UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE FILOSOFIA, LETRAS E CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIA POLÍTICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIA POLÍTICA

Gabriela Spanghero Lotta

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

São Paulo
2010

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE FILOSOFIA, LETRAS E CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIA POLÍTICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIA POLÍTICA

Gabriela Spanghero Lotta
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

Tese apresentada ao Departamento de
Ciência Política da Faculdade de Filosofia, Letras e
Ciências Humanas da Universidade de
São Paulo para obtenção do título de
Doutor em Ciência Política

Orientador: Eduardo Cesar Leão Marques

São Paulo
2010

*Não precisei ler São Paulo, Santo Agostinho,
São Jerônimo, nem Tomás de Aquino, nem São
Francisco de Assis –
Para chegar a Deus.
Formigas me mostraram Ele.*

(Eu tenho doutorado em formigas).

Manoel de Barros

À Isa, que me deu a vida, acompanha cada passo, ensina dia a dia a
resiliência e preenche a vida de amor cotidiano. E que agora pode
celebrar meu doutorado em formigas.

Ao Gerd, que aceitou dividir as concretudes da vida ao lado de minha
mãe.

Ao Francisco, que me mostrou Deus e, mesmo distante, ainda preenche
meu caminho de serenidade.

AGRADECIMENTOS

“A importância de uma coisa não se mede com fita métrica nem com balanças nem com barômetros, etc. que a importância de uma coisa há de ser medida pelo encantamento que a coisa produza em nós”. (Manoel de Barros)

Esta tese é fruto de alguns anos de experiências divididos entre formação acadêmica, assessorias, pesquisas e docência, além da vida pessoal, social e de amizade intensas. Ela não durou apenas quatro anos, mas todos os anos desde os quais entrei no mundo das políticas públicas, em 1999. É fruto de uma soma de contatos e conhecimentos que fui adquirindo nestes anos e, assim sendo, devo a muitas pessoas que passaram por minha vida, nos últimos dez anos, algum tipo de agradecimento. Todas elas, mesmo que indiretamente, contribuíram para minha formação e aprendizagem, para minha percepção do mundo e para minha paixão, sempre crescente, por políticas públicas. Agradecerei nominalmente àqueles que estiveram mais presentes nos últimos anos, mas a todos os outros fica um agradecimento silencioso.

Em primeiro lugar agradeço ao Eduardo Marques, orientador extremamente competente, sempre presente, que abriu as portas às minhas ideias de estudo, mesmo quando parecia tão difícil entrar no mundo da ciência política. Além de acreditar em minha proposta, sempre contribuiu com excelência em todo o desenvolvimento da pesquisa.

Agradeço também à Ann Mische, que mesmo sem o cargo de orientadora oficial, aceitou auxiliar na orientação, compartilhou seus ensinamentos, suas produções e seu tempo para que eu conseguisse me apropriar de sua metodologia e adaptar parte dela à análise de políticas públicas.

Ao Edu e à Mische agradeço por serem tão generosos com relação a seus conhecimentos e tão dedicados em ajudar a construir o conhecimento dos outros.

Fiz uma opção em minha carreira no sentido de sempre permear as atividades acadêmicas com as práticas de pesquisa, de docência e de consultoria. Fiz isto por entender que meu papel seria o de polinizar, de levar adiante ideias, de intercambiar informações. Mas eu só consegui me dividir entre tantos diferentes mundos por contar com a ajuda - com excelência, prontidão e profissionalismo - de algumas pessoas especiais, que tanto me auxiliaram em algumas tarefas desta tese.

Agradeço imensamente ao Charles Kirschbaum, a quem tanto admiro pelos conhecimentos, capacidade de compreensão, didática e diálogo e pela disposição em ler, reler, questionar e ajudar nas análises desta pesquisa. Agradeço imensamente à Maira, pela ajuda com as redes sociais, à Carol, amiga, companheira, colega de tantas atividades conjuntas, à Bia, que me socorreu ao final para conseguir realizar algumas entrevistas, à Janaina Camassa, pelo levantamento bibliográfico dos ACS, ao João Guilherme Granja que, mesmo chegando ao final, ainda leu cuidadosa, curiosa e docilmente esta tese e deu especiais sugestões, ao Rodolfo Pinotti e ao Samy Dana, que tanto me ajudaram a operacionalizar e analisar a parte estatística desta tese. Ao Samy agradeço profundamente pela dedicação para rodar os modelos estatísticos e por toda paciência em me explicar como eles funcionavam.

Em quase sete anos de docência na Fundap aprendi, dia a dia, a realidade vivida pelos servidores; aprendi o que é lidar com a administração pública nos seus níveis mais básicos e cotidianos, aprendi a linguagem dos servidores e, acima de tudo, a importância de criarmos formações específicas, contínuas e abrangentes a todos eles para melhoria das nossas políticas. Devo esses aprendizados a cada uma das mulheres da Fundap que, seja em tempos mais fáceis ou mais difíceis, não perdem a energia, a esperança, a capacidade de construção de soluções, a beleza, a jovialidade e o sorriso. Especialmente agradeço à Tina Galvão, que me possibilitou entrar neste mundo, à Marianne Graff, Mariantonia Chippari, Laís Macedo e Neia Caro, que me permitiram permanecer, à Bebel Costa e à Karina Queiroz, que tanto deram suporte e apoio, à Stela Reis, que posteriormente me levou ao mundo dos servidores federais, na ENAP, e à Fatima Cortella, segunda mãe, sempre presente, disponível e carinhosa.

Como disse, esta tese não foi feita em apenas quatro anos: ela vem sendo construída desde o início de minha formação e, por isto, devo agradecer a alguns professores muito especiais que passaram por minha vida e tanto me ajudaram a criar uma perspectiva sobre as políticas públicas e a analisar o mundo. Agradeço ao Peter Spink, ao Ricardo Bresler, à Marta Farah, ao Mario Aquino, ao Marcelo Aidar, ao Henrique Fingerhann e ao Carlos Aurélio Pimenta de Faria. Agradeço também especialmente à Marta Arretche e à Maria Hermínia Tavares, que contribuíram muito com comentários e sugestões em minha banca de qualificação.

Aos meus queridos amigos agradeço pela força, pelas risadas, pelos momentos de leveza e, acima de tudo, por entenderem minha ausência, meu silêncio ou meu cansaço neste período: Cíntia Melchiori, Lara Simielli, Ademar Bueno, Deborah Schachter, Germano

Guimarães, Fátima Toledo, Marina Biltelman, Beto Vilela, Otávio Bastos, Fernando Burgos, Rosângela Oliveira, Fernanda Papa, Fernando Nogueira, Paula Venâncio, Ariane Brum, André Façanha, Carolina Beta Gonoretzke, José Emydgio Neto e Daniel Silva. Um agradecimento especial à Deisi que, com suas agulhinhas de acupuntura, palavras e carinho, me deu força e serenidade para chegar até aqui. Ao Vaz agradeço por tantos ensinamentos, pelo apoio, pelos trabalhos conjuntos e pela inspiração de como ser uma profissional competente e que faz diferença no mundo. Ao Hamilton agradeço pela eterna inspiração e por ensinar a sermos bons e generosos, semeando o encantamento no mundo: ele próprio o maior exemplo deste encantamento.

Aos meus colegas de doutorado ou de pesquisas, com quem pude compartilhar tantas reflexões, aprendizados e conversas prazerosas, e que também me ajudaram nas análises e na compreensão um pouco maior sobre o mundo das redes sociais: Encá Moya, Renata Bichir, Thais Pavez, Gabriel Feltran.

Agradeço ao Luis Odorico que me introduziu ao mundo dos ACS, possibilitou minha primeira ida a Sobral, a realização de meu mestrado, do documentário sobre os ACS e tantos aprendizados pelo percurso. Agradeço também ao Albert Holzhacker que, ao confiar em meus conhecimentos sobre os ACS, abriu diversas portas, possibilitando-me conhecer novas experiências, ampliar minhas redes e reflexões sobre o tema.

Agradeço a toda a equipe do Departamento de Ciência Política pela ajuda e pelo esforço em fazer com que nós, alunos, tenhamos as melhores condições possíveis. Especialmente à Rai e à Vivi, sempre prontas para qualquer ajuda que fosse necessária.

Esta pesquisa só foi possível pela contribuição de cada um dos 24 ACS acompanhados. Agradeço nominalmente a cada um deles: em Sobral, João, Iranir, Alzira, Fatinha, Sílvia, Márcia, Marcela e Caetana; em Taboão da Serra: Márcia, Elaine, Eliana, Ana, Mercedes, Leandro, Fernanda e Daiana; e em Sapopemba: Tânia, Marleide, Cristina, Célia, Gilmara, Isadete, Irene e Claudete.

Também agradeço aos demais profissionais das equipes das UBS estudadas, entre eles as diretoras, especialmente Luiza e Luciana, as enfermeiras, as auxiliares de enfermagem e aos demais ACS. Também agradeço às Secretarias Municipais de Saúde de Sobral, Taboão da Serra e São Paulo por permitirem este estudo. No caso de São Paulo, agradeço nominalmente ao José Maria Orlando, secretário adjunto, que, além de possibilitar minha entrada na UBS, ainda ajudou situando as políticas e o contexto de saúde do município. No caso de Sobral,

também agradeço por viabilizarem minha pesquisa, mais uma vez, possibilitando ficar na casa dos residentes da Prefeitura.

Agradeço às famílias acompanhadas, centenas delas, cada uma com suas demandas, com suas vidas e suas particularidades, mas todas abertas a me receberem, a aceitarem minha entrada, meu caderno e minha caneta, e, assim, possibilitarem esta pesquisa e o conhecimento do cotidiano da implementação de uma política pública.

Por fim, agradeço à Fapesp pela bolsa de doutorado que permitiu financiar esta pesquisa.

RESUMO

Este trabalho busca compreender a implementação de políticas públicas como um processo complexo que envolve interação entre diversos atores. Partimos do princípio de que, para compreender as políticas públicas, devemos observar o processo de implementação enquanto uma dinâmica de interações entre os usuários e os burocratas implementadores que, por meio de valores, crenças e idéias, transformam o modo como as políticas foram concebidas. Assim, buscamos observar os detalhes do processo de implementação, especialmente operados pelos burocratas de nível de rua, para compreender como opera e quais os resultados das decisões organizacionais e individuais para a efetivação da política pública.

Nesta pesquisa estudamos a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde, do Programa Saúde da Família, que atuam enquanto burocratas de rua implementadores, com uma particularidade de inserção comunitária. A partir do acompanhamento etnográfico de 24 Agentes Comunitários de 3 unidades básicas de saúde, buscamos compreender o processo de implementação a partir de dois elementos: as práticas realizadas pelos burocratas e os estilos de interação que influenciam a forma como eles se relacionam com os usuários.

Levantamos, então, os fatores que podem alterar essas formas de implementação, considerando dois conjuntos de fatores: os institucionais/organizacionais, relacionados à gestão dos trabalhos das equipes de saúde da família e dos agentes comunitários; e os fatores relacionais, ligados às redes sociais dos agentes e às suas afiliações e trajetórias.

Concluimos com o levantamento de condições importantes para a melhoria dos processos de implementação, considerando os fatores relacionais, o perfil dos burocratas e a organização dos trabalhos. Observamos, dessa maneira, que a prática das políticas públicas varia de acordo com fatores relacionados ao cotidiano de sua implementação e que as interações dos agentes com os usuários, suas relações e trajetórias trazem novas dinâmicas para dentro das políticas, que se transformam diretamente na implementação.

Palavras-chave: Implementação de Políticas Públicas, Burocratas de Nível de Rua, Programa Saúde da Família, Agentes Comunitários de Saúde, Análise de Políticas Públicas.

E-mail: gabriela.lotta@gmail.com

ABSTRACT

This research aims to understand public policy implementation as a complex process involving interaction between several actors. We consider that, in order to understand public policy, we must examine the implementation process as a dynamic interaction between users and bureaucrats who, by values, beliefs and ideas, transform the way the policies were designed. Thus, we observe the details of the implementation process, especially operated by street-level bureaucrats to understand how it operates and what are the results of individual and organizational decisions public policy implementation.

This research studies the performance of Communitarian Health Agents, inside the Family Health Program, which act as street-level bureaucrats. Using ethnographic research with 24 Agents from three basic health units, we seek to understand the implementation process considering two elements: the practices carried out by bureaucrats and interaction styles that influence how they interact with users.

We raise, then, the factors that may alter such forms of implementation, considering two sets of factors: the institutional / organizational, that are related to the way teams are managed, and relational, linked to the Agents social networks and their affiliations and trajectories.

We conclude with a survey of the important conditions for the improvement of implementation processes, considering the relational factors, the profile of the bureaucrats and the organization of work. We observe, then, that the public policy practices vary according to factors related to daily implementation and that agents' interactions with users, their relationships and careers bring new dynamics into the policies, which is transformed directly in the implementation .

