

Desvendando o papel dos burocratas de nível de rua no processo de implementação: o caso dos agentes comunitários de saúde

Gabriela S. Lotta

Analisando a literatura sobre a implementação das políticas públicas, percebemos haver quase uma estagnação sobre a importância atribuída a essa “fase”, dada a limitada quantidade de trabalhos sobre o assunto desde o importante e memorável trabalho de Lipsky sobre os *Street-level bureaucracy* (1980). Há uma grande lacuna nos estudos empíricos sobre a “fase” da implementação e os diversos elementos e fatores que a influenciam, muito embora alguns trabalhos pioneiros busquem trazer o olhar para as *policy networks* (MARQUES, 2003; PAVEZ, 2006), para a importância da aprendizagem e conhecimento (FARIA, 2003) ou para a incorporação de valores dos burocratas (MÉIER; O’TOOLE JÚNIOR, 2007; LOTTA, 2006).

As lacunas da literatura nos levam a dois potenciais analíticos. O primeiro é a integração de novos atores e das perspectivas relacionais às análises, buscando compreender a implementação como um processo de interação que acontece entre diversos atores, burocratas ou não, ao longo de uma cadeia de atividades, decisões e relações. O segundo é a introdução dos valores e referências desses diversos atores nas análises, o que pressupõe reconhecer a discricionariedade dos atores como capaz de influenciar os processos de implementação das políticas públicas.

O presente trabalho procura contribuir para o preenchimento dessa lacuna da literatura, buscando avançar na compreensão de como o processo de implementação ocorre de fato, seja considerando os contextos e fatores que o influenciam, seja considerando as práticas e interações adotadas pelos atores responsáveis pelo processo.

Neste artigo apresentamos os resultados de uma pesquisa que teve como objetivo compreender a implementação como um processo de interação entre os burocratas de nível de rua e os usuários da política, considerando que os resultados de uma política pública são influenciados pela forma como ela é implementada e pelos diversos fatores que incidem sobre o processo de implementação.

Para a análise, observamos a atuação dos burocratas de nível de rua inseridos no Programa Saúde da Família (PSF): os agentes comunitários de saúde (ACS). Historicamente, o PSF tem tentado mudar as relações entre Estado e usuários, aproximando os profissionais da saúde dos cotidianos vividos pela população, onde, muitas vezes, há a (re)produção dos componentes que levam às situações de insegurança, insalubridade e doença. Os ACS trazem

uma questão ainda mais interessante às análises, na medida em que, além de estabelecerem contato direto e cotidiano entre o Estado e os usuários da saúde, são selecionados dentro da comunidade onde atuarão. Dessa forma, como será visto, na medida em que esses burocratas implementadores convivem dentro da comunidade, a forma como implementam a política pública é diretamente influenciada pelas relações e dinâmicas que estabelecem dentro do território onde moram e trabalham.

Assim, analisaremos o papel dos agentes comunitários de saúde, buscando compreender os estilos de implementação que adotam, considerando suas práticas, como exercem a discricionariedade e como estabelecem relações e interações com os usuários e demais profissionais da política pública e quais são os fatores que incidem sobre esse processo.

Os resultados aqui apresentados são provenientes de uma pesquisa realizada entre 2007-2010, que analisou 24 ACS de três diferentes Unidades Básicas de Saúde (UBS) em três municípios brasileiros. Os municípios foram selecionados a partir de suas particularidades com relação à implementação do PSF.

O município de Taboão da Serra (SP) tem 230 mil habitantes. O PSF começou a ser implementado em 2006 e, por isso, ainda está em fase de adaptação e ampliação. A UBS estudada fica em uma região bastante carente do município e tem 5000 famílias, cinco equipes e 31 ACS.

O município de Sobral (CE) tem cerca de 80 mil habitantes. O PSF do município foi implementado em 1997 e tem sua história bastante ligada aos processos da reforma sanitária e da consolidação do PSF em nível federal, além de ter uma conexão histórica com movimentos ligados à pastoral da criança. A UBS estudada fica na zona rural do município, tem 4000 famílias, quatro equipes e 18 ACS.

O PSF do município de São Paulo já passou por diversas fases, de crescimento expressivo e de descrédito. Em 2010, o sistema era gerido por diversas parcerias entre organizações sociais que administram as UBS. A UBS estudada cuida de 8000 famílias da região. Existem ali duas equipes com um total de 11 ACS. As equipes estão completas, incluindo médicos, núcleos de apoio à saúde da família e equipe de saúde bucal.

Os dados primários foram coletados a partir de pesquisas etnográficas por meio de acompanhamento do trabalho dos ACS e de entrevistas para levantamento das redes sociais dos ACS entre 2007 e 2010. Dessas observações foram coletadas e sistematizadas as práticas e interações desenvolvidas pelos agentes, a partir das falas estabelecidas (com outros ACS, com usuários e com outros profissionais), das ações desenvolvidas e, inclusive, das formas como se

comportam nesses ambientes. Também foram coletados elementos que ajudassem a caracterizar o contexto de implementação, entendido tanto como o contexto organizacional como os fatores relacionais desses ACS.

A partir do levantamento de todas as informações coletadas, foram organizadas sistematizações que contemplassem: a) O exercício da discricionariedade dos ACS – levantamento das práticas/ações observadas; b) Os processos de interação que estabelecem com usuários e outros profissionais – organizados a partir de estilos relacionais que sistematizamos e definimos a partir das observações.

Por fim, analisaremos como os diversos fatores que incidem sobre o contexto de implementação acabam influenciando a atuação e interação desses burocratas implementadores. Veremos que, por trás dessas análises, está presente a compreensão de que o processo de implementação é bastante complexo, envolvendo diversos atores, uma cadeia de decisões e interações que gera contextos específicos, os quais, por sua vez, levam tanto a práticas diferenciadas como a formas de interação entre implementadores e usuários que determinam o acesso às políticas públicas.

Este capítulo está organizado em três partes, além da introdução. Na primeira analisaremos os contextos de implementação, observando fatores que incidem sobre esses contextos e considerando que estes acabam gerando especificidades para o próprio processo de implementação e para as decisões que serão tomadas pelos atores envolvidos na cadeia entre a formulação e a implementação. Esses fatores estão organizados em termos de fatores organizacionais (específicos da organização do trabalho) e fatores relacionais (ligados às redes sociais dos implementadores). Na segunda parte analisaremos o processo de implementação em si, entendendo-o como resultado tanto das ações colocadas em prática pelos implementadores como das formas como estabelecem a interação com os usuários. A terceira parte é dedicada às conclusões.

O contexto de implementação do PSF

Como já dissemos, a compreensão do processo de implementação parte do entendimento de que há uma série de fatores e condições específicas que influenciam as ações e decisões tomadas pelos burocratas implementadores. Assim, para desvendar a implementação, é importante, em primeiro lugar, compreender como se conforma o contexto de implementação da política pública em questão e, especialmente, quais são os fatores que sobre ela incidem e a determinam.

Isso é ainda mais específico e relevante no caso de políticas públicas como o Programa Saúde da Família, na medida em que envolve uma série de particularidades com relação ao processo de formulação-implementação, especialmente por incluir diferentes entes federativos, distintos atores com poderes específicos de tomada de decisão e uma relação diferenciada entre os usuários e os burocratas implementadores.

Assim, para entender como esses elementos impactam o processo de implementação, analisaremos alguns fatores e características tanto organizacionais como relacionais que permitirão entender as particularidades e especificidades da implementação desse programa.

Assim como diversos outros programas sociais recentes, o Programa Saúde da Família pode ser classificado como um dos frutos de um amplo processo de coordenação federativa pelo qual as políticas sociais brasileiras vêm passando (GONÇALVES; LOTTTA; BITELMAN, 2008).

O Programa Saúde da Família (PSF) foi criado, em 1994, a partir de um amplo debate entre profissionais de saúde militantes da reforma sanitária e que conseguiram transformar o programa em uma diretriz federal a ser implementada pelos municípios. O PSF integra um conjunto de medidas de reorganização da atenção básica na perspectiva de se constituir como uma das estratégias de reorientação do modelo de atenção à saúde da população no âmbito do SUS. O programa busca garantir atenção básica com a prestação do serviço nos próprios domicílios – com objetivo de humanizar o atendimento, abordar a saúde no contexto social e intervir sobre fatores de risco das residências.

A partir de uma série de normativas e regulamentos estabelecidos em nível federal, os municípios podem optar por aderir ao programa e, assim, receber recursos específicos. Na arquitetura institucional do PSF, governo federal, Estados e municípios têm atribuições determinadas, por vezes comuns e por vezes concorrentes.

A implementação efetiva do PSF está a cargo dos municípios, especificamente das secretarias municipais de saúde, que, ao aderirem ao programa, devem organizar a rotina de trabalho das equipes de saúde da família alocadas em unidades de saúde.

As equipes do PSF são formadas por: um médico, um(a) auxiliar de enfermagem, um(a) enfermeiro(a)-coordenador(a) da equipe e quatro a seis agentes comunitários de saúde. Cada equipe é, em tese, responsável por uma área geográfica que engloba de 600 a 800 famílias.

Uma Unidade Básica de Saúde (UBS) pode ter mais de uma equipe, além de profissionais que não participam do PSF, em especial médico pediatra, ginecologista e clínico geral. Assim,

em uma mesma UBS podemos encontrar programas diferentes, mas todas as equipes e todos os profissionais da UBS são subordinadas a uma única gerência.

Dentro das equipes de saúde da família, a figura central é o agente comunitário de saúde (ACS), alguém que reside na própria comunidade, onde se torna responsável por ajudar as famílias a cuidarem de sua própria saúde e da saúde comunitária. Em conjunto com sua equipe, ele atende aos moradores de cada residência da região pela qual é responsável.

