=59)
116. Brasil. Plano Municipal de Saúde 2018-2021. Secretaria Municipal de Saúde – Prefeitura de Currais Novos. Currais Novos, 2017.

**APÊNDICE . Tabelas da análise de conteúdo e categorização dos dados pelo método de Bardin**

Tabela 1. Processo de análise de conteúdo para criação da categoria “ A construção da autonomia profissional pelo trabalho”

<b>CATEGORIA : A CONSTRUÇÃO DA AUTONOMIA PROFISSIONAL PELO TRABALHO</b>			
<b>FRASES</b>	<b>UNIDADE DE REGISTRO</b>	<b>UNIDADE DE CONTEXTO</b>	<b>INTERPRETAÇÃO</b>
<p>“A gente teve uma capacitação no início. Foi uma coisa simples, mas assim, foi proveitoso porque a gente não iria saber como chegar, como conversar com as pessoas. O restante a gente aprendeu no dia a dia. A gente foi aprendendo com os enfermeiros, médicos ensinando depois [...]. Com o tempo, nós mesmos fomos orientando.” - MARIA</p> <p>“A gente sente muita falta de treinamentos. Muitas vezes a gente tem que decidir, mesmo tendo dúvida Se avisa logo ao médico, ao enfermeiro, se orienta, se chama o samu, é complicado. Acho até que deveria ter mais porque a gente</p>	<p><b>Escassez e/ou ausência de capacitação profissional</b></p>	<p>A ausência de capacitação é bastante relatada nos depoimentos dos ACS. Quando não existe uma capacitação adequada, a educação em saúde e o cuidado com a população ficam comprometidos. Em situações em que a saúde da população está em risco, é essencial uma equipe bem treinada.</p>	<p>A existência de entraves no sistema organizacional, em virtude da falta de treinamentos/ capacitações pode gerar anseios no ACS’s em relação às atividades a serem realizadas, ao passo que pode estimular a autonomia no processo de tomada de decisões. Uma fragilidade que pode dificultar a aquisição do conhecimento e o desenvolvimento de novas habilidades para melhoria da atuação profissional.</p>

<p>precisa tanto, tudo muda, coisas novas aparecem de surpresa e nem sempre sabemos o que fazer” – JOÃO</p>			
<p>“Então, no começo a gente fica bem perdido sabe? Depois tinha que se adaptar as situações no dia a dia, procurar saber o que os colegas estavam fazendo e fazia também. Pelo menos tentava. Via as necessidades de cada situação e buscava fazer o que fosse melhor no momento. São coisas assim que, o assunto vai surgindo e a gente vai vendo a necessidade daquela família entendeu?”– MARIA</p> <p>“Sim, muitas vezes eu não sabia como fazer, o que dizer... A gente acaba perguntando aos colegas e dizendo as famílias que vai procurar se informar com a equipe e assim por diante.” – JOÃO</p>	<p><b>Situações em que o ACS tinha dúvidas sobre qual trabalho deveria ser realizado frente a uma problemática</b></p>	<p>Cabe aos ACS desenvolverem seus próprios processos de trabalho diante da realidade que vivem. Inclusive eles buscavam apoio dos próprios colegas de trabalho, que também não tinham tido capacitação. Será que sempre existe autonomia para modificar o processo de trabalho?</p>	<p>A fase de implementação de políticas públicas de saúde envolve diversos atores, contextos, processos de decisões e resultados distintos a depender do espaço de atuação. A não existência de uma orientação adequada pode levar ao ACS a exercer mecanismos de autonomia em determinados momentos para colocar em prática o que lhe é exigido. Muitas vezes, os próprios colegas de trabalho acabam orientando condutas de acordo com experiências já vivenciadas.</p>
<p>“É saber se ele teve algum problema, se evoluiu. Saber também como a família está cuidando e se a família está sendo cuidada porque a gente cuida tanto do paciente como também cuida do cuidador. A gente tem que ter cuidado no cuidador” – MARIA</p>	<p><b>Relações de vínculo com a população assistida (responsabilidade afetiva)</b></p>	<p>Os ACS’s conhecem as suas principais funções dentro do processo de trabalho. Ademais, existe a criação de vínculo com a população assistida, de tal forma que, muitas vezes, a empatia pelo</p>	<p>Os ACS’s focam seu trabalho no cuidado à saúde dos indivíduos e suas famílias dentro da comunidade, estabelecendo relações de vínculo e confiança. Em virtude de residirem no mesmo território, a</p>