Key Words: Public Policy Implementation, Street Level Bureaucracy, Health Family Program, Communitarian Health Agents, Policy Analysis

E-mail: gabriela.lotta@gmail.com

SUMÁRIO

ÍNDICE DE TABELAS E FIGURAS.....	12
CAPÍTULO 1: A LITERATURA SOBRE IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS	25
1.1 IMPLEMENTAÇÃO E AGENTES IMPLEMENTADORES DE POLÍTICAS PÚBLICAS	26
1.2 BUROCRACIA.....	34
1.3 IMPLEMENTAÇÃO COMO INTERAÇÃO	40
1.4 POTENCIAIS ANALÍTICOS NA IMPLEMENTAÇÃO	45
CAPÍTULO 2: O PAPEL DA INTERAÇÃO E DAS INSTITUIÇÕES NO PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO	52
2.1 MEDIAÇÃO	54
2.2 ESTILOS DE INTERAÇÃO E COMUNICAÇÃO	60
2.3 FATORES RELACIONAIS	68
2.4 FATORES INSTITUCIONAIS / ORGANIZACIONAIS	73
CAPÍTULO 3: CONTEXTUALIZAÇÃO DA PESQUISA: OS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	81
3.1 O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	82
3.2 REVISÃO DA LITERATURA DOS ACS	91
CAPÍTULO 4: FATORES INSTITUCIONAIS / ORGANIZACIONAIS E OS CONTEXTOS DE IMPLEMENTAÇÃO	102
4.1 PERFIL DOS MUNICÍPIOS E DAS UBS	103
4.2 ANÁLISES DOS CONTEXTOS INSTITUCIONAIS / ORGANIZACIONAIS	112
CAPÍTULO 5: FATORES RELACIONAIS: O PAPEL DAS REDES SOCIAIS E DO PERFIL DE AFILIAÇÃO NO PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO.....	135
5.1 PERFIL DOS ACS ACOMPANHADOS – CARACTERÍSTICAS INDIVIDUAIS E PERFS DE AFILIAÇÃO	136
5.2 REDES SOCIAIS DOS ACS	141
5.2 TIPOLOGIA DAS REDES SOCIAIS	159
5.3 ANÁLISE DA SOCIABILIDADE	165
5.4 CRUZAMENTO DAS TIPOLOGIAS.....	169

5.5 ANÁLISES DOS IMPACTOS DAS REDES SOCIAIS	170
CAPÍTULO 6: ANÁLISE DA IMPLEMENTAÇÃO: AS PRÁTICAS DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE	175
6.1 PRÁTICAS DESENVOLVIDAS PELOS ACS	176
6.2 ANÁLISE GERAL DAS PRÁTICAS	182
6.3 ANÁLISES DAS PRÁTICAS DE CADA UBS	186
CAPÍTULO 7: ANÁLISE DA IMPLEMENTAÇÃO: OS ESTILOS DE INTERAÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE	203
7.1 ESTILOS DE INTERAÇÃO USADOS PELOS ACS.....	204
7.2 ANÁLISES GERAIS DOS ESTILOS	211
7.3 ANÁLISES DOS ESTILOS DE CADA UBS	213
7.4 ANÁLISE ESTRUTURAL DOS ESTILOS	218
CAPÍTULO 8: O EXERCÍCIO DA DISCRICIONARIEDADE NO PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO ou COMO OS AGENTES ALTERAM AS POLÍTICAS PÚBLICAS	220
8.1 O USO INDIVIDUAL DAS PRÁTICAS	221
8.2 O USO INDIVIDUAL DOS ESTILOS DE INTERAÇÃO	224
8.3 RELACIONANDO OS FATORES: PRÁTICAS, ESTILOS REDES SOCIAIS E PERFIS DE AFILIAÇÃO	227
8.4 CRUZAMENTO ENTRE OS FATORES E O PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO	240
CONSIDERAÇÕES FINAIS ou ALGUMAS CONSEQUÊNCIAS DA IMPLEMENTAÇÃO..	249
OS ACS NA MEDIAÇÃO E ACESSO ÀS POLÍTICAS	253
CONSEQUÊNCIAS PARA PENSAR O PSF	259
CONSEQUÊNCIAS PARA PENSAR A ANÁLISE DE POLÍTICAS	265
ANEXOS	268
BIBLIOGRAFIA.....	279

ÍNDICE DE TABELAS E FIGURAS

Tabela 1: Modelo de Implementação de Matland (1995).....	43
Figura 1: Cadeia de Atores entre Formulação e Implementação.....	88
Tabela 2: Atividades desenvolvidas por ACS.....	93
Tabela 3: Estabelecimentos de Saúde de Sobral.....	104
Tabela 4: Estabelecimentos de Saúde de São Paulo.....	105
Tabela 5: Estabelecimentos de Saúde de Taboão da Serra.....	107
Tabela 6: Comparação de Indicadores de Saúde das UBS.....	109
Tabela 7: Índice da comparação da média dos resultados individuais de indicadores.....	111
Tabela 8: Resumo das Rotinas.....	117
Tabela 9: Síntese da Formação.....	126
Tabela 10: Síntese do Gerenciamento de Informações.....	131
Tabela 11: Características e Afiliações dos ACS estudados.....	137
Tabela 12: Média de medidas de tamanho de redes sociais.....	145
Tabela 13: média das medidas de redes por UBS.....	146
Figura 2: Rede Social de ACS de Sobral.....	148
Figura 3: Rede Social de ACS de Taboão da Serra.....	149
Tabela 14: Percentual de contatos de dentro e de fora da comunidade.....	150
Tabela 15: Percentual de contatos conhecidos antes ou depois da profissão.....	151
Tabela 16: Percentual de contatos a partir das origens.....	152
Tabela 17: Percentual de contatos a partir das esferas.....	156
Tabela 18: Percentual de contatos com sobreposição.....	158
Tabela 19: Resumo das características dos <i>clusters</i> de redes.....	159
Figura 4: Rede Social Tipo 1.....	161
Figura 5: Rede Social Tipo 2.....	162
Figura 6: Rede Social Tipo 3.....	162
Figura 7: Rede Social Tipo 4.....	163

Tabela 20: Resumo dos <i>clusters</i> de sociabilidade.....	165
Tabela 21: Cruzamento das Tipologias de Sociabilidade e de Redes.....	169
Tabela 22: Percentual de Incidência das Práticas.....	182
Tabela 23: Percentual de incidência das práticas nas UBS.....	187
Tabela 24: Média de incidência de ações previstas/não previstas.....	189
Tabela 25: Percentual de ações desenvolvidas em cada município.....	190
Tabela 26: Percentual dos ACS em cada tipo de atividade.....	192
Tabela 27: Percentual de incidência dos grupos de estilo de interação.....	211
Tabela 28: Percentual de incidência dos estilos em cada UBS.....	214
Figura 8: Sociograma de uso comum das práticas.....	222
Figura 9: Sociograma de uso comum dos estilos.....	225
Tabela 29: Incidência dos Grupos de Práticas em cada UBS.....	230
Tabela 30 : Grupo de Estilos por Município.....	234
Tabela 31: Cruzamento da incidência de <i>clusters</i> de estilos com <i>clusters</i> de práticas.....	236
Tabela 32: Percentual de ACS que realizam cada tipo de Prática.....	273
Tabela 33: Estilos presentes em cada cluster.....	278

INTRODUÇÃO

Os estudos de políticas públicas têm ganhado cada vez mais espaço nos campos da Ciência Política e da Administração Pública (SOUZA, 2006) mas, apesar do crescimento das pesquisas nas últimas duas décadas no Brasil, o campo das políticas públicas ainda é incipiente, devido à grande fragmentação organizacional e temática (FARIA, 2003).

Há também limitações neste campo quando observamos o pequeno e recente espaço que a literatura de políticas públicas tem dado para ampliar as formas de análise das ações do Estado, incluindo novos atores e novos modelos analíticos. Os estudos sobre a interação entre atores estatais e privados no processo de políticas públicas têm sofrido reformulações nas últimas décadas. Algumas pesquisas têm demonstrado a incapacidade dos tradicionais modelos de interpretação dos mecanismos de intermediação de interesses - como pluralismo, marxismo e corporativismo -, no sentido de darem conta da diversificação e complexificação dos processos, marcados por interações não hierárquicas, “por um baixo grau de formalização no intercâmbio de recursos e informações, bem como pela participação de novos atores.” (FARIA, 2003).

Na tentativa de elucidar características do processo de produção das políticas, entraram na agenda de pesquisas expressões como *issue networks*, *policy communities*, além de questões como diversificação dos atores envolvidos, padrão de relacionamento entre áreas etc. Boa parte desta literatura enquadra-se nos estudos sobre a formação da agenda ou formulação das políticas públicas. Com relação à literatura sobre a fase da implementação, especialmente sobre os burocratas implementadores, encontramos uma limitada quantidade de trabalhos sobre o assunto, desde o importante e memorável trabalho de Lipsky sobre os *Street-Level Bureaucracy* (1980).

Há, portanto, uma grande lacuna nos estudos empíricos sobre a fase da implementação e os diversos elementos e fatores que a influenciem, muito embora alguns trabalhos pioneiros busquem trazer o olhar para as *policy networks* (MARQUES, 2003, PAVEZ, 2003), para a importância da aprendizagem e conhecimento (FARIA, 2003) ou para incorporação de valores dos burocratas (MEIER e O'TOOLE, 2007 e LOTTA, 2006).

Assim, percebe-se um espaço na literatura para as análises sobre implementação de políticas públicas no sentido de ampliar os vários olhares, fatores, valores, referenciais e questões envolvidas na prática. A lacuna parece ser ainda maior quando observamos a falta de

trabalhos empíricos que enfoquem os implementadores de nível de rua, conforme fez Lipsky (1980), e sobre sua discricionariedade, considerando a forma como constroem suas ações, os processos de interação e que fatores influenciam isso.

O presente trabalho enquadra-se nesta lacuna da literatura, apresentando uma pesquisa que teve como objetivo compreender: como os diversos atores envolvidos na implementação influenciam seu funcionamento, como os burocratas no nível de rua agem, o que influencia e constrange suas ações e discricionariedade e quais as consequências desses fatores para a implementação.

Observamos, nesta pesquisa, os detalhes da implementação, considerando que ela é um complexo processo que envolve pessoas, vontades, necessidades, poder, recursos, disputas, conhecimentos e desconhecimentos. É pressuposto deste trabalho que fatores diversos levam a formas de implementação diferentes e que a implementação das políticas se dá a partir de processos de interação entre os implementadores e os diversos atores envolvidos no processo, como usuários, outros profissionais da política etc. Consideramos, portanto, que, para analisar a implementação, devemos considerar como os burocratas constroem suas ações e como os diversos atores envolvidos impactam isso.

Além disso, temos que, para compreender a implementação, devemos observar as pequenas decisões e a discricionariedade, não como erros que devem ser combatidos em prol dos planos desenhados, mas como condições a serem introjetadas nas análises e que pode nos ajudar a entender aquilo que influencia e impacta diretamente as escolhas que os burocratas implementadores fazem e as questões que condicionam sua própria maneira de enxergar as políticas e atuar sobre elas.

Para realizar as análises sobre o processo de implementação, pesquisamos a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Inseridos no Programa Saúde da Família, estes agentes são burocratas implementadores (de nível de rua), responsáveis por colocar em prática, nos domicílios dos usuários, as ações de atenção básica à saúde. Apesar de serem burocratas implementadores, estes agentes têm uma particularidade, na medida em que são selecionados dentro da comunidade e devem trabalhar na mesma localidade em que residem, onde dividem, portanto, relações de vizinhança, família, amizade e, ao mesmo tempo, relações profissionais.

Por compartilharem tanto o mundo das políticas públicas (do Estado) como o mundo dos usuários (da comunidade), estes agentes se tornam um objeto interessante para ilustrar o

processo de adaptação de políticas públicas, na medida em que podem efetivar a mediação entre Estado e sociedade, justamente por serem da comunidade.

Este trabalho foi motivado pelos achados de uma pesquisa de mestrado conduzida em 2006, analisando a atuação dos agentes comunitários de saúde enquanto burocratas que aproximavam os usuários das políticas públicas (LOTTA, 2006). Naquela ocasião, um dos achados foi de que a implementação conduzida pelos ACS era caracterizada não apenas pelas ações práticas realizadas, mas também pela forma como eles se comunicavam com os usuários. Ou seja, os agentes podiam realizar as mesmas ações, mas, dependendo da forma como se comunicavam e interagiam com população, produziam impactos e aceitações diferentes. Passamos a ver, então, a implementação enquanto resultado de uma somatória entre práticas e interações, e que ambas podem variar.

Outro achado foi de que, a partir do exercício contínuo da discricionariedade, estes agentes acabavam por construir políticas completamente diferentes, dependendo de como elas eram implementadas (seja nas diversas formas de ação ou de interação). Ou seja, em uma mesma Unidade Básica de Saúde, poderia haver diferentes ações sendo colocadas em prática, cada uma implementada por um agente comunitário, algumas mais similares, e outras completamente diversas. (E, lembrando que existem hoje cerca de 230 mil agentes comunitários de saúde no Brasil, pode-se imaginar o impacto que isso causa e o grande número de diferentes práticas sendo implementadas por burocratas com a mesma função, inseridos no mesmo programa).

A partir dos achados daquela pesquisa (LOTTA, 2006), passamos a analisar que fatores poderiam influenciar o processo de implementação e mudar a maneira de os agentes comunitários atuarem, o que poderia ampliar ou limitar suas escolhas, decisões e, portanto, suas práticas e sua interação com os usuários. O objetivo passou a ser o de entender como a estruturação, organização e gestão das Unidades Básicas e das equipes poderiam influenciar a forma como os ACS atuam. E, devido à particularidade própria da profissão, compreender também como o envolvimento relacional destes agentes poderia impactar o processo de implementação.

Esta tese trabalha, portanto, com estas perspectivas. Analisamos a atuação dos agentes comunitários enquanto burocratas de rua implementadores, com uma particularidade de inserção comunitária, observando o processo pelo qual implementam a política pública por meio de duas perspectivas: as práticas realizadas por eles e as formas de interação

estabelecidas com os usuários. Consideramos que ambas delineiam a forma como a política será implementada.