Ao analisarmos a arquitetura institucional do PSF, vemos que existe uma grande complexidade de atores responsáveis por diferentes atividades e decisões, até a sua implementação efetiva, como ocorre com diversas políticas sociais nacionais, conforme a figura abaixo:

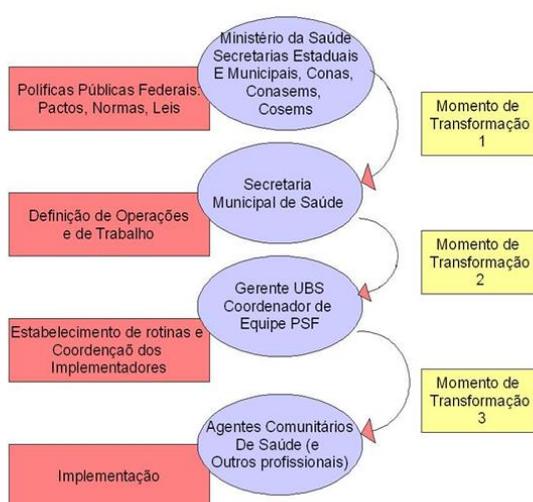


Figura 1 - Arquitetura de Formulação e Implementação do PSF.
Fonte: LOTTA, 2010

Assim, as normas e regulamentos são decididos no plano federal, a partir de ampla negociação com outros níveis de governos e entidades como conselhos de secretários de saúde estaduais e municipais. Após a normatização federal, os municípios, quando aderem ao PSF, passam a receber recursos federais, sendo, ao mesmo tempo, obrigados a cumprirem as regras e normas estabelecidas.

A partir das normas estabelecidas, as secretarias municipais devem determinar suas próprias rotinas de trabalho, organizar as equipes, as unidades básicas e demais necessidades para o funcionamento do programa. Essas rotinas operacionais são repassadas aos gerentes das unidades de saúde, que as transmitem aos enfermeiros-coordenadores de equipes. Estes, por sua vez, repassarão as operações e rotinas para os implementadores e coordenarão sua atuação – no

caso, os implementadores são os demais profissionais da equipe, mas, em especial, o ACS, central no programa.

Considerando essa complexa cadeia de atores e tomadores de decisão, podemos perceber que toda a regulamentação e normatização nacional do PSF pode sofrer uma série de transformações na cadeia de atores e gerar contextos e formas de implementação bastante diferentes ao longo do território nacional.

Reconhecendo a complexidade da formulação e implementação do Programa Saúde da Família, demonstrada acima, buscaremos agora, a partir de análises de casos reais, mostrar como a cadeia de atores, sua discricionariedade e as decisões tomadas podem produzir contextos institucionais diferentes e, por sua vez, criar diversos contextos de implementação do programa. Analisaremos, em primeiro lugar, os fatores organizacionais.

Fatores organizacionais

Para observarmos as condições organizacionais que permeiam a atuação dos agentes implementadores, levantamos características de cada uma das UBS, a partir de alguns aspectos centrais que refletem no funcionamento cotidiano das unidades, comparando a forma como cada uma delas realiza sua organização e seus processos de trabalho com as normas e procedimentos delimitados pelos regulamentos do programa.

Uma primeira diferença se dá na maneira como as UBS organizam as rotinas de trabalho, em termos de reuniões de equipe, reuniões com a gerência da UBS, com a secretaria de saúde, controle do trabalho e número de visitas domiciliares cobradas. De forma geral, no caso de Sobral percebe-se um acompanhamento mais constante por parte da equipe, que se efetiva em maior número de reuniões, em controle dos horários de trabalho, em exigências por visitas domiciliares e na proximidade da gerente e da secretaria de saúde para com os ACS. Essa rotina é diferente do caso de São Paulo, onde o acompanhamento existe, mas com menor frequência. Já no caso de Taboão da Serra, o acompanhamento, reuniões e controle não são sistematizados nem frequentes, mostrando uma menor relação entre as equipes, coordenação e secretaria.

Percebe-se também uma diferença quanto à divisão de papéis entre os diversos atores que, no caso de Sobral, é bastante clara e integral. No caso de São Paulo, a gerência da UBS se sobrepõe aos demais e, no caso de Taboão, há ausência de alguns dos papéis de gestão.

Outra diferença se dá nos processos de educação e formação das equipes. Embora nos três casos haja a formação básica promovida e exigida pelo Ministério da Saúde, as práticas cotidianas de formação se dão de maneiras distintas. No caso de Sobral, a formação interna é

promovida pelas enfermeiras, enquanto no caso de São Paulo são processos mais formalizados promovidos pelas organizações sociais. Já em Taboão, o processo de formação não é sistemático e raramente ocorre.

Quanto à seleção de agentes comunitários, há também diferenças fundamentais tanto no processo seletivo como no que se refere às prioridades no perfil de seleção. No caso de Sobral, por ser uma experiência antiga, não havia processo seletivo formalizado, o que estava sendo implementado no caso de São Paulo e já estava funcionando e oficializado no caso de Taboão da Serra.

No caso de Sobral, ainda, o perfil prioritário de seleção é de ACS com envolvimento comunitário ou que sejam líderes em seus bairros. Esse mesmo perfil já foi prioridade no caso de São Paulo, mas, após a chegada da organização social, houve uma mudança de foco para agentes que sejam bons em dinâmicas de grupos e no processo formal de seleção. Esse é também o foco de Taboão da Serra, que seleciona agentes com melhor nível educacional, em detrimento dos aspectos de vivência comunitária.

Analisando de forma geral os elementos apresentados, percebemos que há, de fato, diferenças na forma como a cadeia de formuladores-implementadores adapta e formata o programa. Essas diferenças são, em parte, fruto do próprio processo de construção de uma política pública nacional, na medida em que se busca, propositadamente, deixar brechas para que haja adaptações e transformações necessárias, a fim de que os programas sejam conduzidos da melhor forma possível em cada localidade. Certamente, o PSF consegue avançar nesse sentido, criando bases normativas comuns, mas possibilitando um exercício de discricionariedade e flexibilidade na implementação do programa, o que lhe permite dialogar com as reais necessidades e características de cada local (LOTTA, 2006).

Ao mesmo tempo em que se percebe uma grande amplitude nas normas e regulamentações federais, as análises acima demonstram que há uma série de decisões e operações construídas ao longo de uma ampla cadeia de atores e instituições, que vão gerando diferentes contextos organizacionais específicos para a implementação local do programa.

Ou seja, é através de pequenas decisões ao longo de uma ampla cadeia que a política pública vai sendo, de fato, desenhada e implementada, de forma que analisar os fatores organizacionais acaba sendo relevante para compreendermos como o processo de implementação funciona, na medida em que os burocratas implementadores deverão atuar nesses contextos.

No entanto, dada a particularidade do processo de implementação do PSF e especialmente do tipo de relação que os agentes têm com a comunidade onde atuam,

consideramos que os aspectos dessa relação também incidem de maneira relevante sobre o contexto de implementação. Assim, analisaremos algumas questões de ordem relacional que podem ser decisivas para determinar contextos específicos de implementação.

Fatores relacionais

Para analisarmos os fatores relacionais, levantamos as redes sociais¹ dos ACS acompanhados, buscando compreender sua estrutura e particularidades. Tiramos dessas análises uma série de evidências, das quais destacaremos os principais aspectos.

Uma primeira consideração diz respeito ao tamanho das redes sociais dos agentes comunitários. Comparando a média do número de contatos dos ACS com as pesquisas desenvolvidas por Marques (2010), percebemos que as redes dos ACS são maiores do que as das demais pessoas de baixa renda e, inclusive, das de classe média, o que pode ser explicado, justamente, como efeito da profissão e do próprio critério de seleção dos ACS, em alguns casos.

Também analisamos alguns atributos dessas relações, buscando compreender se os contatos existentes são provenientes ou não do exercício da profissão dos ACS. A conclusão dessa análise é de que as redes dos ACS possuem menor conexão para fora da comunidade do que a média encontrada por Marques (2010). Isso se coloca como um resultado da própria ação dos ACS, na medida em que eles trabalham dentro das comunidades onde vivem e, portanto, é ali que fortalecem suas redes. Percebemos também que, nesse aspecto, as redes de Taboão da Serra são distintas daquelas dos demais municípios, levando à conclusão de que o trabalho dos ACS promove, ao longo do tempo, um fortalecimento das redes dentro da comunidade e que esses atores se tornam elementos-chave para a conexão interna, para troca de informações e para o acesso a serviços e direitos.

Analisamos também a origem dos vínculos dos ACS, o que nos levou à conclusão de que o exercício da profissão torna suas redes mais complexas e que os vínculos com origem na vizinhança são potencializados ao longo do trabalho dos agentes. Os vínculos profissionais, com pessoas de fora da comunidade, também vão aumentando ao longo dos anos de trabalho, demonstrando que a atuação como ACS potencializa a conectividade desses atores e lhes permite trazer novas informações referentes a serviços e direitos, circular novidades dentro da comunidade e conectar essas pessoas de baixa renda ao Estado e aos serviços.

¹ O levantamento de redes sociais se deu por meio de entrevistas com os ACS nas quais se perguntava quem os agentes conheciam, quando o contato tinha sido estabelecido, de onde os conheciam e onde encontravam cada um dos contatos. As redes sociais foram analisadas utilizando ferramentas e indicadores próprios de análise de redes sociais.

Outro elemento relacional importante é a sobreposição de vínculos, ou seja, análise do fato de os ACS possuírem contatos provenientes de mais uma esfera (como trabalho e igreja, trabalho e vizinhança etc.). Essa análise nos levou a concluir que a maioria dos vínculos dos ACS (cerca de 76% em média) são sobrepostos, de forma que os agentes possuem mais de um tipo de vínculo com os usuários. Isso é ainda mais forte no caso de Sobral (92%) e de São Paulo (89%), mostrando também que a sobreposição de vínculos é resultado do tempo de exercício da profissão e, em alguns casos, do próprio perfil de ACS selecionado.