<p>“Eu atendia paciente chorando desesperado de 2h da manhã e não podia sair do celular. Eu tinha que acalmar aquele paciente. Não era nem da minha área, mas ela me conhecia. Era uma paciente obesa, com diabetes descompensada, a pressão arterial descompensada e com todos os sintomas de covid. [...] Ela chorava, desesperada, dizendo que ia morrer e eu tive que fazer uma videochamada dizendo: “respire junto comigo” – MARIA</p> <p>“O paciente sai do consultório do médico com a receita na mão e ele pergunta assim: “Vem cá, essa medicação tá certa, eu posso tomar?” “Olha, o médico mudou minha medicação, será que vai dar certo?” -JOÃO</p> <p>“ [...] Sai daqui de 2h da manhã para Natal, passei 24 horas no pronto socorro Clóvis Sarinho com esse paciente porque a família só confiava em mim. Seu eu ficasse lá, o paciente se recuperava, achava que se eu saísse de lá o paciente morria.” – JOSÉ</p>	<p><b>Atividades realizadas no processo de trabalho</b></p>	<p>próximo leva ao trabalho fora do horário convencional. Existe uma responsabilidade afetiva.</p>	<p>preocupação e empatia com o próximo muitas vezes ultrapassam o horário de trabalho e influenciam no poder de tomada de decisão. A proximidade com outras pessoas gera tristezas e alegrias, fomenta afetos e direção para uma vida saudável. Além disso, cria-se condições de estímulo da autonomia dos indivíduos assistidos pelo apoio dos ACS para a superação dos problemas.</p>
<p>“[...] Cada visita é diferente né? [...] Porque assim, eu não posso fazer uma visita e, por mais intimidade que eu tenha</p>		<p>O trabalho do ACS envolve muitas confissões pessoais e contextos</p>	<p>Em adição à geração de vínculo, tem-se a responsabilidade dos ACS's com a ética e sigilo</p>

<p>ou que um vizinho tenha com o outro, entrar na casa vizinha e trazer o assunto do seu vizinho porque isso envolve ética. É um assunto que diz respeito só à mim e a família que vou visitar. – JOÃO</p> <p>“A gente também deve prezar pela ética e lembrar que o que identificamos naquela casa fica ali mesmo. Muitas vezes a pessoa está se confessando com você algo que nunca contou a ninguém sabe? Você precisa guardar segredo, transmitir confiança e só repassar o que for necessário. Você se torna uma âncora, uma rede de apoio daquela pessoa” – JOSÉ</p>	<p><b>Responsabilidade, ética e sigilo profissional no trabalho desenvolvido</b></p>	<p>sigilosos, logo exige responsabilidade e compromisso ético. É essencial manter o sigilo profissional em cada visita.</p>	<p>profissional em cada atividade desenvolvida. É direito dos usuários do SUS da privacidade das informações, princípio esse derivado da autonomia, o qual engloba a intimidade, a vida pessoal e a honra dos indivíduos, sendo permitida à estes a jurisdição de manter seus dados sob seu exclusivo controle, como também de comunicar a quem, quando, onde e em que condições devem ser revelados.</p>
<p>“Agora somos todos digitais, eu entro em contato imediatamente com a equipe pelo WhatsApp e já repasso para tomar providência. Na pandemia foi evitado a gente de adentrar dentro da casa, mas a gente tinha o controle pelo WhatsApp né? A gente tem o contato de todas as pessoas de nossa área, tem um grupo no whats dessas famílias. Eu procuro saber pelo WhatsApp de tudo que saberia nas visitas, tudo que te falei que faço” - MARIA</p>	<p><b>Repasse das demandas para a equipe e para o Ministério da Saúde ocorre por meio do uso das tecnologias</b></p> <p><b>O uso das tecnologias como vantagem no trabalho, ao passo que gera uma dependência tecnológica</b></p>	<p>A tecnologia se tornou um instrumento importante no trabalho dos ACS, facilitando o registro e repasse dos dados, além de ser algo mais rápido. Ao mesmo tempo gerou a dependência tecnológica e já levou a casos de perda de dados que não foram registrados no papel.</p>	<p>É observada a utilização de estratégias tecnológicas contemporâneas para colocar políticas em prática, mesmo não existindo uma normatização para esse uso, sendo este um mecanismo de autonomia. A informatização dos ACS em suas rotinas de trabalho está relacionada à melhorias no processo de trabalho. Por outro lado, a</p>