Observamos, então, os fatores que podem alterar essas formas de implementação, especialmente considerando dois conjuntos de fatores: os organizacionais, relacionados à gestão das unidades básicas de saúde e ao funcionamento das equipes de saúde da família; e os fatores relacionais, ligados às redes sociais dos agentes e às suas afiliações e trajetórias.

Esta pesquisa, portanto, busca olhar para alguns fatores, tentando compreender como as políticas públicas são colocadas em prática e o que pode influenciar a maneira como estes burocratas de rua (que residem na comunidade) a implementam. Ou seja, considerando a importância de uma análise do processo de implementação enquanto interação e o olhar de diversos atores para este processo e para o papel dos burocratas implementadores, esta pesquisa observa como tais burocratas estabelecem suas práticas e interações cotidianas, o que isso influencia e quais os resultados para a implementação da política pública.

Para tanto, esta pesquisa tem como pano de fundo as seguintes questões:

A – Como ocorrem os processos de implementação da política pública, considerando as práticas e as interações a ela relacionadas?

B – Como os fatores institucionais/organizacionais e os fatores relacionais impactam no processo de implementação da política pública?

C – Como as diferentes formas de implementação são construídas, apropriadas e colocadas em prática pelos agentes de implementação?

Em termos metodológicos, o presente trabalho baseia-se, primeiramente, em uma revisão da bibliografia, que permitiu o recorte analítico das observações. A revisão bibliográfica está baseada nos seguintes temas: implementação de políticas públicas, papel dos burocratas implementadores, processo de implementação, interação e comunicação de agentes implementadores e mediação.

Em segundo lugar, para as análises, baseamo-nos em resultados provindos de pesquisa de campo. Para a pesquisa, acompanhamos 24 Agentes Comunitários ligados a três diferentes Unidades Básicas de Saúde (UBS) de três diferentes municípios, sendo oito ACS em cada UBS. A escolha de três UBS, uma de cada município, teve como foco observar diferentes contextos e realidades, para podermos compreender melhor as diferenças que surgem na implementação.

A escolha dos três municípios buscou respeitar critérios de diferenciação, considerando dimensões, como: diferentes graus de segregação social; diferentes graus de urbanidade; diferentes históricos de engajamentos comunitários; diferentes históricos de implementação do PSF.

Os municípios selecionados foram: Sobral (CE), Taboão da Serra (SP) e São Paulo (SP). A experiência de Sobral (CE) é consagrada pela literatura como exitosa na implementação do PSF, ligada a estratégias comunitárias e anteriores à institucionalização do Programa em nível Federal. Já Taboão da Serra passa por processo mais recente de implementação do PSF, com apenas 2 anos quando da pesquisa, o que ainda lhe dava características de processo de adaptação, e que poderiam trazer questões relevantes. Já a Prefeitura de São Paulo passou por diferentes processos e intensidades na implementação do PSF, além de possuir realidades muito diferentes em seu território. No entanto, para além das questões políticas, São Paulo tem relevância, por ser um centro importante no contexto nacional em termos de desenvolvimento social, econômico e de políticas públicas.

Para cada município foi selecionada uma Unidade Básica de Saúde que contemplasse diferenças importantes para o universo. Assim, em Sobral, selecionamos uma UBS que tivesse tempo considerável de implementação e que contemplasse características tanto rurais como urbanas – a UBS de Terrenos Novos. Em Taboão da Serra selecionamos uma UBS nova, que tivesse inserção em área prioritariamente de alta segregação – a UBS Margaridas. Já em São Paulo, escolhemos uma unidade com algum grau de consolidação, mas que tivesse a influência de diversos atores locais na discussão sobre saúde. A UBS de Santa Madalena existe há 11 anos em Sapopemba e está inserida em uma rede regional de discussão da saúde, com atores de diferentes organizações.

Já a escolha de cada um dos oito ACS das UBS dependeu da disponibilidade local, mas considerando como base as seguintes variáveis: agentes em diferentes tempos na carreira; alguns agentes iniciantes; agentes que trabalhem em movimentos sociais, pastorais ou associações locais; agentes ligados a partidos políticos.

Selecionados os ACS de cada unidade básica, foram desenvolvidas as seguintes atividades em campo:

Acompanhamento etnográfico dos ACS

A etnografia refere-se ao método em que o observador e os observados se encontram; o processo de coleta de dados realiza-se no próprio ambiente de vida dos observados, a partir de seus processos cotidianos. As pesquisas etnográficas foram conduzidas durante uma ou duas semanas com cada ACS, durante as quais acompanhamos todas as atividades profissionais apenas como observadores: visitas domiciliares, reuniões e demais ações dentro das UBS, suas interações com a equipe, eventos oficiais da prefeitura e encontros da associação dos ACS, além de algumas festas e encontros informais durante o horário de trabalho.

Nas pesquisas etnográficas, com o uso de diário de campo, foram feitas transcrições de todas as falas, ações, práticas, interações e circunstâncias vivenciadas no campo: todas as situações observadas foram descritas, considerando o ambiente e as pessoas envolvidas. As conversas foram transcritas literalmente durante o momento em que ocorriam e, em seguida, digitadas.

Levantamento das Redes Sociais dos ACS

Foram realizadas entrevistas com os 24 ACS pesquisados, levantando suas redes pessoais. Nas entrevistas para levantamento das redes, os ACS foram questionados a respeito de suas esferas de atividade e, em seguida, tiveram de apresentar nomes de pessoas referentes a cada uma das esferas, sem limites no número de nomes citados. Quando os nomes foram finalizados, constituindo o que chamamos de semente, foi solicitado aos agentes que dessem nomes de outras três pessoas relacionadas a cada nome citado inicialmente na semente – poderiam ser nomes novos ou não. Isso ocorreu sucessivamente até o esgotamento de nomes novos na rede social do ACS. Em seguida, para cada nome citado, foram questionados atributos referentes a:

- Se o indivíduo residia dentro ou fora da comunidade abrangida no trabalho do ACS (microárea);
- Se o ACS conheceu o indivíduo antes ou depois de ingressar na profissão;
- Onde o ACS conheceu o indivíduo (contexto de origem);
- Onde encontra o indivíduo (até duas esferas diferentes);
- Se o ACS é responsável por atender o indivíduo em sua profissão.

O levantamento das redes sociais tem como foco os próprios indivíduos, considerando sua sociabilidade, ou seja, suas esferas de atividade e seus contatos dentro delas. Assim, não focamos redes das comunidades – “que são ambientes relacionais que cercam os indivíduos no contexto de um determinado tema, acontecimento ou processo” (MARQUES, 2008). Tampouco focamos as redes egocentradas dos indivíduos, que levariam em conta apenas os contatos primários dos indivíduos e os vínculos entre estes contatos.

Este levantamento das redes sociais baseou-se em informações oriundas das entrevistas com os próprios egos das redes, os Agentes Comunitários de Saúde, neste caso. Assim, as informações são de origem cognitiva, baseadas no entendimento dos próprios indivíduos a respeito de suas redes (MARQUES, 2008). Embora esse método possa ter um risco de viés do informante, consideramos esse tipo de levantamento de dados na medida em que compreendemos que os indivíduos utilizam em suas práticas cotidianas as relações da forma que as compreendem, permitindo que as redes construídas sejam fruto do que os indivíduos entendem como tal, e não apenas estruturas ocultas reveladas pelo método. Ou seja, considera-se que a “maneira pela qual os indivíduos entendem suas redes é o que as define e orienta em seu uso social cotidiano” (MARQUES, 2008).

Após o levantamento das redes sociais, realizamos uma análise das mesmas, utilizando ferramentas analíticas específicas de redes sociais, que nos permitiram observar tanto dados relativos aos atributos anteriormente elencados como medidas das próprias redes.

Entrevistas com usuários dos serviços

Optamos por realizar entrevistas com alguns usuários dos serviços, para levantar, de forma qualitativa, aspectos de impacto e relacionais que dizem respeito à atuação do ACS, especialmente para verificar como os usuários percebiam a atuação e sua relação com os ACS. No entanto, por entendermos que este não era o foco da presente pesquisa, realizamos apenas algumas poucas entrevistas (oito no total) em uma UBS (São Paulo), mas que nos pudessem iluminar algumas questões discutidas neste trabalho. Ou seja, o foco das entrevistas não era de avaliar o impacto do Programa ou do trabalho dos ACS, mas sim, de iluminar algumas dimensões de avaliação do serviço do agente ou alguns aspectos relacionais.

Após os levantamentos do campo explicitados acima, iniciamos o trabalho de análise das informações, que seguiu os seguintes procedimentos:

Levantamento, síntese e análise das práticas e estilos de interação dos ACS

A partir dos diários de campo, foram levantadas e sintetizadas todas as práticas que os ACS desempenhassem dentro dos domicílios ou das Unidades Básicas de Saúde. Por práticas, entendemos as ações ou atividades desenvolvidas por eles enquanto profissionais – as práticas foram originadas da pesquisa etnográfica e não de listas prévias ou entrevistas. Ao todo, foram categorizadas 108 práticas diferentes, organizadas em tipos. Em seguida, identificamos cada ACS que desenvolvia as práticas em seu trabalho, para poder analisar as atividades realizadas individualmente por cada burocrata.

Além das práticas/atividades desenvolvidas, a partir de um cuidadoso levantamento de palavras-chave, pronomes e formas de interação, identificamos e categorizamos o que chamamos aqui de “estilos de interação”, que são a concretização de como os ACS interagem com os usuários durante o processo de implementação das políticas públicas. Novamente, a construção destes estilos de interação teve como origem a própria observação do campo, e não padrões previamente estabelecidos. A partir das pesquisas de campo, categorizamos 24 estilos de interação, organizados em quatro tipos. Em seguida, observamos como cada ACS utilizava esses estilos. Assim como com as práticas, identificamos para cada ACS os estilos utilizados ou não em seu processo de implementação.

Levantamento e análise de questões institucionais e organizacionais das UBS

Também com base nos diários de campo, levantamos as questões institucionais/organizacionais que regem o trabalho de cada Unidade Básica de Saúde. Para tanto, consideramos como fatores institucionais/organizacionais: estrutura da equipe, formas de coordenação, indicações institucionais para construção da ação etc.

As informações deste levantamento não são fruto de material institucional ou de entrevistas, mas sim das observações realizadas a partir da prática cotidiana das unidades e das informações relatadas pelos ACS durante a pesquisa etnográfica. Dessa forma, as informações observadas podem ser diferentes dos discursos institucionais e oficiais. Consideramos, ainda, o foco nas questões organizacionais e atividades que influenciam diretamente a ação dos Agentes Comunitários de Saúde, e não as demais questões organizacionais que podem existir nas UBS.

Vale ressaltar, sobre isto, que as práticas observadas podem ter sofrido alterações após a pesquisa. Como o objetivo não era fazer uma avaliação específica das UBS apresentadas, a

questão temporal não faz diferença para este trabalho. O importante aqui é demonstrar algumas questões organizacionais que podem influenciar a implementação da política pública por parte dos ACS.

Após o levantamento das questões organizacionais de cada UBS, realizamos comparações específicas entre elas e com a legislação do PSF, para observar algumas decisões que podem influenciar a atuação dos ACS. Essas análises também permitiram observar as adaptações e mudanças promovidas pela secretaria de saúde, pelo gestor da UBS e pelas enfermeiras que coordenam as equipes de saúde da família.

Análises gerais

Por fim, com base em todo o material empírico e teórico levantado, realizamos as análises gerais que nos permitissem verificar tanto o processo de implementação como a atuação dos Agentes Comunitários enquanto burocratas de rua do Programa Saúde da Família.

Para estas análises, valemo-nos das informações coletadas nas pesquisas de campo, especialmente os estilos de interação e as práticas. Por meio de algumas análises exploratórias e qualitativas, buscamos observar a relação entre estes estilos, a atuação dos ACS e suas redes sociais para buscar aprofundamento analítico e algumas explicações para o processo.

Esta tese está dividida em 8 capítulos, além desta introdução e da conclusão.

No primeiro capítulo, apresentaremos a literatura sobre implementação de políticas públicas. Abordaremos as diversas correntes da literatura que trataram deste tema ao longo dos anos na ciência política e na administração pública. Em seguida, observaremos o olhar que a literatura dá aos burocratas no processo de implementação. Abordaremos também a ideia de implementação como interação para, enfim, observar os potenciais analíticos a respeito do tema que a literatura tem abordado pouco, em especial: a integração de atores às análises e a observação de valores e referências no processo de implementação.

No segundo capítulo, apresentaremos a literatura que trata da interação e da comunicação no processo de implementação, abordagem decorrente dos potenciais analíticos do primeiro capítulo. Trataremos da ideia de mediação e sua aplicação à análise da implementação para, em seguida, observar os estilos de interação e comunicação. Apresentaremos, então, dois tipos de fatores que podem influenciar o processo de

implementação desenvolvido por burocratas: os fatores relacionais e os fatores institucionais/organizacionais.

O terceiro capítulo é voltado à contextualização da pesquisa, apresentando a figura do Agente Comunitário de Saúde como um burocrata que implementa políticas públicas a partir das ideias acima abordadas. Para tanto, primeiramente apresentaremos o Programa Saúde da Família: sua arquitetura de implementação e as competências dos profissionais. Em seguida, apresentaremos uma síntese da literatura que estuda os ACS, focando as ideias de funções, práticas e processos de trabalho e de mediação.