A existência dessas sobreposições de vínculos é relevante na medida em que permite aos ACS adaptarem as políticas à realidade local, já que eles conhecem os usuários para além de seus vínculos profissionais. Na medida em que possuem mais de um tipo de vínculo, os ACS são capazes de transformar e adaptar as práticas e a linguagem, levar e trazer informações, realizar uma conexão entre o Estado e a sociedade não apenas em termos relacionais (conhecer as pessoas), mas também em termos dinâmicos (se comunicar e trocar informações com essas pessoas).

Assim, os contextos relacionais dos ACS são bastante específicos e diferenciados e, portanto, podem levar a particularidades e influenciar o próprio processo de implementação, como veremos em seguida.

A análise dos fatores organizacionais e relacionais demonstra como há a construção de contextos específicos para o processo de implementação e, exclusivamente, para atuação dos burocratas implementadores. Analisaremos agora como de fato esse processo ocorre, discutindo como a implementação, nesse caso, é fruto tanto de práticas exercidas pelos ACS como da maneira como eles interagem com os usuários.

Análise do processo de implementação

Como já mencionamos, a análise do processo de implementação pressupõe compreender como de fato as ações são colocadas em prática, especificamente no que diz respeito à atuação dos agentes implementadores e sua relação com os usuários das políticas públicas. No caso do PSF, a análise da implementação compreende tanto ações e práticas desenvolvidas pelos ACS ao longo de sua rotina de trabalho como as interações estabelecidas entre eles e os usuários.

Assim, apresentaremos a seguir as análises desses dois componentes do processo de implementação: práticas e estilos de interação, buscando compreender as diferenças em cada um dos contextos analisados e o que as influencia. A construção dessas análises teve como base o levantamento etnográfico realizado nos três municípios, de forma que as práticas e estilos foram

construídos tendo como referência o que acontece, de fato, no processo de implementação, sem categorias prévias de análise.

Análise das práticas

A fim de analisar o processo de implementação do Programa Saúde da Família com base nos agentes implementadores, os ACS, fizemos um levantamento de todas as ações que eles realizam em sua rotina de trabalho, seja dentro das UBS, seja dentro dos domicílios ou na comunidade. Todas as atividades observadas foram sistematizadas, para que pudéssemos analisá-las e compará-las em diferentes contextos, resultando em 108 práticas diferentes exercidas por, pelo menos, um dos ACS estudados. Por fim, organizamos as práticas em algumas categorias gerais, inspiradas na legislação, nas classificações adotadas pela atenção básica e no trabalho de Cohn (2009).

No levantamento das ações praticadas pelos ACS, verificou-se um exercício de discricionariedade por parte de vários atores. Ou seja, algumas ações levantadas são delegadas formalmente seja pela Secretaria Municipal de Saúde, seja pelos gerentes das UBS, pelas enfermeiras coordenadoras das equipes ou pelos demais profissionais das equipes de saúde da família. Não é possível identificar as ações que foram em algum momento delegadas, a não ser aquelas cuja delegação presenciamos.

No entanto, a análise do número de ACS que desempenham cada uma das práticas nos ajuda a verificar o quanto a discricionariedade está aparecendo, na medida em que as ações mais homogêneas tendem a ser institucionalizadas e aquelas individuais tendem a ser mais de escolha dos próprios agentes no momento da implementação.

Tabela 1
Percentual de incidência das práticas nas UBS

| Categorias de práticas | % médio de incidência das práticas | | |
|--|------------------------------------|-----|--------|
| | Sobral | SP | Taboão |
| Perguntas sobre condições de saúde (ações em visita domiciliar - VD) | 2% | 4% | 3% |
| Orientações, informações e encaminhamentos para serviços de saúde (ações em VD) | 9% | 12% | 12% |
| Orientações, informações e encaminhamentos para serviços fora da saúde (ações em VD) | 2% | 1% | 2% |
| Ações de mobilização ou de direito (ações em VD) | 4% | 2% | 4% |
| Orientações ou práticas de tratamento clínico (ações em VD) | 7% | 6% | 5% |
| Atividades de controle (ações em VD) | 26% | 19% | 23% |
| Ações de prevenção e promoção em saúde (ações em VD) | 7% | 5% | 3% |
| Outras conversas fora da saúde (ações em VD) | 1% | 0% | 2% |

| | | | |
|--|-----|-----|-----|
| Ações de assistência social (ações em VD) | 3% | 4% | 3% |
| Ações de orientação (ações em VD) | 4% | 4% | 3% |
| Ações de gestão (ações em VD) | 3% | 2% | 1% |
| Ações de gestão da informação (ações em UBS) | 18% | 21% | 17% |
| Ações de suporte à equipe (ações em UBS) | 13% | 15% | 21% |
| Ações de formação e aprendizagem (ações em UBS) | 0% | 1% | 0% |
| | 2% | 3% | 1% |
| Ações de mobilização comunitária (ações na comunidade) | | | |

Fonte: LOTTA, 2010

Analisando a tabela acima, percebemos que há muitas semelhanças na distribuição das ações entre os ACS pelos tipos de ação. Nos três casos as ações com maior incidência são de gestão das informações, atividades de controle e de suporte na UBS. Podemos ver que são similares as incidências de: perguntas sobre condições de saúde, orientações na saúde, orientações fora da área de saúde, ações de tratamento clínico, outras conversas, ações de assistência social, ações de gestão e ações de mobilização comunitária.

No entanto, há algumas diferenças que merecem destaque e análise. Em primeiro lugar, há uma diferença relativamente considerável nas atividades de controle. Como podemos ver, em Sobral elas correspondem a cerca de 26%, enquanto em Taboão a 23% e a São Paulo a 19%. Para compreendermos a diferença, vale atentarmos para o que essas atividades significam. Em primeiro lugar, as atividades de controle têm como pressuposto que os ACS acompanhem de perto as famílias sob sua responsabilidade. Também significa que possuem registro e memória das informações, que poderão cobrar e controlar depois. Por fim, uma alta incidência de atividades de controle também pode significar uma menor incidência em atividades de prevenção e promoção da saúde.

Analisando-se as informações, uma das conclusões possíveis é de que há acompanhamento mais próximo das famílias em Sobral, justificado pela forma como os ACS se relacionam com as famílias. O controle menor em São Paulo pode ser explicado pela alta rotatividade de moradores na localidade, o que causa uma descontinuidade no atendimento e, portanto, uma diminuição das informações e histórico dos pacientes.

Vale destacar também a incidência de atividades de prevenção e promoção em saúde, que são consideravelmente maiores em Sobral, se comparadas a Taboão da Serra. A UBS de Taboão é relativamente nova, com os ACS possuindo pouco tempo de serviço e o programa ainda em fase de implantação. Isso poderia justificar a menor quantidade de práticas dos ACS dessa UBS no que diz respeito a prevenção e promoção, que pressupõem conhecimento da saúde, experiências anteriores ou capacitação e formação permanentes.

Também vale a pena analisar as práticas realizadas em UBS dos três municípios. Em Sobral elas correspondem a 31%, sendo 18% em gestão das informações e 13% em suporte das equipes. Já em Taboão da Serra elas correspondem a 38%, sendo 17% em gestão das informações e 21% em suporte. Já São Paulo tem 36%, sendo 21% em informações e 15% em suporte da equipe.

O alto índice de ações desenvolvidas dentro das UBS significa que os ACS estão dando suporte ou executando ações junto com as equipes e, portanto, poderia evidenciar um trabalho conjunto entre os profissionais. Por outro lado, essa observação reforça a ideia de que os ACS realizam um excesso de atividades administrativas e burocráticas, o que foi também constatado por Silva e Dalmaso (2002). Para as autoras, o excesso de atividades administrativas dos ACS, como cadastros, preenchimento de fichas, elaboração de relatórios etc., pode fazer com que as visitas se tornem uma atividade-meio, perdendo a prioridade no programa (SILVA; DALMASO, 2002).

Analisando a situação encontrada nas três UBS, podemos tirar as seguintes conclusões: o índice maior de ações de informação em São Paulo se justifica pela própria prioridade que a gerente da UBS dá para ações desse tipo. A gerente da UBS incentiva ações de análise das informações e os ACS possuem grande responsabilidade na alimentação e no acompanhamento dos dados. Isso justifica o percentual maior dessas atividades com relação a Sobral e Taboão.

Já a maior incidência das práticas de suporte na UBS de Taboão da Serra se justifica pela baixa institucionalização do programa no município. Como o programa ainda é recente e os ACS estão há pouco tempo atuando, há ainda certas confusões a respeito de qual deve ser seu papel e suas atividades, ao mesmo tempo em que a UBS ainda está organizando suas rotinas e, assim, utiliza os trabalhos dos ACS para tanto.

Os argumentos apresentados acima nos permitem ver que há questões organizacionais e de contexto que influenciam o tipo de atividade desenvolvida pelos ACS em sua rotina, embora, como demonstraremos adiante, ainda exista um grau de escolhas individuais feitas pelos ACS na decisão das práticas.

Outra análise interessante diz respeito à previsibilidade, ou não, das atividades desenvolvidas pelos ACS. A tabela abaixo demonstra a média de incidência de ações previstas ou não para os ACS em cada um dos municípios. Para essa divisão, consideramos a legislação específica dos ACS, bem como os documentos oficiais do Ministério da Saúde. Por fim, tendo em vista que a legislação é extremamente generalista e muitas vezes vaga, consideramos algumas classificações de acordo com a discussão acadêmica a respeito do tema. Também

consideramos ações não previstas aquelas que interferem nas competências dos demais profissionais, como preveem a legislação do Ato Médico e as resoluções do Conselho de Enfermagem, especialmente ações de diagnóstico ou tratamento clínico.²

Tabela 2
Média de incidência de ações previstas/não previstas

| Atividades | Sobral | São Paulo | Taboão da Serra |
|---------------|--------|-----------|-----------------|
| Não previstas | 63% | 63% | 64% |
| Previstas | 37% | 37% | 36% |

Fonte: LOTTA, 2011

A tabela nos permite ver que não há diferenças significativas entre o percentual de ações previstas ou não em cada uma das três UBS. Isso significa que em todas as UBS há uma incidência considerável de atividades não previstas. Quanto a essa questão, Ferraz e Aertz (2005) constataram também, em pesquisa em Porto Alegre, que “o agente vem desenvolvendo algumas atividades que descaracterizam o seu papel, uma vez que não estão preconizadas pelo Ministério da Saúde”. Vale ressaltar que a realização de práticas não previstas pode ser tanto fruto de escolhas individuais dos ACS, exercício de discricionariedade, como de determinações providas das equipes, de outros profissionais ou mesmo da Secretaria Municipal de Saúde.