<p>“O registro hoje é tudo no tablet. Teve um problema um dia desses que a gente dançou. Eu tenho cento e poucas famílias para cadastrar novamente porque o computador apagou, deu uma pane [...]. Quando o rapaz consertou, sumiram os cadastros. Aí os cadastros antigos que eu tinha na folha ficaram, mas os que eu não tinha sumiram” – JOÃO</p>			<p>dependência tecnológica exclusiva pode levar à riscos como a dificuldade de acesso à internet e a aniquilação de dados cadastrados.</p>
<p>“Assim, o governo não sabe, tira tudo, cria normas, mas não pergunta a gente o que a gente sabe, o que a gente está passando, o que nossa comunidade precisa. É como se tudo fosse igual para todo mundo. Então, ele precisa primeiro fazer um plebiscito com a gente, fazer uma pesquisa. Pesquise, pergunte para a gente o que tá acontecendo, pergunte como a gente está, como as famílias estão e como a gente pode lidar com aquela situação. Porque eu conheço a minha área, eu moro nela. Eu moro na minha comunidade, eu sei a realidade” – MARIA</p> <p>“Se escutassem mais a gente, se o agente comunitário tivesse voz, muito coisa ruim não aconteceria. Nós estamos direto na comunidade, conhecemos cada família, cada</p>	<p><b>Existência de normas a serem obedecidas</b></p> <p><b>Desconhecimento da realidade vivenciada por parte das entidades superiores</b></p>	<p>Existem normas de organizações superiores que guiam o trabalho dos ACS. Esses trabalhadores denunciam o desconhecimento da realidade por parte dos membros das entidades superiores. Hierarquia, normas, regras, obrigatoriedade, será que eles aceitam todas? Será que o ministério, o governo valoriza o trabalho executado?</p>	<p>A opinião dos entrevistados foi unânime ao relatar o desconhecimento, por parte do Ministério da Saúde e outras entidades superiores, da realidade vivenciada por eles diariamente, ao passo que existem normas a serem obedecidas, muitas vezes inadequadas para as situações apresentadas no território que dão assistência. Diante disso, em um país heterogêneo como o Brasil, até certo ponto existem normas e delegações a serem seguidas, porém, a depender de cada situação envolvida, os ACS’s podem interpretar a forma de como</p>



<p>indivíduo, sabemos das rotinas, dos problemas. É diferente dos que só dão ordem, mas não vivenciam a realidade.” – JOSÉ</p> <p>“O Brasil é um país de muitas desigualdades e diferenças. O Sul é de um jeito, o Nordeste é de outro, então não é justo desenvolver a mesma coisa para todos. São diferentes contextos, diferentes realidades. De um lado lugares mais desenvolvidos, por outro lado locais de difícil acesso, bastante pobreza. Seria interessante se fosse possível saber a realidade de cada casa, de cada família para fazer políticas específicas para cada região. Não sei como seria possível fazer isso, mas acho que nós ACS teríamos muitas informações para repassar” – MARGARIDA</p>			<p>serão executadas as políticas, utilizando mecanismos de autonomia para delegar as ações mais adequadas, permitindo ou restringindo o acesso aos serviços.</p>
--	--	--	--

Tabela 2. Processo de análise de conteúdo para criação da categoria “Burocracia a Nível de Rua no trabalho cotidiano”