No quarto capítulo, iniciaremos a análise dos campos estudados, observando os fatores institucionais/organizacionais e o contexto de cada UBS estudada. Faremos a análise dos fatores institucionais/organizacionais de cada Unidade, observando: a organização da equipe e rotina de trabalho, organização dos grupos, relação entre os profissionais da equipe, processo educativo e de seleção e o gerenciamento das informações. A ideia deste capítulo é levantar os fatores institucionais e organizacionais que criam contextos específicos para a implementação e que, portanto, influenciam as escolhas e a implementação desenvolvida pelos ACS.

O quinto capítulo olha para o segundo conjunto de fatores que impactam o processo de implementação: os fatores relacionais. Observaremos primeiramente o perfil dos ACS acompanhados nesta pesquisa, especialmente suas afiliações. Em seguida observamos as redes sociais dos agentes comunitários estudados, comparando as redes entre as UBS e entre os próprios agentes, a partir de medidas específicas de análises de redes sociais. Em seguida, buscamos entender como as redes podem impactar a ação dos ACS, moldando também contextos específicos relacionais onde a implementação acontecerá.

No sexto capítulo e no sétimo capítulos, analisamos a implementação desenvolvida, de fato, pelos ACS, observando o processo de implementação como resultado de duas variáveis: as práticas (ações) desempenhadas pelos agentes (capítulo 6) e as interações por eles construídas com os usuários (capítulo 7). Primeiramente, no capítulo 6, analisamos todas as práticas levantadas e sistematizadas pela pesquisa de campo, comparando-as com as práticas previstas em lei e entre as UBS. Analisamos a variabilidade dessas práticas como um indício do exercício da discricionariedade no processo de implementação. Em seguida, no capítulo 7, fazemos o mesmo processo com os estilos de interação, sistematizando e comparando os estilos levantados nas pesquisas etnográficas e observando sua variação entre as UBS.

No oitavo capítulo, analisaremos novamente as práticas e estilos, mas de forma individual, buscando compreender suas interrelações e o que impacta sobre eles. Em primeiro lugar, buscamos cruzar os estilos e as práticas, para ver como eles incidem concomitantemente. A seguir, cruzamos os estilos e as práticas com os fatores anteriormente elencados, ou seja: com as formas de organização das UBS, com os fatores relacionais, com o perfil de afiliação e com as características individuais dos agentes estudados. A ideia deste capítulo é compreender como esses diferentes fatores impactam sobre os estilos e as práticas e, portanto, sobre o processo de implementação.

A última sessão é destinada às considerações finais. Faremos algumas análises relacionadas às consequências desses processos de implementação sobre as políticas públicas. Observaremos como eles podem impactar sobre a inclusão e diminuição da pobreza. Apresentaremos alguns elementos de avaliação qualitativa realizada pelos usuários dos serviços e, por fim, concluiremos sobre os avanços desta pesquisa em relação à literatura abordada.

CAPÍTULO 1: A LITERATURA SOBRE IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

Neste capítulo, analisaremos como a literatura tem abordado a questão da implementação das políticas públicas e, mais especificamente, dos agentes de implementação. Para tanto, primeiramente situaremos a discussão, abordando as linhas mais gerais de análise da ciência política em relação ao Estado, bem como o olhar para as diversas fases da política pública. Tal olhar possibilitará situarmos a pesquisa que pretendemos realizar e, em especial, demonstrar quais são as lacunas teóricas onde nos situamos.

1.1 IMPLEMENTAÇÃO E AGENTES IMPLEMENTADORES DE POLÍTICAS PÚBLICAS

Uma parte da literatura que analisa as políticas públicas a observa como um ciclo deliberativo formado por um processo dinâmico (SOUZA, 2006), denominado de ciclo de políticas públicas. Apesar de constituírem processos contínuos, e, muitas vezes, sobrepostos metodologicamente, esta literatura divide a análise das políticas públicas em quatro fases centrais: a **agenda**, a **formulação**, a **implementação** e a **avaliação**. Por não ser objeto do presente trabalho aprofundar a análise destas fases, faremos apenas uma menção do que trata cada uma delas, para situarmos a discussão e, em seguida, aprofundaremos a fase de implementação, foco do trabalho.

Com relação à fase de **Agenda**, a literatura está centrada, principalmente, nos argumentos teóricos de como são construídas as decisões e aos assuntos que serão trazidos e debatidos na esfera pública. A pergunta colocada pela literatura nesta fase é por que algumas questões entram na agenda e outras são ignoradas (SOUZA, 2006). Os autores que tratam da temática buscam identificar quais os processos necessários para que um assunto entre na agenda e, então, como ele é tratado, ou seja, quais as dinâmicas sociais e processos de disputa que fazem com que um assunto se torne (ou não) público. Entre os eixos de debate da literatura que analisa a Agenda estão: a compreensão de como é a arena de onde os assuntos emergem (FUCKS, 2000), como as instituições constroem regras e dão legitimidade para o debate público (COBB e ELDER, 1995), quem são os atores participantes da construção da agenda (SOUZA, 2006) e como os problemas e soluções conseguem ter espaço na arena política (KINGDON, 1995).

Já a fase de **Formulação** é relacionada à tomada de decisões sobre as diferentes alternativas possíveis e qual delas será adotada, ou seja, como os governos traduzirão seus propósitos em programas e ações que produzam resultados (SOUZA, 2006). O debate da literatura a respeito desta fase está relacionado a quais os modelos e como os governos tomarão decisões sobre as alternativas a serem colocadas em prática. Entre as discussões desta literatura, estão: o modelo incrementalista, que considera que as decisões não são novas, mas sim incrementais (LINDBLON, 1979), o modelo da lata de lixo, que discute como as decisões nascem e são debatidas, argumentando que as soluções antecedem a escolha dos problemas (COHEN, MARCH e OLSEN, 1972), o modelo *advocacy coalition*, que considera as políticas enquanto subsistemas compostos de coalizões, cada uma com seus valores e crenças, que entram em disputa no processo de formulação (SABATIER e JENKINS-SMITH, 1993).

A fase de **Implementação** diz respeito ao momento em que as políticas já formuladas entram em ação e são colocadas em prática. A literatura apresenta diferentes concepções sobre como esse processo se dá, considerando, de forma central, quem toma as decisões dentro do processo de implementação, ou seja, se elas vêm de cima e são implementadas (visão *top down*) ou se elas são reconstruídas a partir de baixo (visão *bottom up*). A questão que está em jogo é sobre que atores têm influência no processo de implementação e quais são os impactos que cada um desses atores produzirá sobre os resultados das políticas públicas. Há também neste debate um olhar para qual o papel das burocracias ao longo do processo. No entanto, como a fase da implementação é central para nosso trabalho, apresentaremos as diversas correntes e debates na próxima sessão, dedicada exclusivamente a esta fase.

A fase de **Avaliação** das políticas públicas é um processo que pode acontecer: em diversos momentos da implementação (conceituada como monitoramento) ou pós-implementação das políticas. Segundo Motta (1990), a avaliação busca adequação (se os resultados satisfazem as necessidades); equidade (se a política resulta em distribuição mais justa) e propriedade política (se a política satisfaz as demandas expressas na comunidade). O processo de avaliação possibilita um readequamento e realinhamento da política pública, garantindo a ela um posicionamento mais correto na busca dos impactos desejados. Os debates da literatura a respeito da fase de avaliação relacionam-se às técnicas usadas para tanto (quantitativas ou qualitativas) e ao fato de como os resultados avaliados podem mudar o rumo das políticas públicas.

Voltaremos agora à fase de implementação, aprofundando o que a literatura aborda, na medida em que essa fase é foco de análise deste trabalho. Assim, apresentaremos, primeiramente, as diversas correntes e teorias sobre a fase de implementação para, em seguida, tratar dos burocratas de rua, da questão da discricionariedade e dos conflitos por ela gerados. Por fim, trataremos de algumas lacunas da literatura sobre implementação, bem como de algumas possíveis formas de ampliar a análise, e que servirão de base para o desenho desta pesquisa.

A partir de um apanhado histórico da literatura de implementação de políticas, Barrett (2004) coloca sua origem na valorização do olhar para os governos nos anos 70. Para ela, este período pode ser descrito como um momento de crescente preocupação sobre a efetividade das políticas públicas e da governança, o que justificou importantes inovações no campo dos estudos de políticas públicas.

Isso pode ser refletido no campo acadêmico que, para ela, citando Heclo (1974), se baseou em três principais eixos: análise de políticas públicas que buscavam entender e explicar o conteúdo político e o processo de tomada de decisão; estudos de avaliação que buscavam avaliar os resultados e a efetividade das políticas; e estudos organizacionais que buscavam entender a operação das políticas e organizações administrativas como sistemas comportamentais, dando prescrições para aumentar as performances.

Todos esses estudos, afirma a autora, reforçaram a importância de se olhar não mais para quais eram os resultados das políticas, mas sim questionar por que as políticas públicas falhavam, focando o olhar no processo de traduzir as políticas em ação – o que significa olhar para a implementação.

A maior parte dos primeiros estudos sobre implementação, afirma a autora, tendiam a focar os processos de tomada de decisão, assumindo a implementação como um processo hierárquico, que vinha de cima para baixo. As políticas públicas, na medida em que eram formuladas e legitimadas pelos superiores, passariam ao sistema administrativo de execução e seriam transformadas, com sucesso, em práticas operacionais a serem implantadas (BARRETT, 2004).

Essa perspectiva de análise da implementação, chamada de perspectiva *policy-centred*, via que a transformação da política em ação, em circunstâncias normais, era um processo sem problemas, no qual os burocratas eram claramente subordinados aos tomadores de decisão (HAM e HILL, 1993). Marcada por uma visão weberiana de burocracia, tal perspectiva

tornava a política pública um processo de determinação de objetivos e tomadas de decisão racionais a partir da separação entre administradores e políticos. Essa visão, no entanto, não identificava a administração como um processo criativo e desconsiderava a inserção de outros atores no processo.

Majone (1995) trata essa corrente de *implementação como controle*, a qual afirma que toda implementação pode ser controlada a partir de planos. Dessa forma, na medida em que se estabelecem planos, metas e objetivos, as políticas podem ser controladas para que seus resultados sejam exatamente os previstos. Além disso, essa perspectiva afirma que todas as implementações têm caráter racional, não reconhecendo erros na implementação - uma política pública, portanto, só não levaria aos resultados desejados se os planos estivessem equivocados. Essa perspectiva não considera que a política pública esteja aberta a contingências e adaptações necessárias durante a implementação. Ela se torna, portanto, estática, pré-moldada e incapaz de se ajustar a possíveis alterações.

Historicamente, no entanto, Barrett (2004) afirma que, na medida em que se passou a valorizar o olhar para efetividade das políticas, bem como para avaliação das mesmas, começou-se a perceber que alguns fatores levavam o processo de implementação a ter falhas. Esses fatores foram estudados por autores como Pressman e Wildavsky (1973), Gunn (1978), Sabatier e Mazmanian (1979), entre outros, que chegaram, basicamente, às seguintes questões:

- Existe falta de clareza nos objetivos das políticas públicas que leva a interpretações diferentes na ação;
- Muitos atores e agências são envolvidos na implementação, o que causa problemas de coordenação e comunicação;
- Os valores inter e intraorganizacionais e as diferenças de interesses entre atores e agências geram diferentes motivações para implementação; e
- A relativa autonomia das agências de implementação limita o controle administrativo.

Essas novas perspectivas analíticas, que olhavam para política pública em ação (Barrett e Fudge, 1981), começaram a desafiar a tradicional visão centrada em processos hierárquicos. Passaram, então, a sugerir que a implementação deveria ser vista como parte contínua e integral do processo político, envolvendo barganha e negociação entre os que

querem colocar a política em ação e os de quem as ações dependem. Os processos políticos pelos quais as políticas públicas são mediadas, negociadas e alteradas durante sua formulação continuam sendo impactados pelos envolvidos na implementação, que desejam manter seus valores e interesses.

Essa perspectiva, também chamada *perspectiva da negociação*, tirou a atenção analítica do foco em formas hierárquicas organizacionais, para começar a enfatizar os seguintes fatores que poderiam moldar o resultado da implementação: as estruturas de interesse de poder, as relações entre atores participantes e agências e a natureza das interações que ocorriam no processo.

O conceito de implementação como negociação passou a considerar a barganha e a negociação entre atores semiautônomos que protegiam seus interesses (BARRETT e HILL, 1984). Ao mesmo tempo, na academia começaram a surgir alguns estudos sobre os agentes de rua, que exploravam a existência e a natureza da discricionariedade nos ambientes organizacionais. O principal deles é “Street Level Bureaucracy”, de Lipsky (1980). Todas essas novas perspectivas passaram a considerar as agências de implementação como respondendo a diversas iniciativas políticas e pressões ambientais de diferentes fontes. Tendo isso como pressuposto, ao invés de questionarem *se* e *como* uma política tinha sido implementada ou comparando seus resultados com seus pressupostos, os estudos de implementação começaram a observar *o que* acontecia na base, buscando identificar fatores que influenciavam a ação e o comportamento.

Com base em todas essas novas perspectivas e debates e atentando para a importância das mudanças e das contingências, a academia focou a criação de dois modelos básicos de análise da implementação: *top-down* e *bottom-up*.

O modelo *top-down* reflete-se nas estruturas tradicionais de governança, enfatizando a separação entre a política e a administração e enfocando o controle e a hierarquia. Os defensores dessa corrente viam um ideal normativo de colocar a política pública em ação. Assim, a política deveria ser feita no topo e executada por agentes de acordo com esses objetivos. O papel dos estudos de implementação, portanto, era o de identificar as causas dos problemas na implementação e sugerir formas de obter acordo entre as ações implementadas e os objetivos da política – como aumento da coordenação, das formas comunicacionais, controle dos agentes etc.