É relevante também analisar mais profundamente as práticas desenvolvidas em cada uma das UBS. Para tanto, fizemos um levantamento de quantas das 108 práticas são desenvolvidas em cada unidade, independentemente do número de ACS que as desenvolvem. Em seguida, analisamos quantas das atividades são desenvolvidas por mais da metade dos ACS e quantas são por menos da metade. Essas informações seguem na Tabela 3, abaixo.

Tabela 3
Percentual de ações desenvolvidas em cada município

| | Sobral | São Paulo | Taboão |
|--|--------|-----------|--------|
| Número total de atividades diferentes desenvolvidas | 88 | 81 | 53 |
| % de atividades desenvolvidas por metade ou mais dos ACS | 50% | 20% | 36% |
| % das atividades desenvolvidas por apenas um ACS | 18% | 31% | 21% |

Fonte: LOTTA, 2010

² Essa classificação e organização são apenas para efeito de simplificação das análises e a síntese das práticas vem a partir das observações feitas em campo, ou seja, elas não possuem pressupostos nem têm como base a legislação e as atribuições que deveriam ser cumpridas. Essas práticas também não esgotam toda a realidade vivenciada pelos ACS, na medida em que são fruto de uma observação relativamente curta em alguns contextos específicos.

A Tabela 3 nos permite fazer algumas análises interessantes. Em primeiro lugar, é claro que em Sobral e São Paulo há um número bem maior de atividades diferentes desenvolvidas, se comparado com Taboão da Serra. O número maior de atividades demonstra que nessas localidades os ACS realizam ações mais variadas e diferentes. Isso pode ser explicado pelo fato de em ambos os municípios os ACS estarem há mais tempo em exercício e, por isso, se sentirem com maior liberdade, terem maior confiança e capacidade de realizar um número maior de práticas diferentes.

Voltando à tabela e comparando-se as ações em Sobral e São Paulo, é considerável a diferença de ações desenvolvidas por mais da metade dos ACS ou por poucos ACS. Essa comparação permite verificar se os ACS atuam de forma mais padronizada ou se realizam mais ações heterogêneas. No caso de Sobral há uma igualdade de ações praticadas por mais da metade e por poucos ACS, o que nos leva a crer que há ali maior institucionalização das ações que os ACS devem praticar. Ou seja, percebe-se que as práticas desenvolvidas pelos ACS de Sobral são mais padronizadas entre si, o que nos sugere que haja ali questões organizacionais operando no sentido de homogeneizar as ações desenvolvidas pelos agentes.

Já no caso de São Paulo e de Taboão, o baixo número de ações comuns a mais da metade dos ACS nos leva a concluir que há pouca padronização nas ações, ou seja, que os ACS atuam de maneira diferente entre si – seja isso decorrente da falta de instruções, de controle ou do excesso de discricionariedade dos agentes.

Isso também se reflete na análise das ações desenvolvidas por apenas um ACS em cada UBS. As práticas desempenhadas por apenas um agente são reflexo do exercício da discricionariedade dos ACS, que atuam da maneira como optam e não necessariamente seguindo as regras, instruções ou condições colocadas pela UBS. Em São Paulo há um número grande de ações desempenhadas por apenas um ACS, demonstrando alta diversidade nas atuações dos agentes e a falta de padrões. O contrário acontece em Sobral, onde há um número significativamente menor de ações desenvolvidas por apenas um ACS – o que demonstra maior homogeneidade nas formas de atuação.

As análises acima a respeito da padronização das ações desenvolvidas nos sugerem que, em localidades onde as UBS estão mais estruturadas e organizadas – caso de Sobral – há tendência de as práticas desenvolvidas pelos ACS serem mais padronizadas e, ao contrário, quando as rotinas de trabalho são pouco organizadas – caso de São Paulo – ou ainda estão se estruturando – caso de Taboão da Serra, isso se reflete na própria heterogeneidade das práticas desenvolvidas pelos ACS.

Essa constatação se reflete na própria discussão a respeito do exercício da discricionariedade ou do controle da ação dos burocratas de rua. Se é almejada uma ação mais homogênea, onde a discricionariedade de práticas opere com menor intensidade, então é importante que haja uma estruturação e organização dos serviços, com contextos organizacionais específicos, que contribuam para a diminuição do exercício individual de discricionariedade sobre as práticas e ações realizadas pelos burocratas de rua.

Nesse sentido, ainda, outra análise importante diz respeito às ações realizadas por diversos ACS e que, de alguma maneira, são mais institucionalizadas enquanto práticas exigidas deles. Para tanto, realizamos análises de percentual de incidência de cada uma das práticas em cada UBS, comparando-as entre si. Apresentaremos abaixo apenas uma compilação dos principais resultados encontrados.

De todas as práticas, vale ainda ressaltar que apenas cinco das 108 práticas levantadas são feitas pela grande maioria dos ACS (aqui considerados acima de 71% dos ACS). Essas práticas são: passar para enfermeira/médico informações sobre os pacientes; ensinar serviços e procedimentos de saúde; examinar e realizar diagnóstico; preencher fichas; e cadastrar famílias.

No entanto, dessas práticas apenas as duas últimas são realizadas por todos os ACS, ou seja, 100% deles. Aqui reforçamos a ideia de que há poucas práticas que são, de fato, homogêneas na atividade dos ACS quando analisamos de forma geral os diferentes municípios. Mesmo aquelas práticas determinadas pela legislação, pelos cursos de formação ou pelas atribuições dos ACS não são realizadas de forma homogênea. Isso demonstra que, mesmo sendo uma política normatizada em nível federal, o seu processo de implementação leva a grandes diferenças na prática.

Em todos os casos, fica evidente que as ações mais homogêneas ou padronizadas desenvolvidas pelos ACS dizem respeito tanto à gestão das informações como ao suporte na UBS. No primeiro caso, isso parece óbvio, na medida em que há maior controle e padronização das ações de informação, visto que todas as UBS precisam alimentar um sistema único de informações, o Sistema de Informações da Atenção Básica (Siab), que é padronizado e controlado tanto pela Secretaria Municipal de Saúde como pelo Ministério da Saúde. Para esse sistema, há uma série de protocolos de preenchimento e fichas padronizadas que, de alguma maneira, pressionam no sentido de uma maior homogeneidade das ações.

No segundo caso, do suporte da UBS, a homogeneidade está mais presente na medida em que as ações nas unidades são realizadas sob os olhos do restante da equipe da UBS, de forma

que há maior controle sobre as ações que os ACS realizam e, portanto, menor margem para discricionariedade.

Vale aqui analisarmos também algumas outras ações mais homogêneas, para compreendermos as diferenças entre os casos estudados. Uma ação é a de examinar e realizar diagnóstico, que aparece com grande incidência nos três casos estudados. Essa ação chama a atenção pela homogeneidade na medida em que não é uma ação que os ACS deveriam, em tese, realizar. Nesse sentido, há diversas controvérsias e disputas corporativas sobre o papel e função dos profissionais de saúde e, até o presente momento, os conselhos e órgãos de saúde são contrários às ações de diagnóstico por parte dos ACS, que não têm formação própria para tanto.³ No entanto, mesmo havendo restrições, inclusive legais, para que os ACS desempenhem essa ação, há uma homogeneidade grande na sua realização. Isso nos leva a questionar se essa homogeneidade é fruto do exercício da discricionariedade dos ACS, das exigências das equipes ou da própria falta de respaldo do sistema de saúde, que levaria os ACS a exercerem práticas para além de suas atribuições.

Outro grupo de ação interessante é o de mobilização comunitária ou de direitos. Analisando-se as incidências, podemos perceber que apenas no caso de Sobral há muita incidência de práticas de mobilização, ao mesmo tempo em que há homogeneidade em seu exercício (muitos ACS as realizam). Sobre isso, uma das conclusões possíveis está relacionada à seleção dos ACS. No caso de Sobral há um privilégio à contratação de ACS com vínculos comunitários e histórico de liderança local – de forma que, por exemplo, vários ACS pertencem ou pertenceram às pastorais da criança. Essa seleção diferenciada pode explicar, em parte, o maior número de ações e sua homogeneidade no que diz respeito à mobilização.

Ao mesmo tempo, outra explicação pode vir do próprio sistema de saúde construído, que inclui diversos mecanismos de participação e representação da população e que estimula os ACS a se envolverem nas questões – como é o caso, por exemplo, das conferências de saúde, conferência da cidade, conselho de saúde etc. que ocorrem em Sobral.

Análise dos estilos de interação

Como argumentamos anteriormente, para além das ações práticas desenvolvidas pelos burocratas no processo de implementação de políticas públicas, é interessante compreender a forma como eles estabelecem o vínculo e a comunicação com os usuários no momento da entrega dos serviços. Essa questão é ainda mais central nesse caso, em que analisamos a atuação

³ Para maiores informações consultar discussão a respeito do ato médico.

de um burocrata de rua que tem como função conectar os usuários aos serviços públicos e que, ainda por cima, reside na comunidade onde trabalha.

Uma das maneiras de compreender como esses vínculos são estabelecidos e a política implementada é observar a maneira como os agentes comunitários se relacionam com os usuários, não apenas em termos de estrutura relacional, mas especialmente a partir das dinâmicas de relação. A análise de interações pressupõe o entendimento de que regras e regularidades estão presentes nas interações em contextos particulares, considerando que esses contextos limitam (ou moldam) os tipos de práticas que podem ser articuladas. Ou seja, uma questão é as atividades realizadas pelos atores (aqui definidas pelas práticas) e a outra é a forma como interagem ou se relacionam para implementarem essas atividades (aqui definidas pelos estilos).