<b>CATEGORIA : BUROCRACIA A NÍVEL DE RUA NO TRABALHO COTIDIANO</b>			
<b>FRASES</b>	<b>UNIDADE DE REGISTRO</b>	<b>UNIDADE DE CONTEXTO</b>	<b>INTERPRETAÇÃO</b>
<p>“A relação com a maioria é boa, mas com alguns é difícil. O ser humano é complicado. Na minha unidade, se o médico ou a enfermeira diz uma coisa, o restante aceita o que eles dizem, então fica difícil a gente opinar, mesmo sabendo que a gente conhece a área, conhece as nossas famílias. Agora tem outros profissionais maravilhosos que aceitam nossas opiniões, que adotam nossas estratégias e assim vai.” – JOSÉ</p>	<p><b>Relação estabelecida pelos ACS’s com os demais membros de sua equipe de trabalho</b></p>	<p>A convivência com outras pessoas em uma equipe gera algumas divergências de opiniões, conflitos, mas que essas relações tem melhorado. A mudança constante dos profissionais também prejudica as rotinas de trabalho. Destaca-se a valorização do trabalho desenvolvidos por todos os</p>	<p>É possível identificar uma certa prioridade dada por parte da equipe pelo que é recomendado por outros profissionais - principalmente o médico - em relação às demandas que surgem. É preciso ressaltar que a medicina, ao longo dos anos, adquiriu um vasto e complexo conhecimento empírico, alcançando sucesso em seu processo de profissionalização.</p>
<p>“Com toda certeza geramos demanda na unidade. Estamos diariamente no cotidiano das pessoas, no contato com os moradores, coletando e divulgando informações seguras. Também somos os primeiros a descobrir situações de vulnerabilidade, doenças e informar as necessidades da população. Eles acabam criando confiança na gente e na</p>	<p><b>Autoconsciência sobre a geração de demandas na unidade de saúde</b></p>	<p>membros da equipe e a presença de hierarquização de algumas profissões, principalmente a medicina.</p>	<p>Também é possível inferir que esses trabalhadores são convictos em afirmar que geram demandas para os demais membros da equipe, por estarem mais próximos da população, logo possuem um grande impacto na vida das pessoas ao receberem e transmitirem as</p>



<p>A gente não pode deixar a população sem assistência. Então a gente colabora para não ver a população sozinha. Porque a gente precisa colaborar. E tem muita coisa que se a gente não colaborar com a equipe, não anda” – JOÃO</p>		<p>das atividades. Assim, favorece um melhor atendimento da demanda.</p>	<p>desde que não seja algo feito contra a vontade do trabalhador.</p>
--	--	--	---

Tabela 3. Processo de análise de conteúdo para criação da categoria “ Traços de autonomia profissional no trabalho realizado pelos ACS na ESF”

<b>CATEGORIA : TRAÇOS DE AUTONOMIA PROFISSIONAL NO TRABALHO REALIZADO PELOS ACS NA ESF</b>			
<b>FRASES</b>	<b>UNIDADE DE REGISTRO</b>	<b>UNIDADE DE CONTEXTO</b>	<b>INTERPRETAÇÃO</b>
<p>“Se for um caso urgente, quem chama o samu sou eu. Já chamo o Samu, faço tipo uma regulação, já passo tudo que está acontecendo e já aviso à equipe sabe? Já aviso à enfermeira.” - MARIA</p> <p>“Eu tenho que fazer oito visitas por dia e nelas existe aquela prioridade né? Então, busco começar com as prioridades. Então entro em contato logo com essa família” – JOÃO</p> <p>“Se perguntasse para mim: qual política pública você desenvolveria naquela comunidade, que você acha que a gente iria ter êxito nessa política? Eu saberia dizer por onde começar. Eu mudaria muita coisa, mas para isso precisaria de recursos. Primeiro eu dava direito ao agente de saúde de ter autonomia para decidir o que poderia acontecer na</p>	<p><b>Mecanismos de autonomia técnica realizados pelos ACS’s ao exercer suas funções em seus processos de trabalho</b></p> <p><b>Os ACS’s possuem consciência de seus papéis dentro da sociedade e conhecem a realidade da comunidade.</b></p>	<p>O ACS detém de autonomia técnica para agir e estabelecer padrões em seu processo de trabalho, determinado as prioridades daquele momento. Diante do surgimento de dúvidas, eles buscam alternativas e desenvolvem estratégias para fazer o melhor para a comunidade.</p> <p>Em virtude da observação diária da realidade da população assistida, os ACS’s demonstram a vontade de poder participar e interferir nos ciclos metodológicos das políticas</p>	<p>Diariamente em seus processos de trabalho, os ACS lidam com situações nas quais precisam atuar com independência para escolher o melhor caminho a ser seguido para o desenvolvimento apropriado de suas tarefas, estabelecendo prioridades frente às demandas.</p> <p>A atuação autônoma está relacionada a algum nível de diferenciação política e de autoconsciência dos valores que embasam os objetivos da ação. Baseado em seus ideais, os ACS’s podem influenciar tanto a mentalidade</p>