Os autores da visão *top-down* partem das decisões políticas tomadas de forma centralizada e, em seguida, questionam como os processos e objetivos foram transformados a partir das concepções originais e como as políticas foram reformuladas. Pressman e Wildavsky (1973), por exemplo, observaram esse fenômeno a partir da subversão dos objetivos originais. Isso envolvia o foco nos caminhos onde os fenômenos organizacionais e interorganizacionais tenderiam a transformar a política. Autores como Hogwood e Gun (1993) e Sabatier e Mazmanian (1979) foram além nessas observações, identificando pontos críticos no processo e propondo condições necessárias para que a implementação tivesse resultados efetivos de acordo com suas concepções originais.

Para os adeptos da visão *top-down*, a implementação começa onde a *politics* (política) acaba, ou seja, é um processo de colocar os programas políticos em prática. Segundo Pressman e Wildavsky (1973), é um processo de interação entre o ambiente dos objetivos e as ações geradas para adquiri-los. A implementação, portanto, é a habilidade de criar ligações na cadeia causal para obter os resultados desejados. Nesta perspectiva não há espaço para o exercício da discricionariedade por parte dos implementadores – os planos serão implementados exatamente como foram concebidos.

Já a visão *bottom-up* observa o processo de criação de política como um *continuum*, no qual há modificações em todo o processo de traduzir as intenções em ações. Tem-se como pressuposto que o processo de implementação transforma e adapta as políticas originais. Parte-se, portanto, para um olhar longitudinal, ou seja, observam-se a origem da política, suas mudanças ao longo do processo em todos os níveis e quando o programa foi substancialmente alterado.

Majone (1995) aponta que na perspectiva *bottom-up* há importância mínima de objetivos e de planos - o que importa são os processos, na medida em que os resultados não são previsíveis. Assim, resultados de sucesso ou fracasso não dependem de planos anteriores, e sim, do processo de implementação. Essa perspectiva vê a política pública como flexível e apta a se adaptar a possíveis contingências e alterações, e são justamente esses fatores que levam aos diferentes resultados possíveis.

Nesse sentido, os autores buscam compreender a implementação como um processo de interação entre diferentes atores. Autores como Hjern e Porter (1993) iniciam a análise identificando a rede de atores envolvidos na prestação dos serviços e questionam seus objetivos, estratégias, atividades e contatos (SABATIER, 1993). Com base nessas informações, são construídas as chamadas estruturas de implementação, grupos de pessoas de

diferentes organizações que interagem na implementação de determinado programa e que o consideram com interesse e prioridade (HJERN e PORTER, 1993).

Em vez de tratar a implementação como a transmissão da política em uma série de ações consecutivas, as relações entre ações políticas precisam ser observadas como um processo de interação e negociação, ao longo do tempo, e envolvendo os que colocam a política em efeito e os responsáveis pela ação. Assim, observa-se a implementação não somente em termos de efetuar a política, mas também analisando o que realmente acontece, compreendendo *como* e *por quê*. Os pontos centrais são: o que é feito, o comportamento ou ações dos grupos e o grau em que as ações se relacionam com a política pública. A implementação passa a ser vista, portanto, como uma série de responsabilidades, desde o comprometimento ideológico, incluindo as pressões ambientais ou as pressões de outros grupos que influenciam ou controlam a ação (BARRETT e FUDGE, 1981). Além disso, considera-se que os programas significam diferentes coisas para diferentes atores, como objetivos, recursos disponíveis, resultados, atores necessários etc.

Barrett (2004) afirma que, embora haja muitas confusões e sobreposições entre ambas as perspectivas (*top-down* e *bottom-up*), esses debates levantaram questionamentos importantes para os estudos da implementação. O primeiro é sobre o que os estudos de implementação deveriam fazer: dar prescrição ou descrição? O segundo é se o objetivo dos estudos é desenhar melhores políticas, adquirir maior controle dos resultados ou buscar entendimento do que acontece na prática.

Para a perspectiva *top-down*, o foco central é a prescrição, ou seja, o que deveria ser feito. E, nesse sentido, a principal crítica a essa perspectiva é a falta de descrições profundas sobre os processos e suas complexidades. Já a visão *bottom-up* tende a focar o entendimento e a explicação. A crítica sobre essa perspectiva, portanto, é de não oferecer prescrições para a prática.

Outra questão concernente à prescrição ou descrição é o que se entende por implementação. A questão é se a implementação diria respeito à conformação ou à performance, considerando por conformação a comparação entre as políticas formuladas e os resultados, e por performance o processo de implementação. Barrett (2004) afirma que, para aqueles defensores da política centralizada, a questão seria sempre de comparar resultados adquiridos com resultados formulados, ou seja, da conformação, o que também pode ser relacionado aos defensores da visão *top-down*.

No entanto, quando se pensa na capacidade e no potencial de adquirir inovação, o foco muda para performance – que é priorizada nos modelos interativos e negociativos de implementação. Para essas perspectivas, a performance é vista como a aquisição do que é possível dentro de um ambiente particular de implementação, ou seja, considerando os atores, os interesses, os poderes de barganha e os conflitos de valores envolvidos. Como se pode perceber, os defensores da visão *bottom-up* concordam com a função de performance na implementação.

Na visão de performance, uma questão central é a visão positiva em relação à discricionariedade dos atores. Tal visão, no entanto, é bastante contraditória na literatura. Os analistas com tradição nos serviços padronizados e centralizados têm uma visão negativa da discricionariedade. Já os que defendem um olhar de negociação e relações consideram a discricionariedade como positiva e necessária. Mais adiante, analisaremos com maior profundidade as questões relativas à discricionariedade. A questão que está em jogo, no entanto, é a autonomia dos atores no processo de implementação e sua legitimidade para tanto.

Sistematizando os debates acima e levantando o que pretendemos utilizar nesta pesquisa, concordamos com Lazin (1994), que defende a necessidade de combinar ambas as perspectivas para promover um olhar factual das experiências de implementação. Por um lado, deve-se valorizar a ênfase que a visão *top-down* dá ao olhar para a política oficial, como a que molda a implementação ao definir a arena onde os processos se dão, as identidades e papéis dos principais atores e as ferramentas permitidas para adquirir e oferecer recursos (MAJONE e WILDAVSKY, 1978). Por outro lado, e complementarmente, deve-se olhar para os ajustes realizados nos programas, considerando o ambiente político, os processos de negociação e barganha e as formas de compromisso, típicos da visão *bottom-up* (BARRETT e FUDGE, 1981).

Considerando esses debates teóricos e empíricos, entre os elementos-chave trazidos pela literatura situam-se os responsáveis pela implementação das políticas públicas, ou seja, os atores que podem fazer uso da discricionariedade, questão central para esta pesquisa. A inserção dos agentes de implementação nas análises significa, como vimos acima, considerar que as políticas são realizadas a partir da interação de diversos atores que transformam os processos, ou seja, parte de uma análise da dinâmica interativa que há por trás das políticas públicas. Para tanto, iremos agora observar a literatura a respeito da burocracia.

1.2 BUROCRACIA

Como dissemos, o olhar para o processo de implementação de políticas públicas passa também pelo olhar dos atores que a implementam, estejam eles atuando conforme os planos formulados ou exercendo discricionariedade. Ham e Hill (1993) apontam que o debate sobre a natureza do Estado é, na verdade, um debate sobre a natureza da burocracia. Vamos, então, observar como parte da literatura, especialmente de implementação, tem analisado os burocratas.

Um dos primeiros teóricos que trouxeram a questão da burocracia à tona foi Max Weber (1947), para quem a discussão sobre o tema esteve associada à análise dos tipos de autoridade. Para ele, as sociedades humanas constituíram governos com dois tipos de legitimidade: a carismática e a tradicional. Com a evolução da sociedade industrial moderna e o consequente desenvolvimento do sistema de administração do Estado, Weber aponta o surgimento de um novo tipo de autoridade ligada à racionalidade-legal. Para o autor, essa autoridade constitui-se sobre a crença na legalidade de padrões de regras normativas e na manutenção de um sistema de burocracias baseado em leis e regras. A burocratização, portanto, é vista como consequência do desenvolvimento de uma economia complexa e do sistema político.

No modelo de Weber, o burocrata, agente que atua na burocracia, é um fiel executor de serviços sem paixões ou julgamentos. Ele deve aplicar fielmente as regras, observando os procedimentos, garantindo cumprimento das hierarquias e de suas atribuições. Na medida em que deve fidelidade a quem manda, a relação entre os políticos e burocratas baseia-se na obediência, renúncia de valores e vontades pessoais por parte dos burocratas. As paixões e valores, para Weber, são papéis do político, a quem cabe a responsabilidade pelas ações da burocracia – o político assume o ônus de suas decisões. Não haveria, portanto, para os burocratas, espaço de exercício da discricionariedade.

Nesse modelo, a cadeia de responsabilização é bem clara: o burocrata responde ao político que, por sua vez, responde à sociedade. Assim, tradicionalmente, o modelo weberiano da função pública a reparte em dois grandes protagonistas: a classe política, que possui representatividade democrática para tomada de decisão e o serviço público profissional, regido pela meritocracia.

No entanto, ao longo dos anos e com a modernização da atuação e do papel do Estado, a literatura passou a perceber que a dicotomia entre burocratas e políticos não era mais tão clara e o modelo weberiano foi dando lugar a outros arranjos, funções e divisão de atribuições.

Foi neste sentido que novos modelos teóricos e pesquisas práticas de análise do papel dos burocratas começaram a surgir, identificando a complexificação do papel dos burocratas e a dificuldade de separação entre questões de ordem técnica ou política. Uma das principais evidências deste processo veio da pesquisa conduzida por Aberbach et al.(1981) que, a partir de uma análise empírica de diversos países, demonstraram um crescente hibridismo entre a política e a burocracia, o que definem como burocratização da política e politização da burocracia. A burocratização da política ocorre com as decisões que envolvem escolhas e negociação e que levam os políticos a compreender e considerar aspectos técnicos em suas decisões. Já a politização da burocracia se dá em decisões que não são técnicas e que, portanto, permitem margem para negociação, acordos, busca de consensos e articulação de interesses difusos por parte da burocracia. A partir de suas análises empíricas, os autores observam que os burocratas, nas democracias contemporâneas, não apenas administram, mas participam com os políticos do processo de tomada de decisão, configurando-se também como *policymakers*.

Para além deste trabalho, tem havido, na literatura, um processo crescente de mudança na análise do papel dos burocratas que, por sua vez, impacta o pensamento do próprio funcionamento do Estado e a relação deste com a sociedade.

Quando analisamos a literatura sobre implementação, o olhar para atuação dos burocratas também aparece como um eixo analítico relevante, especialmente dos burocratas de nível de rua enquanto implementadores de políticas públicas. Esse burocrata foi amplamente estudado por Lipsky, em *Street-Level-Bureaucracy* (1980). Para o autor, os burocratas de rua são funcionários que trabalham diretamente no contato com os usuários dos serviços públicos, como, por exemplo, policiais, professores, profissionais de saúde, entre outros.

Neste trabalho pioneiro, Lipsky (1980) aponta a importância do estudo destes burocratas, afirmando que são o foco da controvérsia política, na medida em que são pressionados pelas demandas de serviços, para aumentarem a efetividade e a responsividade; ao mesmo tempo, são pressionados pelos cidadãos para aumentarem eficiência e eficácia. São estes agentes que determinam o acesso do público a direitos e benefícios governamentais e é

por meio deles que a população consegue acessar a administração pública, uma vez que interagem continuamente com a população em seu trabalho. Há, portanto, duas razões centrais para eles dominarem a controvérsia política nos serviços públicos.

A primeira razão é que todo debate sobre o escopo e o foco dos serviços públicos diz respeito diretamente ao debate sobre o escopo e a função exercida por esses trabalhadores.

A segunda razão é que os agentes de rua têm grande impacto na vida das pessoas, na medida em que socializam espaço na comunidade e expectativas sobre os serviços públicos; determinam a elegibilidade dos cidadãos para acessarem os benefícios ou receberem sanções; dominam a forma de tratamento dos cidadãos e mediam aspectos da relação institucional dos cidadãos com o Estado. Tornam-se, portanto, o *locus* da ação pública, na medida em que são responsáveis pela mediação das relações cotidianas entre o Estado e os cidadãos.

Lipsky (1980) levanta ainda uma questão central que surge na relação entre agentes implementadores e cidadãos. O autor afirma que as pessoas chegam aos burocratas de rua como pessoas únicas, individualizadas, portadoras de diferentes experiências de vida, personalidades, expectativas e necessidades. No entanto, quando encontram os burocratas de rua, que são a personificação do Estado, transformam-se em clientes, identificáveis e alocáveis em alguns padrões e categorias sociais. Passam a ser tratados, portanto, de acordo com esses padrões unificados e indiferenciados.

Dessa forma, os clientes tendem a experimentar suas necessidades como problemas individuais e suas demandas como expressões individuais de uma expectativa, esperando, portanto, tratamentos individuais para aquelas questões. Já os burocratas de rua experimentam os problemas dos clientes como categorias de ação e suas demandas individuais como componentes de agregação.