Assim, consideramos que os atores interagem a partir do uso de estilos, que podem ser pensados como conjunções, pronomes, relativizadores e outros instrumentos gramaticais que evidenciam o que está presente naquele contexto social específico. A capacidade de agir está justamente na habilidade dos atores de escolherem instrumentalmente as práticas de interação. Além disso, os atores negociam as relações pelos significados que dão às palavras e, no processo de interação, eles expressam ideias sobre as relações, identificando com quem estão, onde estão e aonde querem ir (WHITE, 1995).

Para tanto, é importante analisarmos os estilos de relação ou de comunicação que aparecem no processo de implementação das políticas públicas. Assim como as práticas, analisadas anteriormente, os estilos relacionais foram levantados com base na pesquisa etnográfica realizada, ou seja, a partir do acompanhamento de cada ACS, levantamos as principais formas de relacionamento ou comunicação que utilizavam no tratamento com a população.

Bem como as práticas, esses estilos não foram observados a partir de uma lista prévia de possíveis formas de comunicação, mas foram fruto das próprias observações do campo e, posteriormente, foram agrupados e sintetizados para que pudéssemos analisar os padrões de relacionamento estabelecidos pelos ACS durante a implementação das políticas públicas.

A análise dos estilos de relação nos levou a identificar 24 estilos, que foram agrupados em quatro grupos, explicados abaixo. Essa organização em grupos é apenas para facilitar o entendimento.

a) Estilos que promovem mediação

Os estilos de mediação são aqueles que permitem aos ACS implementar as políticas de acordo com o entendimento que possuem a respeito da necessidade ou da capacidade de compreensão do usuário. Ele se dá através de formas de comunicação que traduzem o que está sendo dito para a linguagem popular, ou por meio de ações mais didáticas ou de triangulação de relações. Nesse grupo encontramos dois estilos, abaixo explicados:

- **triangulação:** os ACS se colocam enquanto intermediadores entre o usuário e os serviços ou profissionais da saúde. Ex.: “Vou fazer a pergunta para a enfermeira e depois eu te digo”;
- **tradução:** os ACS transformam o que está sendo dito ou realizado em uma linguagem comum entre interlocutores. Assim, atuam traduzindo termos tanto para linguagens técnicas como transformando a linguagem técnica em linguagem do cotidiano da comunidade. Esse estilo é demarcado pelo uso de frases como: “O que o enfermeiro quer dizer com isso é que [...]”, “quando a população reclama disso, eles querem dizer que [...]” ou por ações que substituem as práticas técnicas adotadas pelos profissionais de saúde, como adaptar os procedimentos para uso de medicamentos, associar as recomendações médicas a práticas cotidianas etc. Ex.: quando os ACS dividem os medicamentos do usuário e colocam símbolos para que eles lembrem.

b) Estilos que facilitam o entendimento

Por meio da utilização de alguns termos, procedimentos, acionamento de relações locais, referências etc., os ACS buscam facilitar o entendimento dos usuários acerca dos procedimentos e informações que estão transmitindo. Alguns desses estilos têm como característica a demarcação de referências, na qual os ACS demonstram que tipo de informação pode ser acionado, legitimam a ação dos agentes e a comunicação que estabeleceram naquele processo de interação. Outros estilos desse grupo atuam com a demarcação de molduras de saberes, que podem ser mais técnicos ou mais locais ou populares, mais profissionais ou pessoais. Seguem abaixo os estilos que fazem parte desse grupo:

- **acionam referências de família:** os ACS acionam referências de pessoas da família dos usuários para exemplificar ou para situar sua recomendação ou comunicação;

- **acionam referências de pessoas comuns:** os ACS acionam referências de pessoas comuns, conhecidas tanto pelos ACS como pelos usuários, seja para exemplificar alguma situação ou para dar alguma referência específica sobre alguma questão;
- **acionam referências de religião:** os ACS acionam referências à religião durante sua fala ou recomendação. Ex.: “Deus abençoe que dê tudo certo”; “Graças a Deus”; “Fique com Deus”; “Vai ficar bem, graças a Deus”;
- **acionam referências da vizinhança:** os ACS acionam referências da vizinhança, de forma genérica, para exemplificar sua comunicação ou recomendação;
- **acionam referência da própria história:** os ACS acionam referências de sua própria vida para exemplificar ou situar a recomendação para o usuário, legitimando o que quer comunicar. Ex.: “Isso já aconteceu comigo antes”, ou “quando eu tive isso, fiz assim”;
- **acionam referência da história da saúde:** os ACS acionam referências da história de saúde do usuário para situar sua recomendação, trazendo questões do passado de saúde do usuário que legitimam sua comunicação. Ex.: “Lembra quando você ficou doente da outra vez e eu te trouxe um remédio? Então, agora é parecido”;
- **acionam referência da história social:** os ACS acionam referências da história social do usuário, demonstrando proximidade com o usuário, já que o ACS conhece o passado social ou questões pessoais da vida do usuário;
- **uso de linguagem local:** os ACS utilizam linguagem popular ou local durante sua fala ou sua recomendação. Ex.: “Ela é sempre *bonequinha* assim pra comer?”;
- **uso de linguagem técnica:** os ACS utilizam linguagem técnica para explicar procedimento ou questões de saúde. Ex.: “Muito peso ou inchaço podem aumentar a pressão arterial e eles precisam medir a pressão para não ter problema”;
- **switch entre saber técnico e local:** os ACS usam expressões ou palavras específicas que mudam o molde no qual a interação estava se dando, relacionado a termos técnicos ou locais de saúde. Ex.: em visita a uma criança gripada, a ACS aconselha a mãe: “Pode dar mel. Mas se continuar com febre e não conseguir comer, você leva para rezar, depois dá umas gotinhas (de paracetamol) e leva no posto”;
- **switch entre assunto pessoal e profissional:** assim como o estilo anterior, há uma mudança de molde no qual a interação se dava, embora aqui os moldes sejam entre assuntos pessoais e os profissionais;

- **didatismo**: os ACS transmitem suas informações ou recomendações de forma clara e buscando se fazer entender a partir de estilos didáticos de comunicação.

c) Estilos que horizontalizam a relação

Esse grupo de estilos aparece na forma como os atores, no processo de interação, assinalam como a reciprocidade está se dando. A reciprocidade aparece em um *continuum*, que vai de algo mais assimétrico (quando um dos interlocutores exerce um papel de autoridade sobre o outro), até algo mais simétrico (quando um interlocutor se coloca na mesma posição estrutural que o outro). Nesse grupo, especificamente, colocamos apenas aquelas formas de reciprocidade que horizontalizam a relação entre os usuários e os ACS. No grupo (d) colocamos os estilos que hierarquizam a relação.

Nesse grupo também aparecem os estilos que servem para demarcar as diferenciações, distâncias e fronteiras existentes entre os interlocutores. Também podem ser vistos em um *continuum*, que vai de uma grande aproximação (quando, por exemplo, utilizam pronomes pessoais, no diminutivo, relativos a relações familiares, de amizade etc., ou quando ambos os interlocutores se incluem no que está sendo dito), até algo de distância (quando os pronomes demarcam distanciamento, diferença, fronteiras e identidades/pertencimentos diferentes entre os interlocutores). Nesse grupo também colocamos apenas os estilos que demarcam proximidade, já que os que demarcam a diferença estão no grupo (d). Fazem parte desse grupo:

- **estabelecimento de reciprocidade**: os ACS assinalam como a reciprocidade está se dando naquele momento específico. Ex.: “Você cuida da sua saúde para mim e eu consigo um trabalho para você”, “não precisa agradecer, eu não estou fazendo favor, é minha obrigação”;
- **solícito**: os ACS são solícitos durante seu trabalho, acionando formas de comunicação que demonstram estarem disponíveis para resolverem os problemas ou necessidades dos usuários. Ex.: “Se você quiser, eu tento arranjar pra ele. Você vai comigo, eu passo aqui e você não fica sozinha. Todos temos problemas, não só você. Mas você vai se quiser. Eu fico com você e depois te deixo aqui”;
- **estabelecimento de vínculo**: os ACS utilizam uma série de formas de comunicação para estabelecer um vínculo com os usuários, seja pela proximidade, seja pela cobrança ou pela legitimação de suas ações. Ex.: “No mês que vem eu venho aqui ver se está

tudo bem”. “Eu fico acompanhando sua filha para ver se está tudo bem”. “Eu preciso do seu apoio pra conseguir resolver isso”;

- **aproximação e carinho:** os ACS usam gestos, como abraçar ou beijar os usuários, pegar crianças no colo, ou elementos de comunicação como chamar o usuário pelo apelido, saber o nome dos usuários, falar no diminutivo, chamar usuário de “meu amor” ou “meu querido” etc.;
- **se mostra igual:** os ACS buscam se mostrar em igual posição ou igual condição à dos usuários, aproximando-os ou legitimando sua ação pela igualdade. Ex.: “Comigo também foi assim” ou “eu sei disso, já passei pela mesma coisa”;
- **valoriza conquista do outro e compartilha:** os ACS valorizam ou compartilham a alegria ou as conquistas dos usuários, seja ou não essa conquista no campo da saúde. Ex.: “Você está de parabéns por ter conseguido tomar todo o remedinho”.

d) Estilos que diferenciam ou dificultam o acesso dos usuários aos ACS

O grupo (d) aparece como o oposto do grupo (c), ou seja, aqui são listados os estilos que provocam diferenciação entre usuários e ACS ou que, de alguma maneira, fazem o acesso aos ACS ser mais hierárquico. Fazem parte desse grupo:

- **assimetria da relação:** os ACS exercem uma reciprocidade mais assimétrica, quando se colocam em posição superior, de entrega aos usuários. Ex.: “Eu faço, mas diga por favor pra ela porque não é obrigação dela marcar isso, é favor”;
- **autoridade:** os ACS estabelecem uma relação autoritária com os usuários ao cobrar deles, controlar, dar bronca ou ameaçar. Esse estilo pode se expressar tanto no conteúdo do que o ACS fala como na maneira como diz. Ex.: “No mês que vem, quando eu vier aqui, quero ver os remédios aqui dentro, hein?” (Fala com tom autoritário);
- **ameaça:** é estabelecido um distanciamento entre o ACS e o usuário a partir da ameaça do primeiro em relação a atitudes que o segundo deve assumir. Ex.: “Se você não fizer o que eu peço, vou contar para teu pai, que vai ficar bravo com você”;
- **diferenciação por pronomes:** acontece por meio do uso de pronomes que diferenciam os usuários dos ACS. Ex.: quando os agentes comunitários tratam os usuários de “você” e os profissionais de saúde de “nós”, mostrando uma diferença entre ambos.