<p>comunidade dele. Porque ele conhece a realidade, entendeu? Ele conhece e sabe chegar na equipe e dizer: “Tal dia eu quero fazer uma ação dentro da minha comunidade porque minha comunidade está vivendo essa situação aqui que só é resolvida dessa forma aqui” – MARIA</p> <p>“A gente sempre se reúne, conversa, vemos o que que pode ser possível para a nossa unidade e também o que também não dá, a gente muda. Tipo assim, a gente não desobedece, a gente muda, pois algumas coisas ficam a desejar, porque tem coisas que não dá para a gente fazer.” – MARGARIDA</p> <p>“Eu durante essa minha vida de agente de saúde, me transformei política porque eu não via as coisas acontecerem. Tentei ser vereadora, mas não consegui votos suficientes. Apesar disso, sempre estou na luta, cobrando lá na câmara. Nós somos uma categoria de luta. A gente não</p>	<p><b>Traços de autonomia técnica dos ACS’s para realizar mudanças frente aos contextos e realidades que encontram diariamente em seu trabalho</b></p> <p><b>Traços de autonomia política do ACS’s ao buscar novas alternativas para mudar a realidade que vivenciam</b></p>	<p>públicas, auxiliando às entidades superiores no fornecimento de informações necessárias nesse processo.</p> <p>Nem sempre os ACS’s podem concordar com as políticas estabelecidas pelos órgãos superiores. Diante das situações vivenciadas, podem realizar mudanças no que foi determinado, utilizando mecanismos de autonomia profissional.</p> <p>Os ACS’s buscam desenvolver estratégias para alterar o desenho original das políticas, conforme o exercício da discricionariedade</p>	<p>como o comportamento de outros em sua equipe de trabalho. Como consequência, pode modificar diretamente o modo em que as políticas públicas são implementadas.</p> <p>Os ACS’s como burocratas não necessariamente compartilham dos mesmos objetivos que seus superiores e, por conseguinte, podem não se esforçar para alcançar os objetivos propostos. Se os as determinações disponíveis aos níveis superiores não são suficientes para consertar discordâncias, pode-se surgir uma falta de motivação para o desenvolvimento das atividades ou, até mesmo, a alocação de recursos de forma indevida.</p> <p>O desejo de se inserir no meio político como uma alternativa de conseguir que ações sejam colocadas em prática. Todavia, é importante lembrar que nem sempre é suficiente agir</p>
--	--	---	---

<p>deixa se abater por nenhuma dificuldade. Se é nossa e nós temos direito, corremos atrás. O sindicato é organizado, sou sindicalista, conheço meus direitos. Assim como exigem meus deveres, eu também exijo meus direitos, entendeu? – MARIA</p>			<p>somente nas fases iniciais do ciclo, uma vez que muitos problemas só estarão presentes execução do que será implementado.</p>
---	--	--	--

Tabela 4 . Processo de análise de conteúdo para criação da categoria “ A implementação de políticas públicas e a invisibilidade do trabalhador”

<b>CATEGORIA : A IMPLEMENTAÇÃO DE POLITICAS PÚBLICAS E A INVISIBILIDADE DO TRABALHADOR</b>			
<b>FRASES</b>	<b>UNIDADE DE REGISTRO</b>	<b>UNIDADE DE CONTEXTO</b>	<b>INTERPRETAÇÃO</b>
<p>“Na verdade, já conhecia um pouco. eu fazia parte da pastoral da criança e familiar que desenvolvia muitas atividades semelhantes às que fazemos hoje: pesar crianças, visitar famílias, medicar os doentes. eu gostava bastante de fazer aquilo” – MARIA</p> <p>“Eu era auxiliar de enfermagem, depois fiz o técnico em enfermagem, mas não trabalhava na área. Sempre quis trabalhar na saúde, então vi o processo seletivo como uma oportunidade. Fiz a prova, passei e estou aqui” – JOSÉ</p> <p>“Hoje eu penso em me aposentar porque já estou cansada, mas continuarei com o assistencialismo que eu posso dar para minha comunidade, para o bairro que eu moro, porque é muito bom você servir. Eu me dou muito” – JOÃO</p>	<p><b>Similaridade das funções atribuídas ao trabalho atual com atividades desenvolvida anteriormente à atuação como ACS’s.</b></p>	<p>Os ACS’s entrevistados exerciam atividades anteriores com características bem semelhantes ao cuidado do próximo, assim como exercem atualmente. A identificação com esse tipo de trabalho pode ter influenciado na escolha de atuar nessa área.</p>	<p>O Programa de Agentes Comunitários de Saúde tem como uma de suas origens precursoras o trabalho dos agentes da Pastoral da Criança da Igreja Católica. Assim como a pastoral, outras profissões da saúde assemelham-se às atribuições dos ACS’s no ato de cuidar do próximo, justificando o interesse desses indivíduos à escolha para atuar no SUS.</p>