Lipsky (1980) levanta quatro dimensões básicas que afetam o que considera a construção social de um cliente, na medida em que:

- Os agentes de rua distribuem benefícios e sanções, afetando o bem-estar dos clientes, contribuindo para mudar e desenvolver a satisfação ou frustrações desses clientes;
- Os agentes de rua estruturam o contexto de interação, determinando quando, com que frequência e sob quais circunstâncias e recursos utilizados ocorrerá. Essa construção visa a promover um contexto de tomadas de decisão mais favoráveis para seu próprio trabalho;

- Os agentes ensinam aos clientes o próprio papel de ser um cliente, repassando os procedimentos e o modo como os clientes devem se comportar, além do grau de deferência esperada, penalidades possíveis, o que esperar dos burocratas e como adquirir informações e entrar no sistema; e
- Os agentes induzem os benefícios psicológicos e sanções que resultam do envolvimento com a burocracia ou do acompanhamento do *status* do cliente. Há basicamente dois tipos: um originado das penalidades ou prêmios adquiridos no processo de se submeter e interagir com a burocracia e outro que se origina da resposta da sociedade ao *status* de cliente designado pela burocracia.

A partir dessas constatações, Lipsky (1980) ressalta a importância do estudo dos agentes de rua segundo quatro principais motivos:

- Eles são muitos e ocupam parte considerável da burocracia estatal – o que foi fortemente impactado pelo crescimento recente dos serviços sociais;
- Muitos recursos públicos são alocados para pagá-los;
- Eles têm grande influência sobre as pessoas de baixa renda, porque servem para garantir que elas tenham acesso aos serviços, e é mais fácil contratá-los do que mudar a desigualdade de renda; e
- Esses profissionais estão cada vez mais fortalecidos pelos sindicatos, por meio dos quais têm grande poder de barganha.

O olhar para a atuação desses burocratas de rua, no entanto, passa pelo reconhecimento e compreensão de como constroem suas ações, considerando que fazem parte de uma estrutura institucional e programática e, ao mesmo tempo, têm o poder de implementar as políticas públicas. Como afirma Arretche (2001), há uma grande distância entre os objetivos e o desenho concebido originalmente pelos formuladores das políticas públicas e a tradução de tais concepções em intervenções públicas. Essa distância diz respeito a contingências da implementação, explicadas, em grande parte, pelas decisões tomadas por uma cadeia de implementadores no contexto político, institucional e econômico em que operam.

A literatura tem abordado essas decisões tomadas pelos implementadores como exercício da discricionariedade, considerando que estes agentes têm grande impacto sobre as

políticas públicas implementadas devido à autonomia que possuem no momento da implementação.

Lipsky (1980) talvez tenha sido um dos pioneiros a reconhecer e analisar a discricionariedade dos agentes de rua na implementação das políticas públicas. O autor reconhece que, ao mesmo tempo em que estes atores exercem a discricionariedade nas decisões relacionadas aos cidadãos, suas ações individuais acabam tornando-se o comportamento da agência pela qual respondem e que representam.

A discricionariedade desses agentes está em determinar a natureza, a quantidade e a qualidade dos benefícios, além das sanções fornecidas por sua agência. Assim, mesmo que dimensões políticas oficiais moldem alguns padrões de decisão e normas comunitárias e administrativas, esses agentes ainda conseguem ter autonomia para decidir como aplicá-las e inseri-las nas práticas da implementação.

Reconhece-se a existência das normas e regras que determinam as práticas, bem como a de uma administração que controla seu exercício; no entanto, mesmo que as instituições representem um esforço para moldar a ação dos indivíduos, não são determinantes. Como afirma Arretche, (2001) a diversidade de contextos de implementação pode fazer com que uma mesma regulamentação produza resultados inteiramente diversos em realidades diferentes. Ou seja, as instituições impactam as práticas, mas as ações, valores, referências e contextos dos indivíduos também impactam as instituições.

Onde existe a discricionariedade estão presentes os valores e referências individuais, que se tornam tão importantes quanto os valores das instituições (MEIER e O'TOOLE, 2006). Tais valores, por vezes, entram em conflito com o resto das agências, e são moldados por treinamentos profissionais, por meio da socialização nas organizações, das forças gerais da política e de outros fatores que influenciam os indivíduos, como raça, gênero etc.

Grindle (1977), por exemplo, ao analisar a burocracia implementadora de um programa no México, observa que os funcionários não são simples aplicadores neutros das regras, mas têm interesses próprios na formulação das políticas e dessas próprias regras. A autora identifica entre as características do trabalho desses burocratas a tendência de criarem alianças verticais, as constantes interações com a elite burocrática e a elite política, além da tendência de agirem como criadores das políticas.

Para Lipsky (1980), a discricionariedade e a autonomia tornam-se centrais nas tarefas exercidas por esses trabalhadores, uma vez que os sistemas onde atuam são muito complexos,

necessitando de responsabilidades específicas, muitas vezes não uniformes; além do mais, precisam legitimar seus serviços junto aos próprios cidadãos.

Deste modo, a discricionariedade desses atores torna-se não apenas uma evidência empírica, mas quase um ideal normativo, ao comprovar a importância da autonomia para o reconhecimento da realidade na implementação das políticas públicas.

Reconhecendo a importância da discricionariedade, diversos autores apontam para os conflitos que dela decorrem, seja na interação com cidadãos, seja na interação com outros funcionários do poder público.

Em relação aos cidadãos, na medida em que a prática desses agentes interfere diretamente em suas vidas, passam a ter capacidade de tomarem decisões redistributivas e alocativas, ao determinarem a elegibilidade dos beneficiários dos serviços. Assim, tomam decisões que afetam diretamente as chances e oportunidades de vida dos indivíduos, o que tem consequências na forma como são recebidos pelos cidadãos e nas expectativas que as pessoas criam sobre seus trabalhos (LIPSKY, 1980).

Isso é ainda mais crítico, considerando-se que os clientes dos burocratas de rua são clientes não-voluntários, que dependem da ação dos agentes para obterem acesso aos recursos e serviços. Um dos riscos apontados por Lipsky (1980) é possibilitar a arbitrariedade de certos burocratas quanto ao uso do poder, tanto na imposição de tratamentos negligentes, como no que se refere a abuso pessoal ou disciplinar. Por outro lado, os próprios agentes de rua dependem desses cidadãos para legitimarem e apoiarem suas ações perante o público, na medida em que os clientes têm um estoque de recursos que podem facilitar ou dificultar as tarefas dos agentes de rua.

Já na relação com os administradores, os conflitos existentes dão-se na diferença de objetivos e valores envolvidos na função: enquanto estes pretendem alcançar os resultados consistentes com os objetivos da agência, os burocratas de rua querem processar o trabalho em consonância com suas próprias preferências, assegurando o que for necessário para completarem seus trabalhos. Como decorrência, a relação entre ambos, embora conflituosa, é de mútua dependência.

Uma parte da literatura da ciência política observa esse conflito através do modelo de agente-principal (MEIER e O'TOOLE, 2006). A ideia é de que existe um conflito inerente entre os objetivos do principal (administradores) e os do agente (burocratas implementadores), reforçado, ainda, pela incerteza de que o agente conseguirá colocar em

prática o que foi determinado pelo principal. A assimetria de informações e o conflito de interesses também reforçariam as dificuldades de interação no modelo. Autores adeptos a essas ideias buscam desenhar um sistema de incentivos para a relação agente-principal, que possa se sobrepor a esses problemas.

Já em relação às próprias políticas estabelecidas, os conflitos dos agentes de rua são centrados em três pontos:

- Conflitos entre as metas orientadas aos clientes e as metas com foco no social ou coletivo: até que ponto as políticas devem ter como olhar os indivíduos e até que ponto devem olhar para as questões coletivas ou sociais;
- Conflitos entre as metas orientadas aos clientes e as metas organizacionais: os agentes devem dar tratamento individual ou devem criar processos de rotinização e tratamento coletivo das questões;
- Conflitos entre as metas e as expectativas dos papéis: nascem da expectativa do público em relação aos trabalhos, das expectativas dos próprios agentes e das expectativas das políticas (Lipsky, 1980).

Uma parte da literatura que estuda a discricionariedade também aponta um problema no que toca aos processos de *accountability* ou controle das ações desempenhadas pelas burocracias de rua. Essas discussões têm como pressuposto a associação entre as burocracias e valores não democráticos. Assim, para alguns estudiosos da ciência política e da administração pública, ao mesmo tempo em que se observa a contribuição da burocracia à governança, não se consegue clarear o papel e o lugar da discricionariedade da burocracia em termos de governança democrática (MEIER e O'TOOLE, 2006). É neste sentido que diversos estudos buscam avançar no equilíbrio entre controle e discricionariedade, construindo modelos de coordenação associados à autonomia desses atores.

1.3 IMPLEMENTAÇÃO COMO INTERAÇÃO

Analisando historicamente os estudos sobre implementação de políticas públicas, Saetrem (2005) coloca como um dos motivos para que estas pesquisas tenham ficado fora de moda o fato de terem mudado as relações entre Estado e Sociedade, o que deixaria de apoiar estudos focados unicamente no papel do Estado no processo de implementação. No entanto, o

autor critica esta abordagem, afirmando que os estudos sobre implementação são essenciais na medida em que podem, justamente, contribuir para análises sobre a relação entre Estado e Sociedade, buscando compreender como se dá essa relação e interação no processo de implementação.

O que está em jogo nesta colocação de Saetrem (2005) é uma evidência de que, tradicionalmente, muitas das pesquisas que analisam a implementação das políticas públicas consideram apenas um ator como o foco das análises, especialmente o ator organizacional responsável por colocar as políticas em prática. No entanto, como veremos em seguida, uma série de pesquisas tem apontado a importância de se ampliar a análise, considerando os diversos atores e organizações que se envolvem na implementação das políticas públicas.

Um dos pontos levantados nessa perspectiva é da influência de uma cadeia de agentes no processo de implementação, tirando a ideia de que atores isolados são responsáveis pela implementação das políticas. As instituições políticas tornam-se, portanto, apenas um dos atores no ambiente em que a implementação se dá, ao lado de diversos outros atores e de fatores ambientais, estruturas administrativas e agências individuais. Assim, as políticas públicas são implementadas a partir de grupos multiorganizacionais, com diversos atores que constroem estruturas de implementação a partir de suas interações, relações e, conseqüentemente, negociações e conflitos (Hjern e Porter, 1993).

É a partir da evidência dessas interações que se reconhece a importância de analisar de forma mais ampla a implementação das políticas públicas, considerando não apenas a burocracia implementadora, mas sua relação com a elite política e burocrática, com a comunidade que recebe os serviços, com partidos, bem como com laços pessoais e profissionais que vão além das políticas formatadas; além do mais, é preciso levar em conta as questões de cooperação, conflito no processo de implementação (MARQUES, 2003; LAZIN, 1994; GRINDLE, 1977; HILL, 2003; LOTTA, 2006; CHAPIN, 2008; CLINE, 2000; MATLAND, 1995). Essas contribuições podem ser denominadas *olhar para a implementação como interação*, que partem do pressuposto de que o processo de implementação das políticas públicas é composto de dois elementos-chave: as práticas realizadas pelos agentes implementadores e a interação que se estabelece ao longo da implementação.

Na perspectiva de implementação enquanto interação, analisando uma política pública em Israel, Lazin (1994), por exemplo, chega à conclusão de que há grande influência de diversos atores sobre o processo de implementação. Para ele, os partidos, governos e laços pessoais, bem como o estilo do prefeito, o nível de experiência dos profissionais municipais e

as características socioeconômicas da comunidade determinavam a forma como a política nacional chegava ao local. Essa ideia apoia a evidência de que a interação entre níveis nacional e local é criticamente importante para moldar os programas realizados no âmbito local. Para ele, ainda, as análises sugerem a concepção de implementação como parte de processos interdependentes e interativos, onde eventos anteriores e processos formais de tomada de decisão influenciam diretamente a implementação das políticas.

Embora levante o potencial da importância dos atores locais, como vizinhança, administradores e residentes, ao analisar a implementação das políticas públicas, Lazin (1994) atém-se ao nível das tomadas de decisão dos prefeitos das localidades e como suas afiliações, capacidades e habilidades de negociação, laços pessoais e institucionais influenciavam a forma com que a política pública seria moldada no nível local.

Analizando um programa de desenvolvimento agrícola no México, Grindle (1977) observa como a burocracia implementadora interage com o programa e seus beneficiários. Para ela, os padrões dessas interações dão molde para barganha, decisão, escolha e alocação de recursos, entre outras discricionariedades. As relações de trocas estabelecidas a partir da implementação das políticas tendem a desenvolver redes que influenciam o comportamento dos indivíduos e das organizações. Nessas redes, os processos de informação, coerção, controle, legitimidade e performance afetam a natureza dos resultados e influenciam as características estruturais das instituições.

Outra linha que aborda a implementação enquanto interação argumenta sobre a importância de considerarmos questões relacionadas a conflito, cooperação e ambiguidade no processo de implementação. Para Matland (1995), a análise do processo passa por considerar a diferença dos contextos a partir de uma relação entre conflitos e ambiguidade. Segundo o autor, as questões de conflito são ligadas à interdependência dos atores e incompatibilidade dos objetivos. Já as questões de ambiguidade têm a ver tanto com os meios como com os fins da política pública. A ambiguidade pode ser tanto positiva como negativa, por permitir adaptação e mudança das ações determinadas.

Considerando as possíveis variabilidades entre conflito e ambiguidade, o autor constrói uma matriz que determina possíveis modelos de implementação:

Tabela 1: Modelo de Implementação de Matland (1995)

	Baixo Conflito	Alto Conflito
Baixa Ambiguidade	Implementação administrativa	Implementação política
Alta Ambiguidade	Implementação experimental	Implementação simbólica

Fonte: adaptado de Matland (1995)

O modelo de implementação administrativa é o mais burocrático e técnico, com criação de estilos normativos, coercitivos ou de remuneração que possam corrigir os erros e alterações. Neste caso, os problemas de implementação são tipicamente técnicos.