Tabela 4
 Percentual de incidência dos estilos em cada UBS

| Estilos (por grupos) | Sobral | São Paulo | Taboão da Serra |
|---|---------------|------------------|------------------------|
| <i>Estilos que promovem mediação</i> | | | |
| Triangulação | 86% | 63% | 86% |
| Tradução de comunicação e ação | 71% | 50% | 100% |
| <i>Estilos que facilitam o entendimento</i> | | | |
| Aciona referências de família | 71% | 63% | 100% |
| Aciona referências de pessoas comuns | 63% | 25% | 33% |
| Aciona referências de religião | 100% | 71% | 75% |
| Aciona referências da vizinhança | 71% | 38% | 100% |
| Aciona referência da própria história | 43% | 88% | 75% |
| Aciona referência da história da saúde | 100% | 75% | 80% |
| Aciona referência da história social | 88% | 100% | 83% |
| Usa linguagem local | 100% | 38% | 100% |
| Usa linguagem técnica | 38% | 75% | 83% |
| Switch entre saber técnico e local | 50% | 25% | 50% |
| Switch entre assunto pessoal e profissional | 33% | 75% | 67% |
| Didatismo | 88% | 50% | 100% |
| <i>Estilos que horizontalizam a relação</i> | | | |
| Recíproca | 83% | 50% | 0% |
| Solícita | 100% | 38% | 50% |
| Mostra-se igual | 43% | 63% | 50% |
| Aproxima | 100% | 75% | 75% |
| Valoriza conquista do outro e compartilha | 17% | 25% | 100% |
| Vincula | 83% | 57% | 100% |
| <i>Estilos que hierarquizam a relação</i> | | | |
| Assimetria (um dá, outro recebe) | 57% | 25% | 0% |
| Autoritária | 88% | 25% | 100% |
| Ameaça | 57% | 38% | 33% |
| Diferenciação por pronomes | 50% | 25% | 33% |

Fonte: Elaboração própria.

A análise das informações consolidadas na Tabela 4 demonstra que, dos 24 estilos apresentados, cerca de 70% são exercidos por mais da metade dos ACS acompanhados, enquanto 30% são exercidos por menos da metade. Essa informação é importante para demonstrar o quanto os estilos relacionais são comuns ou não entre os ACS, ou seja, o quanto eles são mais ou menos “institucionalizados” como forma de relacionamento estabelecida pelos ACS com os usuários da política pública.

De modo geral, os estilos mais incidentes têm a particularidade de fazer com que a política pública seja contextualizada ou personalizada, seja pelo uso de elementos da história

social, da história de saúde ou da família do usuário, e que o ACS conhece, seja pela tradução ou triangulação, seja pelo uso de linguagem local ou, especialmente, pela aproximação e criação de vínculo. Através desses estilos, os ACS contextualizam e personalizam a informação ou recomendação, considerando a realidade particular do usuário de quem estão tratando.

A alta incidência desses estilos que permitem personalização e contextualização da política pública pode ser, em parte, explicada pelas redes sociais desses agentes. Isso reforça o próprio sentido do programa de envolver um burocrata da comunidade a fim de que possa personalizar a política pública e trazer elementos do local para dentro do Estado. Como concluímos em outro trabalho (LOTTA, 2009), as redes sociais dos ACS possuem um alto grau de sobreposição de vínculos, especialmente com relação aos vínculos profissionais. Assim, na medida em que possuem vínculos sobrepostos, os ACS acabam podendo personalizar a comunicação, utilizando elementos que conhecem dos usuários e aos quais tiveram acesso por outros canais e não necessariamente pela profissão. Ou seja, eles trazem para sua ação enquanto burocratas elementos que compartilham e vivenciam com os usuários em outros contextos, diferentes da própria política pública.

A análise do estilo com menor incidência também é interessante, por se tratar do estilo de assimetria de relação, com 27% de incidência média. Por trás desse estilo há uma questão delicada relativa ao uso do poder dos ACS, tratada pela literatura que discute a questão da mediação e o papel dos mediadores.

Um dos elementos da discussão sobre o papel de mediador diz respeito à forma como as trocas são constituídas, especialmente quando pensamos nessas trocas dentro do Estado, que poderiam levar a situações de clientelismo. Quanto a isso, para Nunes (1997), o clientelismo é caracterizado por situações que envolvem assimetria de poder com aparente solidariedade mútua, bem como por exploração e coerção potencial em casos de relações voluntárias e obrigações mútuas. Ou seja, há a ideia de combinação entre solidariedade e obrigações que acaba permeando as relações de troca entre Estado e sociedade.

O estilo de assimetria poderia, potencialmente, conduzir a situações de estabelecimento de relações clientelistas, na medida em que se opera justamente nessa ideia entre aparente solidariedade e exploração ou coerção. Considerando essa situação, podemos afirmar que a baixa incidência desse estilo pode ser um ponto positivo para pensarmos que os ACS não necessariamente estão atuando e operando em contextos clientelistas. Isso é reforçado pela verificação da maior incidência dos demais estilos, especialmente aqueles que operam em

situações de igualdade ou de aproximação entre usuários e ACS e que, por consequência, levam a situações com menor assimetria de poder.

A análise da incidência de estilos em cada UBS nos leva às seguintes constatações: dos 24 estilos presentes em Sobral, cerca de 80% são usados por mais da metade dos ACS; em Taboão da Serra essa média cai para 60% e em São Paulo, onde há apenas 22 estilos em uso, também aproximadamente 80% deles são comuns a mais da metade dos ACS.

Podemos supor que haja uma relação entre o tempo de existência do programa e a difusão dos estilos relacionais, na medida em que São Paulo e Sobral, experiências mais antigas (e com ACS com mais tempo de serviço), possuem médias mais similares e superiores às de Taboão da Serra, que iniciou a experiência há pouco tempo. Ou seja, com isso pode-se imaginar que ao longo do tempo os ACS vão padronizando os estilos de relação, que acabam ficando mais homogêneos no processo de implementação.

Em Sobral, cinco dos 24 estilos (cerca de 20%) são usados por todos os ACS (100%), enquanto em Taboão da Serra há apenas um estilo com essa característica e em São Paulo há oito (cerca de 36%). A universalidade do uso do estilo pela UBS é um fator interessante para compreender quais são as formas de comunicação mais difundidas – por canais formais ou informais – e que, portanto, se tornam características relevantes do processo de implementação da política naquele contexto.

Para tanto, cabe analisarmos aqui, individualmente, cada UBS, para verificarmos quais são os estilos relacionais mais difundidos e como isso repercute no processo de implementação do PSF naquela localidade.

Em Sobral, os cinco estilos recorrentes são: referências à religião, referências à história de saúde, uso de linguagem local, ser solícito e aproximação. Na medida em que esses estilos são usados por todos os ACS estudados, podemos inferir que há certos incentivos, formais ou informais, seja da população ou do Estado, para que a política pública seja implementada dessa maneira. O uso de referências de religião é comum nesse município. Em parte isso pode ser explicado pelo próprio perfil dos ACS de Sobral, que participam ativamente de atividades religiosas. Esse fato pode ter como consequência o uso do repertório religioso em sua prática profissional. No entanto, isso só se efetiva na medida em que os ACS sabem que o uso de questões religiosas será legitimado pela população usuária do serviço.

Outra explicação para isso vem do próprio processo de construção do PSF na localidade, que, como dissemos, teve como um dos antecedentes a experiência da Pastoral da Criança, ligada à igreja católica.

A questão do uso das referências, da aproximação e de ser solícito também pode ser explicada, em parte, pelas redes sociais dos ACS de Sobral. Estas demonstram que existe uma sobreposição de vínculos em cerca de 92% dos usuários que os ACS atendem e que pertencem à sua rede, de forma que possibilitam acionar essas outras referências, bem como personalizar e aproximar a política pública, na medida em que suas relações com os usuários são multiplexas (LOTTA, 2009).

A questão do uso da linguagem local também pode ser explicada pelo próprio processo histórico de implementação do programa no município, que, como dissemos, está ligado à Pastoral da Criança. Historicamente, o PSF foi constituído ali como ligado aos movimentos de base, bem como às lideranças comunitárias e às formas não tradicionais de medicina. Como o processo seletivo de Sobral reforça a contratação de ACS com perfil de liderança comunitária, essa lógica de lidar com a linguagem local e com medicina alternativa acaba se perpetuando dentro do programa. Como concluímos em pesquisa anterior (LOTTA, 2006), o uso da linguagem local e da tradução acaba se tornando marca central do processo de implementação do PSF naquela localidade.

No caso de São Paulo, os estilos universais entre os ACS são de referência à família, referência à vizinhança, didatismo, tradução, uso de linguagem local, autoritarismo e vínculo. Como observamos no caso de Sobral, boa parte desses estilos se explica pela própria configuração relacional dos ACS. Na medida em que há um grande índice de sobreposição de vínculos (cerca de 89%), os ACS de São Paulo acabam utilizando em sua prática estilos que criam uma política pública mais pessoal e contextualizada, com elementos provenientes de relações não profissionais – como é o caso das referências, da linguagem local e do vínculo. Já o autoritarismo chama a atenção nesse caso.