<p>“Nem sempre consigo fazer o que quero. Muitas vezes o ministério só quer saber de dados, de números. Ele não conhece a nossa realidade. Por mais que eu mande todo mês a demanda que tem da minha área, ele não sabe da realidade do que acontece na minha comunidade. E muitas vezes uma política que é para ser desenvolvida em nossa comunidade não é de acordo com o que a gente vivencia” – MARIA</p> <p>“Assim, eu tenho liberdade para fazer minhas funções, porém nem sempre tenho recursos para isso. Então fico limitada pela falta de recursos, pelas opiniões não aceitas na equipe, pela população que não aceita nossas orientações. Isso que limita!” – JOSÉ</p> <p>“Eu acredito que já lutei muito. Hoje eu estou mais devagar. Tem dias que ando desestimulada, já pensei em desistir porque não conseguimos nossos objetivos. A gente sabe que nosso trabalho ajudou muita gente sabe? Mas tenho a impressão que poderia ter feito mais, caso tivesse apoio. Eu amo muito minha profissão, amo ser ACS, mas já fui mais</p>	<p><b>Sentimento de limitação do ACS’s diante da falta de recursos, de apoio das outras entidades, de ausência de escuta.</b></p> <p><b>Ausência de recursos para que os ACS’s exerçam seu trabalho adequadamente</b></p> <p><b>Desmotivação do ACS’s com seu trabalho</b></p>	<p>Os entrevistados demonstram vontade em realizar mudanças positivas em seu trabalho, porém afirmam não possuir apoio das autoridades superiores.</p> <p>Embora possuam autonomia para realizar suas funções, os ACS’s sentem-se limitados pela falta de recursos e pela não compreensão da equipe para a execução de ações.</p> <p>Os ACS’s demonstram em suas falas sentimento de culpa, cansaço, desmotivação, vontade de desistir ao passo que se sentem esquecidos pelas autoridades.</p>	<p>Assim como em outros ambientes de trabalho, a atuação dos ACS’s envolve o enfrentamento de desafios, uma vez que condições adversas encontradas no exercício de suas funções podem causar alienação, impotência, estresse, disputas de poder, conflitos, receios, insegurança, desmotivação, frustrando o ânimo para mudanças e implementações. Na maioria das vezes, as opiniões individuais não são compreendidas de forma clara pela equipe, levando à atitudes egoístas, competitivas e limitador.</p> <p>Mesmo em momentos de normalidade, o trabalho desses burocratas é marcado por pressões, indecisão e sofrimentos, como também por vocação e heroísmo. Além disso, é um trabalho marcado por excesso de atividades e escassez de recursos.</p>
--	--	---	--

<p>motivada. A população também não entende que nós não podemos fazer tudo porque nem tudo faz parte do nosso trabalho” – JOSÉ</p> <p>“Nós somos a cara da nossa comunidade, por isso que muitas vezes a gente é cobrado. Já ouvi pessoas falando muito assim: “Mas o agente de saúde não trabalha, não me ajudou naquilo ali”, mas é porque ele não sabe que aquele problema ali não sou eu que resolvo, não é meu colega que resolve. Existe uma equipe que resolve aquele problema ali e, quando ela não tá, a gente tenta resolver, mas nem sempre está ao nosso alcance. Acham que eu deveria estar mais no assistencialismo fazendo curativo, marcando consulta, mas o meu trabalho é preventivo” – MARIA</p> <p>“Eu sou muito grata por servir, eu me dou tanto que as vezes adoço, mas ainda sou bastante cobrada. A gente precisa que cuidem mais de nós, da saúde do trabalhador. Se a população precisa, nós precisamos também para poder cuidar dela. Quase não falam na nossa saúde” – MARGARIDA</p>	<p><b>Consciência do ACS’s sobre a importância do trabalho realizado.</b></p> <p><b>Cobranças realizadas pela população de ações que, muitas vezes não são funções dos ACS’s</b></p> <p><b>Processo de adoecimento dentro do ambiente de trabalho e necessidade de receberem maior cuidado</b></p>	<p>Os ACS’s tem noção da importância do seu trabalho para a comunidade. Alegam que muitas vezes ele não é reconhecido ou, até mesmo, a população não compreende bem as suas funções, logo acabam recebendo cobranças indevidas.</p> <p>A preocupação com o próximo e o cuidado em realizar suas funções adequadamente levam à situações de adoecimento, as quais nem sempre são colocadas em pauta na sociedade.</p>	<p>É gerado um sentimento de onipotência no momento em que o ACS sente ter a possibilidade de resolver o problema dos usuários, ao passo que percebe que irão surgir problemas que vão além de sua governabilidade, frustrando as viabilidades e criando expectativas no usuário, as quais não correspondem com sua realidade. Isso pode levar à um não reconhecimento profissional e causar adoecimento, desmotivação e redução do comprometimento com o trabalho.</p> <p>A desvalorização profissional presente na falta de cuidado, baixa remuneração e na ausência de estímulos e gratificação, podem ocasionar no ACS o desejo de desistir de sua atuação. Tais processos implicam na existência de elevada ocorrência de casos de esgotamento profissional</p>
---	--	--	--