No modelo de implementação política, os atores têm os objetivos definidos, mas incompatíveis entre si. Há alto conflito entre os atores, de forma que os resultados são decididos pelo poder e por questões ligadas a coalizão ou coerção.

No modelo de implementação experimental, os atores são envolvidos com o processo e as condições do contexto são altamente dominantes e ambíguas, de forma que os resultados dependem dos recursos e dos atores presentes no ambiente de microimplementação. O baixo conflito entre os atores cria uma arena para participação de muitas pessoas diferentes e para construção de políticas que lidem com o contexto local e sejam influenciadas por este.

Já no modelo de implementação simbólica, a ambiguidade alta leva a diferentes interpretações, ao mesmo tempo em que os atores veem seus interesses ligados a definições políticas. Assim, as condições locais afetam os resultados pelos efeitos da coalizão, havendo barganhas e coerções no processo.

Nos modelos levantados por Matland (1995), vemos como variáveis importantes para determinar a situação de implementação tanto o ambiente ou contexto onde ela se dá como os atores, suas vontades, entendimentos e relações. Neste sentido, reitera-se a importância do papel dos atores ou burocratas, para entender o resultado do processo de implementação.

Alguns dos defensores do olhar da implementação como interação apontam para o papel representativo que os burocratas exercem. Para estes autores, a representação é um processo que acontece tanto nas instituições burocráticas como nas políticas. Nas instituições políticas, a representação é *sine qua non*, já que elas existem para representar diretamente as preferências do público. As burocracias não são consideradas instituições originalmente representativas, mas alguns acadêmicos argumentam que elas acabam por fazer isso. A

representação acaba transformando-se de passiva (quando um representante representa o outro em uma ou mais dimensões como raça, etnia, partido etc) em ativa (quando o representante age diretamente no interesse do representado).

A teoria da representação burocrática (MEIER e O'TOOLE, 2006) tem como foco analítico o processo de tomada de decisão do burocrata a partir da ideia de representatividade dele perante os cidadãos. Para os autores desta teoria, por exemplo, espera-se que um burocrata, que compartilhe um mesmo território que os usuários, tenha valores comuns a eles, de forma que a discricionariedade acabe aparecendo a partir dos valores dos burocratas que, por sua vez, são comuns aos valores do público a quem representam. A ideia é similar ao conceito de representação como espelho, na qual se considera que o representante é similar ao representado e, portanto, tem a legitimidade da representação.

A teoria da representação burocrática pode ser resumida em alguns pressupostos: a burocracia exerce discricionariedade; dada a discricionariedade, o burocrata tenta maximizar seus próprios valores políticos; os valores são formados pela experiência socializada, como origem social e outros atributos; e a burocracia representativa consegue tomar decisões que são responsivas para os interesses, necessidades e vontades dos cidadãos.

Assim, para os teóricos da representação burocrática, a análise das burocracias deve incorporar alguns valores das instituições políticas e burocráticas, no sentido de avaliar se a burocracia age como o faz porque está sendo responsiva às demandas e pressões das instituições políticas ou se suas ações se encaixam nos valores que compartilham com o público.

Na medida em que se amplia a concepção de implementação como interação, torna-se central o olhar para esses burocratas implementadores como mediadores ou *brokers*, que conseguem estabelecer elos entre as políticas públicas (ou instituições que as coordenam) e seus beneficiários, normalmente pessoas das comunidades locais.

Em relação ao papel de mediadores, Grindle (1977) aponta que os burocratas de implementação não comandam diretamente os recursos, mas mantêm uma relação direta com os atores que os controlam e com os que querem adquiri-los. Grindle (1977) ainda afirma que, na administração pública, essas relações são construídas devido à grande assimetria existente, bem como pela falha nas estruturas que regulam a alocação de bens e serviços com base na impessoalidade.

Observando um contexto diferente, Kushnir (2000) também busca analisar o papel dos mediadores, estudando, porém, os vereadores e sua ação em seus locais de reduto. A partir de pesquisas voltadas para a antropologia da política, a autora aponta para a figura do político-mediador, ou seja, político que encontra pontos de contato e de comunicação entre diferentes mundos e, a partir disso, produz novos resultados.

Essa tarefa, aponta a autora, é a do mediador, cuja atuação vai além do intermediador – que transporta informações – e se estende para a interferência criativa, que produz valores e condutas novas. O mediador usufrui de uma inserção social privilegiada, na medida em que suas decisões interferem e influenciam a vida das pessoas que estão em seu campo de ação. O mediador, portanto, consegue estabelecer pontes e promove a mediação entre os diferentes universos onde transita (KUSHNIR, 2000).

Uma das questões centrais que envolvem a discussão sobre mediação é a das relações que esses mediadores estabelecem com os demais atores de alguma maneira conectados. O papel dos mediadores está justamente em construir relações que permitam unir ou conectar segmentos previamente desconectados (total ou parcialmente). Assim, o elemento relacional está presente na discussão sobre mediação e se torna central para compreender, tanto em termos estruturais como dinâmicos, como opera a mediação na prática e como impacta o processo de implementação.

1.4 POTENCIAIS ANALÍTICOS NA IMPLEMENTAÇÃO

Tendo em vista as contribuições da literatura sobre a questão das burocracias, sua discricionariedade e a implementação como interação, cabe agora analisarmos algumas lacunas que a literatura aponta e que nos orientam para possíveis formas de ampliação das análises de implementação.

Para Hill (2003), embora haja reconhecimento de que a autonomia das burocracias existe, a própria noção de discricionariedade não é incorporada às análises, e acaba sendo observada apenas como um resíduo que deve ser eliminado ou resolvido, para permitir o controle e a coordenação. No entanto, a partir desses pressupostos, os modelos existentes atualmente apresentam ao menos dois problemas. O primeiro mostra uma porção da literatura de implementação assumindo o significado das políticas como compartilhado entre os atores

políticos e os implementadores. No entanto, muitas vezes, as políticas públicas são permeadas por conflitos e decisões vagas, além da falta de diretrizes e guias práticos, fato ressaltado por Lipsky (1980) e por Matland (1995). Esses processos permitem aos implementadores decidir como se comportar perante as situações. Assim, Hill (2003) aponta que os acadêmicos deveriam focar também o entendimento que os implementadores têm sobre as políticas públicas e a forma de implementá-las.

O segundo problema é que o foco da literatura reside mais no governo, e não em outras entidades ou setores que afetam direta ou indiretamente a implementação. Há, portanto, uma lacuna nos estudos, em decorrência de não focarem os fatores ambientais e as influências de contexto que existem e afetam os processos de implementação.

Existe também uma lacuna em compreender de que forma a discricionariedade opera na atuação dos agentes implementadores, ou seja, como eles colocam em prática suas ações (e interações), exercendo sua discricionariedade. A análise do exercício da discricionariedade torna-se relevante, na medida em que partimos do pressuposto colocado por Lipsky (1980) de que a ação individual dos implementadores acaba por tornar-se o comportamento da agência pela qual respondem e representam. Ou seja, para compreender a ação efetiva do Estado, é necessário entender a ação e a interação realizada por seus implementadores. Ao mesmo tempo, esta análise possibilita-nos preencher a lacuna apontada anteriormente, por permitir compreender como questões institucionais e de contexto interferem na ação do implementador.

Dessa forma, e considerando todos os pontos analisados anteriormente, apontamos basicamente dois focos de atenção que podem ser incorporados às análises sobre a implementação das políticas públicas, e que serão centrais para este trabalho: ampliação do olhar para a cadeia de agentes envolvidos nos processos, considerando a implementação como interação; e ampliação do olhar para os valores dos diversos atores envolvidos no processo. Vale dizer que ambos os focos são interdependentes e se influenciam reciprocamente, mas, por questões didáticas, apresentá-los-emos aqui de forma separada.

1.4.1 Integrar atores e relações à análise

Como apontamos anteriormente, uma das questões centrais para ampliar a análise da implementação é não olhar apenas para um ator ou uma instituição burocrática, mas

considerar as diversas agências, instituições e pessoas envolvidas na implementação – e, portanto, as diversas pressões, valores, princípios e objetivos que entram em jogo.

Marques (2003), neste sentido, afirma que no “funcionamento concreto da política, os contatos institucionais são canalizados por contatos pessoais e institucionais que se apoiam em padrões de relações preexistentes e ajudam a recriá-los” (MARQUES, 2003, p.22). Essas estruturas canalizam informações, apoios, alianças e a formação de projetos e visões que influenciam a formação de preferências e constroem escolhas, estratégias e alianças. Segundo Marques (2003), a desconsideração dessa dimensão tende a produzir uma visão muito automática do funcionamento do Estado.

Definimos aqui, portanto, a implementação de políticas públicas como resultado da interação entre atores no interior dos ambientes institucionais e relacionais presentes nas comunidades políticas. As dinâmicas políticas são resultado dessas interações, tendo em conta os constrangimentos das instituições e das redes de relações pessoais e institucionais presentes na interação. Assim, “o efeito das redes de relações entre indivíduos e organizações no interior das comunidades políticas estatais é similar ao das instituições, estruturando o campo e influenciando resultados, estratégias e formando e alterando preferências” (Marques, 2003, p. 52).

Temos como pressuposto que as políticas são implementadas pela burocracia em rede, ou seja, não apenas por um agente responsável por todo o processo, mas por um sistema. Ao mesmo tempo, também temos como pressuposto que o próprio processo de implementação tem como base a construção (ou desconstrução) da rede entre o Estado e a sociedade.

Além disso, parte da literatura de administração pública defende que os programas públicos são normalmente implementados por complexas redes intergovernamentais e interorganizacionais (HJERN e PORTER, 1993). Nessas redes, a habilidade de liderar e de coagir a agência burocrática é limitada, já que o envolvimento de diversos atores reduz a possibilidade de coordenação, ao mesmo tempo em que complexifica os valores envolvidos na ação – o que no levará ao ponto tratado em seguida (CLINE, 2000).

Como afirma Marques (2006), o estudo das dinâmicas internas ao Estado pressupõe a consideração de atores em contextos institucionais e relacionais específicos. O autor ainda afirma que as relações podem ter efeitos diferenciados nas dinâmicas políticas, dependendo dos padrões de relações, dos desenhos institucionais e das estruturas de poder presentes nos casos. Ou seja, o estudo da implementação de políticas pressupõe considerar-se a presença de

três tipos de estruturas sociais – relacionais, institucionais e de poder – que impactam as ações e que se influenciam mutuamente.

Neste sentido, os burocratas precisam coordenar seus próprios valores com os valores de diversos atores envolvidos na implementação, para conseguirem operar suas ações (sejam atores da sociedade, sejam do próprio Estado). As burocracias passam a ser vistas como sistemas abertos que respondem a pressões ambientais e externas que, por sua vez, precisam competir com outras formas de pressões internas e externas, bem como com os valores e procedimentos da burocracia. É lidando com essas diferentes forças que a burocracia responde com base nos sinais que recebe e em seu próprio julgamento da situação.

Consideramos que a discricionariedade exercida pelos burocratas é, portanto, resultado da interação que exercem entre seus próprios valores, valores de outros atores envolvidos (estatais ou sociais), procedimentos, restrições, estruturas, incentivos, encorajamentos e proibições. Nessa perspectiva, torna-se necessário examinar os padrões de interação, para compreender por que as ações foram feitas de tal forma. A questão, então, é olhar para o ambiente institucional e relacional dentro do qual a burocracia opera e compreender como estes contextos influenciam o exercício de sua discricionariedade e, por sua vez, o processo de implementação das políticas por parte destes burocratas.

1.4.2 Observar Valores e Referências

Como afirmamos anteriormente, olhar para as interações existentes no processo de implementação das políticas pressupõe reconhecer os diversos valores e referências presentes, bem como a forma como são trazidos e colocados em prática na implementação das políticas. Além disso, vale lembrar Meier e O'Toole (2006), ao afirmarem que onde há discricionariedade, há valores individuais. Estes valores e preferências, no entanto, não são apenas escolhas individuais dos atores: embora haja um componente relacionado à trajetória individual, são também influenciados e moldados pelos treinamentos que recebem, pelas instituições onde estão inseridos, pelas relações estabelecidas no momento da implementação etc.

Para Arretche (2001), um programa é o resultado de uma combinação complexa de decisões entre diferentes agentes, mas a implementação efetiva é sempre realizada com base nas referências que os implementadores de fato adotam para desempenhar suas funções.

A mesma ideia é trazida por John (1999), para quem

“mais do que atores racionais perseguindo os seus interesses, é a interação de valores, normas e diferentes formas de conhecimento que caracteriza o processo das políticas [*policy process*]. Há apenas uma curta distância entre o argumento de que a linguagem é central ao *policy-making* e a afirmação de que as ideias são reais apenas porque elas dão sentido àqueles que as usam. As políticas são uma disputa entre formas de discurso que são baseadas na luta pelo poder e na busca de significado. Os sistemas de ideias constroem os interesses dos tomadores de decisões. A ação política refere-se à linguagem [*is about language*], que é um sistema de significação através do qual as pessoas constroem o mundo [...]. Sendo a maneira pela qual as pessoas enquadram as questões, conferem sentido ao mundo e propõem soluções, as ideias têm uma vida que lhes é própria. Elas são independentes no sentido em que o discurso tem as suas próprias regras, as quais estruturam a forma como o público e os *policy makers* percebem os *policy issues*, como quando um problema público assume a forma de uma história, com um começo, um meio e um fim, sendo o fim a intervenção governamental bem-sucedida”. (JOHN, 1999, p. 157 *apud* FARIA, 2003).