Analisando agora a experiência de Taboão da Serra, o estilo prevalecente em todos os ACS é o de acionar referências da história social. Esse estilo, como dissemos há pouco, só pode ser acionado na medida em que os ACS conhecem e vivenciam a realidade social do usuário de forma a trazê-la para dentro das suas ações. Pressupõe-se, assim, que ou o ACS está questionando elementos da história social em suas práticas ou que ele conhece o usuário em outros contextos para além do trabalho.

Alguns outros estilos valem uma análise no caso de Taboão da Serra. Um deles é o de acionarem referências de sua própria história (88%) e do uso de linguagem técnica (75%). Analisando esses estilos no contexto de Taboão da Serra, podemos imaginar que o fato de a experiência ser recente e, portanto, os ACS terem pouco tempo de serviço (como ACS ou dentro

da saúde) e experiência acumulada, os leva a ter formas específicas de implementar as ações. Uma delas é de se basear em sua própria experiência no momento de dar orientações e fazer encaminhamentos, visto que tiveram pouco contato com outras experiências ou situações para poderem exemplificar ou legitimar suas informações.

Ao mesmo tempo, o alto índice de uso da linguagem técnica também pode ser fruto do próprio processo de formação desses agentes. Na medida em que ainda não são muito experientes ou não se sentem seguros quanto às suas informações, há uma tendência de reproduzirem o discurso técnico escutado dentro da UBS – vale lembrar aqui que parte considerável das práticas desenvolvidas pelos ACS de Taboão é realizada dentro das unidades.

Esse argumento é reforçado quando contrapomos os dados de São Paulo e de Sobral aos de Taboão. Nos dois primeiros casos, os índices de estilos como tradução, didatismo e triangulação são bem maiores do que no caso de Taboão, assim como acontece com os estilos de uso de linguagem local e de *switch* entre linguagens.

Uma das formas de entender isso é: no caso de todos esses estilos, pressupõe-se que os ACS possuam vivências e experiências na saúde e na sua profissão, de maneira que possam traduzir as informações, mudar as linguagens, apropriar-se da linguagem local para explicar questões técnicas etc. Para tudo isso, é necessário que o ACS tenha tido uma formação mais sólida nas questões técnicas de saúde, a ponto de poder transformar sua linguagem quando lida com a população. Assim, o fato de Sobral e São Paulo terem ACS mais antigos e experientes resulta no uso mais frequente, por parte desses ACS, de estilos de tradução, triangulação, didatismo, uso de linguagem local e *switch*, se comparados com os ACS de Taboão da Serra.

Ao mesmo tempo, vale ressaltarmos aqui o argumento de que o uso desses estilos é importante para possibilitar a contextualização da política pública, bem como seu entendimento por parte dos usuários do serviço, na medida em que a linguagem se torna mais acessível e mais cotidiana (LOTTA, 2006).

Análises gerais

Ao longo deste trabalho apresentamos os diversos elementos que podem caracterizar e explicar o processo de implementação do Programa Saúde da Família. Em primeiro lugar apresentamos algumas características e especificidades de fatores organizacionais e relacionais que acabam atuando como contexto para que a implementação se efetive. Em seguida, apresentamos um olhar para o processo de implementação em si, entendido tanto como o conjunto de práticas como de estilos de interação exercidos pelos agentes implementadores.

Apresentaremos agora algumas análises mais gerais providas do cruzamento dos elementos acima apresentados e que permitem avançar na compreensão e análise da implementação.

Uma das questões interessantes diz respeito aos cruzamentos entre os fatores relacionais e as práticas e estilos de interação dos ACS. Os cruzamentos permitem perceber que elementos da sociabilidade são determinantes para influenciar os estilos de interação. Nesse sentido, por exemplo, o maior número de esferas de contato (como vizinhança, igreja, trabalho, escola etc.), bem como um maior tempo de vivência na comunidade, geram maior capacidade de uso de referências e maior repertório para construção de relações. Em contrapartida, um alto grau de relações provenientes do trabalho interfere de forma negativa no uso de referências – o que significa que ACS que possuem mais vínculos profissionais são menos propensos a fazer referências.

O uso de referências e esse repertório de interações são uma das maneiras de os ACS adaptarem as ações e legitimarem suas práticas por meio de situações ou realidades locais. Esse uso torna-se uma das consequências do programa, na medida em que ele utiliza burocratas que habitam a comunidade, legitima a ação desses burocratas e permite maior aderência do programa ao contexto local (LOTTA, 2006). No entanto, como vemos aqui, o uso de referências não constitui um pressuposto de todos os ACS, ou seja, existem condições que podem promover maior ou menor repertório adaptativo no processo de implementação.

O uso de referências é resultante, justamente, do grau de conhecimento e proximidade que o ACS tem dos usuários ou da comunidade. Na medida em que nasceram ali, provavelmente conhecem seus vizinhos há muitos anos, habitam próximo a parentes e estudaram na escola com alguns de seus usuários, fatos que geram relações mais próximas com as pessoas da comunidade que serão atendidas. Isso, por sua vez, possibilita-lhes maior uso de referências em suas práticas, o que retoma a ideia de multivocalidade dos atores presentes no processo de mediação (MISCHE, 2007); ou seja, para que um agente possa atuar mediando, ele precisa poder acionar múltiplos pertencimentos que lhe permitam estabelecer vínculos, relacionando os saberes e linguagens de diversas afiliações.

Ao mesmo tempo, as análises demonstram que quanto mais locais e pessoais forem os vínculos relacionais, maior a capacidade de triangulação que o ACS tem. A triangulação, como já o dissemos, é um processo de mediação física, que permite aproximar e conectar os usuários dos profissionais de saúde, ou seja, conecta o Estado e a sociedade. As análises demonstram que a triangulação é mais recorrente em ACS que possuem fortes vínculos locais, pessoais e

sobrepostos, ou seja, que tenham alta conexão e proximidade com a comunidade e com os usuários que atendem.

Conclusão semelhante é tirada da análise das atividades de controle e de mobilização, que acontecem, na maioria das vezes, com ACS que têm redes pequenas, densas, locais e sobrepostas. Podemos então imaginar que o processo de mobilização seja facilitado justamente pelo tamanho das redes e pela proximidade que o ACS tem de seus usuários. Ou seja, na medida em que os ACS possuem redes pequenas, têm relações próximas, conectadas e sobrepostas com os usuários que atendem, conseguem promover mais atividades de mobilização, já que a comunicação torna-se mais fácil e o entendimento também. O fato de a rede ser pequena e conectada pode ajudar no processo de comunicação e no alcance dos usuários que se deseja mobilizar. Além disso, pode-se imaginar que a mobilização seja simplificada pelo convívio comum e constante entre usuários e agentes.

Em contraposição, aparece a constatação de que ACS com redes maiores, com pequena variação de sociabilidade, pouca sobreposição e desconectadas realizam mais ações de gestão da informação e suporte à UBS. Novamente, não podemos explicar a causalidade aqui, mas é possível que, pelo fato de os ACS permanecerem dentro da UBS na maior parte do tempo, não conseguem aprofundar ou diferenciar seus contatos nem conectar suas redes.

Constatamos que os ACS que realizam mais ações dentro da UBS acabam acionando mais o estilo técnico, provavelmente por reproduzirem o discurso dos demais profissionais ou por não terem convívio comunitário. Na medida em que os contatos com sua rede não são sobrepostos, provavelmente não possuem relações pessoais com a maioria dos usuários atendidos. Assim, acabam utilizando apenas linguagem técnica com eles, já que os vínculos são profissionais e não pessoais – ou seja, nesse caso os ACS acabam sendo mais burocratas que comunitários. Há aqui uma cadeia de causa e consequência, já que, na medida em que o ACS permanece na UBS, não consegue aprofundar suas relações; isso não possibilita sobreposição, e ambos reforçam o discurso técnico e burocrático.

Uma consequência desse processo é a diminuição do potencial de mediação. Para mediar, o burocrata precisa ter elementos tanto da vida técnica como da vida comunitária – que se refletem na tradução, triangulação, uso de referências etc. No entanto, na medida em que ele convive na maior parte do tempo dentro da UBS, não tem sobreposição de vínculos e vivência pouco a comunidade, o que diminui sua capacidade de mediar e aumenta seu potencial de ser apenas burocrata. Esse processo, por sua vez, contradiz a própria lógica de construção da

profissão dos agentes comunitários de saúde, já que eles se tornam mais agentes da saúde do que comunitários.

Por outro lado, uma constatação importante sobre o processo de mediação diz respeito à formação dos ACS. Os cruzamentos apontam que, quanto mais alto for o grau de formação dos ACS e maior o tempo de serviço, mais utilizam linguagem técnica, traduzem e realizam ações de aprendizagem. A formação técnica se mostra importante para a construção de processos de tradução, ou seja, para que o ACS possa traduzir – e exercer mediação de saberes – ele precisa ter conhecimento mais aprofundado dos elementos técnicos para saber utilizá-los na tradução.

Isso reforça a constatação de que, para promover mediação e aproximar os usuários do programa, é importante que os ACS pertençam à comunidade e tenham fortes vínculos locais, o que direciona novamente o perfil desejado e o processo de seleção, ao mesmo tempo em que devem ser privilegiadas ações de formação técnica dos ACS, para que se apropriem da linguagem específica da saúde.

Portanto, o próprio processo seletivo de agentes com vivências comunitárias variadas pode estimular a construção de habilidades sociais que lhes permitam promover interações mais diversas, adaptadas e utilizando amplo repertório (referências) da comunidade e do trabalho.