<p>“Cheguei a ponto de querer desistir da minha profissão de tão desestimulada que fiquei nessa pandemia. Por que quando você vê sua comunidade na situação que a gente viu diante da pandemia, você fica desestimulada. Eu não tive tempo para minha família, não tive tempo para mim. E quem foi que perguntou se eu estou com sequelas? O ministério perguntou como é que eu estou? Não! Por isso que eu digo que ele primeira precisa procurar entender o que está acontecendo: Como é que está o agente de saúde? Como ficou depois da pandemia? Ele foi infectado? Ele teve sequela? Porque eu deixei de cuidar da minha família para cuidar da minha comunidade. Eu me preocupei com todo mundo, mas ninguém se preocupou comigo.” – MARIA</p> <p>“O ministério lançou agora o curso técnico de agente de saúde. Eu não sou de acordo a fazer agora, farei porque sou obrigada. Nós estamos saindo de uma pandemia, de milhões de casos de pessoas doentes e mortas. Nós perdemos muita gente na nossa comunidade e não tivemos</p>	<p><b>Situações de adoecimento físico e mental em virtude da pandemia ocasionada pela Covid-19. Os ACS’s reconhecem a necessidade de um maior cuidado com a saúde.</b></p> <p><b>Despreocupação das autoridades superiores para com a saúde dos ACS’s ao determinarem um novo curso técnico de formação, sem se preocupar como estão esses</b></p>	<p>A pandemia da Covid-19 pegou todos de surpresa e trouxe diversas mudanças em um curto espaço de tempo. Suas consequências provocaram situações de adoecimento físico, emocional, mental. Mais uma vez os ACS’s relatam o descuido das autoridades superiores para com a saúde deles, os quais também atuavam como profissionais de linha de frente.</p> <p>Nesse caso percebe-se a existência de uma norma a cumprir (curso técnico), determinada pelo Ministério da Saúde, todavia não há a preocupação com o psicológico dos ACS’s, após um período de</p>	<p>e de transtornos mentais entre os agentes comunitários.</p> <p>Durante a pandemia, foi necessária a criação de protocolos, a adoção de critérios para o isolamento social, alteração da forma das visitas domiciliares para a forma virtual ou pelo “portão” das casas, respeitando o distanciamento, mudanças nos procedimentos de recepção dos usuários da unidade, assim como da população mais vulnerável, etc. Todas essas situações afetaram diretamente a saúde física e mental desses burocratas de linha de frente.</p> <p>Embora a autonomia profissional seja bem visível na atuação dos agentes de saúde como Burocratas a Nível de Rua, não existe um olhar mais atento e cuidadoso para com esses indivíduos protagonistas, pois ainda um modelo</p>
--	--	---	---

<p>nenhum apoio psicológico. Nós precisamos nos refazer, estamos começando a reviver agora, a repensar em tudo que foi feito.” – JOÃO</p>	<p><b>trabalhadores no pós pandemia.</b></p>	<p>turbulações provocadas pela pandemia. Será que seria o ideal para o momento? Será que esses profissionais não precisam de outro cuidado no momento?</p>	<p>de implementação de políticas autoritário, o qual não se considera o trabalho in situ.</p>
---	--	--	---