Essas características relacionais, em conjunto com o uso de referências, reforçam a ideia de que o ACS precisa ser uma pessoa da comunidade, já que seu pertencimento comunitário lhe estimula o uso de referências. Reitera-se também a ideia de que o processo de seleção deve privilegiar pessoas da comunidade e com envolvimento em outras esferas de sociabilidade – como previsto e esperado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006a).

Essas conclusões levam à ideia de uma seleção baseada em critérios de envolvimento comunitário, oposta a um movimento que acontece em alguns municípios no sentido de que o processo de seleção deva ser cada vez mais técnico e menos comunitário, privilegiando pessoas com boa formação, e não pessoas que tenham conhecimentos e envolvimento locais.

Assim, as evidências reiteram a importância de um processo de seleção que privilegie aspectos de vivência comunitária, especialmente relacionais, para que o ACS possa usar práticas e estilos que promovam seu potencial de mediador entre usuários e profissionais; ao mesmo tempo, reforçam a importância de investir em formação e aprendizagem desses ACS da comunidade, para que tenham domínio de conteúdos técnicos e possam realizar a mediação.

Para finalizar, como pudemos ver nas análises anteriores, as ações dos ACS podem ser observadas tanto em termos de práticas como em termos de estilos de interação, que podem combinar-se de diferentes maneiras e gerar processos diversos de implementação das políticas

públicas. Buscando compreender a complexidade desse processo, realizamos diversas análises exploratórias, cruzando esses fatores, mas que, de certa maneira, mostraram-se coerentes e com explicações plausíveis para suas correlações.

Além disso, buscamos analisar outras variáveis – relacionais e de perfis de afiliação e características individuais – que tivessem relação com os grupos de práticas e de estilos que construímos. A análise dessas variáveis mostrou-nos elementos que incidem de maneira diferente quando tratamos de práticas ou de estilos, sendo que alguns que podem impactar sobre um deles não necessariamente impactam sobre o outro.

Se, por um lado, isso reforça a multicausalidade e complexidade da explicação acerca da origem dos processos de implementação, por outro lado, nos ajuda a compreender o complexo contexto de implementação, ou seja, a diversidade de elementos que incidem, de maneiras diversas, no processo de implementação das políticas públicas. Esses elementos, por sua vez, ajudaram-nos a compreender como características diferentes dos ACS (sejam relacionais, de perfil, de afiliação etc.) podem contribuir para explicar as diferentes formas de implementação das políticas – especialmente no caso dos estilos.

Considerações finais

Como afirmamos, para ampliar as análises sobre a implementação de políticas públicas, devemos incorporar o olhar para as diversas interações, para os valores e referenciais existentes e para o exercício da discricionariedade por parte dos agentes implementadores. Assim, consideramos que, dependendo da ação, discricionariedade e interação ocorrida no processo, teremos formas de implementação diferentes.

Este trabalho apresentou, a partir do uso de dados empíricos, uma perspectiva diferente de análise da implementação das políticas públicas. Buscando observar práticas e estilos que fazem parte da implementação, incorporamos considerações sobre como os burocratas exercem sua discricionariedade, como se estabelece a interação e, integrando outros atores às análises, apresentamos um olhar para a implementação que permite entendê-la como um processo dinâmico e que vai além das decisões tomadas pelos formuladores ou por atores individuais nas políticas.

Em relação à implementação, ressaltamos dois componentes importantes às novas perspectivas analíticas de implementação: por um lado, o olhar para o exercício da discricionariedade, analisando as práticas desempenhadas pelos implementadores em contraste com as atribuições a eles destinadas, podemos observar como e com que intensidade eles

exercem suas escolhas, que impactam na forma como desempenham as atividades. Por outro lado, incorporamos o olhar aos processos de interação, demonstrando que a análise de mecanismos relacionais permite observar como as dinâmicas interativas são construídas na prática da implementação e como, portanto, as ações serão realizadas a partir da relação entre os implementadores e outros atores. Assim, na medida em que observamos a interação dos implementadores com os usuários ou outros profissionais, estamos incluindo na análise a perspectiva da interação como um possível modificador do próprio processo de implementação.

Referências

ABRUCIO, F. L. A coordenação federativa no Brasil: a experiência do período FHC e os desafios do governo Lula. *Revista de Sociologia e Política*, Curitiba, n. 24, p. 41-67, jun. 2005.

ALMEIDA, M. Recentralizando a Federação? *Revista de Sociologia e Política*, Curitiba, n. 24, p. 29-40, jun. 2005.

ANDRADE, F. M. *O Programa de Saúde da Família no Ceará*. Fortaleza: Expressão Gráfica, 1998.

ARRETCHE, Marta. Uma contribuição para fazermos avaliações menos ingênuas. In: MOREIRA, Maria Cecília Roxo; CARVALHO, Maria do Carmo Brant de (Org.). *Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais*. São Paulo: IEE/PUC SP, 2001.

BARRETT, Susan. Implementation studies: time for a revival? Personal reflections on 20 years of implementation studies. *Public Administration*, v. 82, n. 2, p. 249-262, 2004.

BORNSTEIN, V.; STOTZ, E. O trabalho dos agentes comunitários de saúde: entre a mediação convencidora e a transformadora. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 6, n. 3, p. 457-480, nov. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006. Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 6 out. 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 648/GM de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União*, Brasília, mar. 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Indicadores de monitoramento da implementação do PSF em grandes centros urbanos: relatório síntese*. Disponível em: <<http://dtr2002.saude.gov.br/ascom/indicadorespsf/>>. Acesso em: 9 maio 2005.

COHN, Amélia (Org.). *Saúde da família e SUS: convergências e dissonâncias*. Rio de Janeiro: Beco do Azogue, 2009.

FARIA, Carlos A. Pimenta. Ideias, conhecimento e políticas públicas. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v. 18, n. 51, p. 21-30, fev. 2003.

FERRAZ, L.; AERTS, D. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 10, n. 2, p. 347-355, 2005.

FLIGSTEIN, Neil. Social skill and the theory of fields. *Sociological Theory*, v. 19, p. 105-25, 2001.

GOFFMAN, Erving. *Frame analysis*. New York: Harper and Row, 1974.

GONÇALVES, R.; LOTTA, G.; BITELMAN, M. A coordenação federativa de políticas públicas duas décadas após a Constituição Federal de 88. In: ENCONTRO DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA E GOVERNANÇA, 3, 2008. Salvador. *Anais do III EnAPG*. Salvador: ANPAD, 2008.

GRINDLE, S. Marilee. *Bureaucrats, politicians, and peasants in Mexico: a case study in public policy*. California: University of California Press, 1977.

HILL, H. Understanding implementation: street-level bureaucrats' resources for reform. *Journal of Public Administration Research and Theory*, v. 13, p. 265-282, 2003.

HOGWOOD, B. W.; GUNN, L. A. *The policy orientation centre for the study of public policy*. Strathclyde: University of Strathclyde, 1981.

LAZIN, Frederik. *Politics and policy implementation: project renewal in Israel* (Sunny Series in Israeli Studies). New York: State University of New York Press, 1994.

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

LOTTA, G. S. *Implementação de políticas públicas: o impacto dos fatores relacionais e organizacionais sobre a atuação dos burocratas de nível de rua no Programa Saúde da Família*. 2010. Tese (Doutorado) - Universidade de São Paulo, Departamento de Ciência Política, São Paulo.

LOTTA, G. Estilos de implementação: ampliando o olhar para análise de políticas públicas. In: ENCONTRO NACIONAL DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA E GOVERNANÇA, 3, 2008, Salvador. *Anais do III EnAPG*. Salvador: ANPAD, 2008.

LOTTA, G. S. *Saber e poder: agentes comunitários de saúde aproximando saberes locais e políticas públicas*. 2006. Dissertação (Mestrado) – Fundação Getúlio Vargas, Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Programa de Administração Pública e Governo, São Paulo.

LOTTA, G. S.; PAVEZ, T. *Agentes de implementação: mediação, dinâmicas e estruturas relacionais*. Trabalho apresentado no 28º International Congress of the Latin American Studies Association, Rio de Janeiro, 2009.

LOTTA, G.; PAVEZ, T. *Burocracia implementadora: dinâmicas e estruturas relacionais das políticas públicas*. Trabalho apresentado no 32º Encontro Nacional da Anpocs, outubro, Caxambu - MG, 2009.

MARQUES, E. *Redes sociais, instituições e atores políticos no governo da cidade de São Paulo*. São Paulo: Anablume, 2003.

Marques REDES SOCIAIS, SEGREGAÇÃO E POBREZA EM SÃO PAULO. São Paulo: Ed. Unesp, 2010.

MATLAND, R. Synthesizing the implementation literature: the ambiguity-conflict model of policy implementation. *Journal of Public Administration Research and Theory*, v. 5, n. 2, p. 145-174, 1995.

MCLEAN, Paul. *The art of the network: strategic interaction and patronage in renaissance Florence*. Durham: Duke University Press, 2007.

MEIER, Kenneth; O'TOOLE JUNIOR, Laurence J. *Bureaucracy in a democratic state: a governance perspective*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 2006.

MISCHE, Ann. *Partisan publics: communication and contention across Brazilian youth activist networks*. New Jersey: Princenton University Press, 2007.

MISCHE, Ann. Cross-talk in movement: rethinking the culture-networks link. In: DIANI, Mario; MCADAM, Doug (Ed.). *Social movements and networks: relational approaches to collective action*. Oxford: Oxford University Press, 2003.

MISCHE, Ann; WHITE, Harrison. Between conversation and situation: publics switching dynamics across networks-domains. *Social Research*, v. 65, p. 295-332, 1998.

NUNES, Edson. *A gramática política do Brasil: clientelismo e insulamento burocrático*. Rio de Janeiro: Zahar, 1997.

PAVEZ, Thaiz Carpim. *Políticas públicas e ampliação do capital social em comunidades segregadas: o Programa Santo André Mais Igual*. 2006. Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo, Programa de Ciência Política, São Paulo.

SILVA, Joana; DALMASO, Ana S. *Agente comunitário de saúde: o ser, o saber, o fazer*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.