Considerando que as burocracias são coletividades orientadas para objetivos, mas que exercem as práticas a partir de suas preferências, e tendo em vista as interações existentes, é importante levar em conta os diversos referenciais envolvidos no processo, como os do público, dos atores políticos e dos próprios burocratas.

Também é essencial analisar como a burocracia traduz esses diversos valores em ações concretas, considerando como as práticas são construídas, como os burocratas transformam valores em ações e interagem com as regras, procedimentos estabelecidos e outros valores existentes.

Como solução a essas lacunas, Hill (2003) aponta que a literatura deveria considerar que os agentes implementadores encontram muitas incertezas e devem determinar o que a política pública significa na prática e, acima de tudo, como performá-la. Nesse processo, os agentes implementadores acabam por descobrir diversas possibilidades de implementação e precisam decidir qual utilizar.

Entre os elementos que devem ser observados ao trabalharmos com a ideia de construção de valores estão os recursos de aprendizagem. Para Hill (2003), uma nova análise da implementação deveria olhar para o entendimento dos implementadores sobre a prática, e não focar apenas as organizações responsáveis pelas políticas. Além disso, outro ponto relevante da análise da implementação é o olhar para os recursos intelectuais que permitem aos agentes implementarem as políticas, incluindo ideias, práticas e conhecimentos. Para Hill (2003), os agentes de rua utilizam esses recursos para aprenderem a melhor forma de

implementar a política, conseguir legitimidade, habilidades etc. Esses recursos, por sua vez, residem, muitas vezes, fora do governo e podem ser ativados pelo implementador, permeando a linguagem e a prática desses agentes, que constroem significados próprios para as políticas. A concepção de aprendizagem como formadora de preferências também é apontada pelos estudiosos das instituições, como veremos mais adiante.

Cline (2000) reforça este argumento, ressaltando a importância da comunicação no processo de implementação. Para o autor, os implementadores de políticas públicas estão alocados em um sistema de comunicação, de forma que recebem mensagens em nível nacional e local. Para ele, a variabilidade da implementação é função também de como os implementadores interpretam as mensagens recebidas e as contextualizam na implementação.

O objetivo dessa ampliação de perspectivas é trazer a burocracia de volta para a análise, e, para tanto, é necessário: acessar os valores, referenciais e preferências burocráticos, considerar as interações existentes, observar como os burocratas respondem a processos de pressões políticas e compreender a construção da ação da burocracia implementadora. Dessa forma, pode-se observar como os sistemas interagem e moldam a prática dos implementadores das políticas, bem como os recursos e valores existentes e sua tradução nas formas de performance exercidas pelos agentes. Consideramos, aqui, portanto, como todos esses fatores são diretamente impactados pelas estruturas institucionais onde os agentes implementadores estão inseridos, por suas trajetórias, considerando afiliações a redes e por sua relação com a comunidade com a qual trabalham. Todos esses elementos serão tratados em seguida, quando abordarmos a forma de construção da ação destes agentes de implementação.

Assim, de forma sintética, toda essa retomada teórica abre-nos a possibilidade de olharmos algumas questões relacionadas à implementação das políticas públicas, pouco abordadas pela literatura. Elencamos abaixo estes elementos:

- Olhar a implementação como um processo dinâmico, formado pelas ações e interações operadas pelos diversos atores, e que são influenciadas por fatores que impactam a construção das ações de implementação das políticas públicas;
- Olhar os referenciais existentes em jogo quando da interação entre os atores e quando da influência dos fatores sobre a construção das ações; e

- Analisar e decupar a discricionariedade dos burocratas, considerando o que eles levam em conta para a construção de suas ações e como os diversos fatores e relações influenciam essa discricionariedade.

Todos esses objetivos levam-nos a elencar alguns pontos-chave para a análise da implementação das políticas públicas: os elementos (referências e relações) que influenciam a discricionariedade; os processos de interação; os fatores relacionais que impactam a discricionariedade; e os fatores institucionais ou organizacionais que constroem as ações.

Com base nesses elementos conceituais e empíricos abordados, levantamos as seguintes questões, como lacunas existentes na literatura:

A – Como os fatores institucionais/organizacionais influenciam os burocratas no processo de implementação das políticas públicas?

B – Como as estruturas e dinâmicas relacionais influenciam os burocratas na implementação das políticas públicas?

C – Como os referenciais dos burocratas, da comunidade e da organização impactam a forma de implementação e a construção da ação?

D – Qual o papel das interações no processo de construção das práticas de implementação, considerando os diversos atores envolvidos e seus próprios valores?

E – Como os burocratas implementadores constroem suas práticas, considerando os diversos referenciais com os quais interagem, seus próprios valores e as estruturas institucionais, organizacionais e coercitivas existentes?

Para analisarmos todas essas questões e os elementos-chave elencados acima, é importante que abordemos com maior profundidade algumas questões relativas à construção de ação dos burocratas, considerando a influência de fatores institucionais e relacionais.

Este capítulo teve como objetivo situar a discussão sobre a fase de implementação de políticas públicas e, especialmente, levantar algumas lacunas da literatura que servem de base para a pesquisa. No próximo capítulo analisaremos os processos de interação e comunicação e os fatores institucionais e relacionais que podem influenciar a implementação, como demonstramos anteriormente.

CAPÍTULO 2: O PAPEL DA INTERAÇÃO E DAS INSTITUIÇÕES NO PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO

No capítulo anterior, situamos o debate sobre o processo de implementação de políticas públicas, demonstrando como a literatura trata o tema, as diferentes correntes e olhares. Vimos que é central o olhar sobre os burocratas de rua e identificamos algumas lacunas que a literatura apresenta no aprofundamento das análises – especialmente ao incorporar a interação e os valores presentes ao longo do processo. Assim, como apontamos anteriormente, a ampliação da análise de implementação das políticas públicas caminha para considerar que a implementação é composta por ações e interações conduzidas pelos agentes implementadores e que devemos incorporar o olhar sobre as diversas interações, bem como os valores e referenciais existentes na análise. Neste capítulo buscaremos aprofundar a análise sobre os fatores que impactam a forma como os burocratas constroem suas ações e interações e, portanto, colocam em prática as políticas públicas, tendo como pressuposto que os fatores diferentes levarão a formas de ação e de implementação, diferentes.

Como afirmamos, os agentes de implementação lidam, em sua prática, com processos de interação que envolvem diferentes valores, referenciais e identidades. Nesses processos de interação, portanto, entram no contexto as mais variadas identidades, demandas, necessidades e referenciais, além de constrangimentos e normas institucionais, que devem ser negociados para a construção das práticas de implementação. Esses processos requerem conciliação entre os diversos fatores que aparecem na interação, para que se possa, efetivamente, implementar as políticas públicas.

Ao mesmo tempo, esses processos de interação e conciliação acabam gerando diferentes formas de atuação por parte dos atores de implementação, que devem lidar com os ambientes particulares encontrados – e é onde exercem a discricionariedade.

Assim, os agentes implementadores de políticas públicas trabalham no campo da negociação, a partir da interação, elaborando ações em consonância com os diversos valores, referências, desejos e necessidades, bem como buscando resolver problemas e implementar as ações a eles designadas. Como veremos, eles fazem isto por meio do que denominamos estilos, habilidades de comunicação e de performances que desenvolvem na mediação entre os diversos pertencimentos, as relações estabelecidas, os constrangimentos institucionais e os processos de interação encontrados na prática. Há, portanto, como afirmamos anteriormente, um forte componente interacional na análise que pretendemos realizar.

Para Goffman (1974 e 1981), a ordem da interação é uma arena da vida social que tem suas próprias regras. Essas regras, afirma o autor, são como regras de trânsito, não determinando aonde as pessoas vão, mas como elas devem chegar lá e como se comportam no

caminho. Assim, a ordem interacional molda a forma como os atores poderão agir no contexto específico da interação. A interação é estratégica quando os atores se encontram na produção conjunta de resultados, onde seus movimentos e ações são realizados à luz de como acreditam ser a melhor forma, considerando o outro com quem interagem. Esses moldes, por sua vez, criam significados compartilhados, que ajudam a situar o processo de interação (GOFFMAN, 1974 e 1981).

Neste contexto, iremos agora atentar aos processos de construção da ação destes agentes de implementação, considerando que suas escolhas, ações e performances são construídas a partir de processos de interação que, por sua vez, são influenciados por diversos fatores. Iremos, assim, focar os estilos de implementação que desenvolvem, bem como os processos de mediação e de construção de habilidades de implementação. Estas literaturas ajudar-nos-ão a compreender o que influencia esses burocratas quando constroem as práticas para implementação das políticas públicas.

2.1 MEDIAÇÃO

Parte da literatura que estuda o papel dos agentes de implementação de políticas públicas remete à literatura de mediação para compreender como estes agentes constroem suas práticas. Os autores de tal literatura atribuem ao funcionamento complexo do Estado a existência e necessidade de mediação. Acreditam que o acesso ao Estado exigiu que se construísse a figura de mediadores, institucionalizados ou não, para garantir o acesso aos serviços públicos.

Schmidt (1977) aponta que o aumento da complexidade e incompreensibilidade do Estado e da burocracia nacional levou à necessidade de um mediador (ou *broker*) que possa traduzir ou interpretar os processos para as comunidades. Nesse processo de apropriação, à medida em que as pessoas passaram a ter acesso a recursos especiais do Estado, passaram a necessitar do talento de um *broker* para tornar os serviços acessíveis.

Analisando a figura do mediador e as relações de patronagem, Silverman (1965) afirma que as relações mediadas foram necessárias, conforme se constituiu um Estado e sua burocracia e que, para alcançar os benefícios sociais e econômicos, é necessário acessar

pessoas que conheçam os procedimentos, funcionamentos e linguagem estatais. Neste contexto, a autora afirma que, na medida em que as burocracias se tornaram mais técnicas, os *brokers* foram sendo mais necessários.

Para Wolf (1956), a figura do mediador foi construída de acordo com a necessidade de se mediar a relação entre os sistemas nacional e local, a partir dos padrões de comportamento operados pelo nacional, aos quais apenas alguns indivíduos tinham acesso. Assim, o mediador é, para ele, alguém que consegue transitar pelo mundo do local e do nacional.

O conceito de mediador, amplamente desenvolvido por Wolf (1956), engloba um indivíduo ou grupo de indivíduos que agem como *links*, mediando grupos ou indivíduos entre os sistemas sociais local e o sistema nacional. Para ele, os *brokers* são pessoas que guardam as conjunturas críticas ou as sinapses da relação que conecta um local com um sistema mais amplo. A definição de um mediador depende de duas características centrais: em primeiro lugar, sua função é sempre crítica, pela importância de sua presença para os dois sistemas e, em segundo lugar, os mediadores têm exclusividade em realizar essa mediação. Assim, como consequência, os mediadores existem sempre em número limitado que, por sua vez, têm um controle exclusivo sobre as conexões. O autor afirma que os mediadores assumem um papel em um sistema vertical, e se o assumem é porque têm alguma característica que os diferencia do resto da sociedade ou adquirem essa característica diferenciadora. Para o autor, portanto, os mediadores podem ser entendidos como elementos de uma forma particular de relação entre a parte e o todo e são, assim, indivíduos que conseguem operar em ambos os domínios, da comunidade e da nação.

Nos diversos estudos que as ciências sociais têm desenvolvido sobre o papel dos mediadores nas políticas públicas, uma das análises centrais é a das relações clientelistas e de patronagem que essas mediações podem gerar. Parte considerável dessas análises tem como princípio que este tipo de relação é nefasto ao funcionamento do Estado, criando acessos personalistas e ilegais. No entanto, trabalhos importantes, como de Nunes (1997) e Kuschnir (2000), têm ressaltado a necessidade de complexificarmos nossa análise sobre este tema, observando que existem, na realidade, múltiplas relações e questões imbricadas, e que devem ser consideradas. Longe de nos aprofundarmos nessa vasta bibliografia, apresentaremos alguns pontos que essa literatura tem revelado e que são importantes para a pesquisa.

Nunes (1997) afirma que a ideia de clientelismo foi originalmente associada aos estudos de sociedades rurais. O clientelismo, neste contexto, significa uma relação marcada pelo contato entre patrões e camponeses. Para ele, a desigualdade desempenha um papel-

chave nas relações de patronagem ou clientelismo, gerando laços pessoais entre patrão e clientes, que vão desde o compadrio à proteção e lealdade políticas.

Silverman (1965) afirma que, conforme os benefícios governamentais foram introduzidos, os camponeses, que se encontravam em situação de subordinação por não terem terra, precisaram dos patrões para acessar os benefícios. A autora identifica que os patrões têm numerosas relações sociais baseadas em parentesco e amizade e que seu principal papel é o de relacionar os clientes com o mundo fora da comunidade. Essas relações, por sua vez, vão além do utilitarismo, na medida em que envolvem lealdade, amizade e laços de parentesco, de forma que as relações de patronagem se tornam autoperpetuadas. Os patrões são *gatekeepers*, porque dominam os padrões que ligam a estrutura local à superestrutura.

Sobre o clientelismo, Nunes (1997) aponta que nestes contextos as trocas são generalizadas e pessoais. Considera que elas seguem num *continuum* entre o mais impessoal ou generalizado – o que marca, por exemplo, as relações mercantis, até o mais pessoal – onde estão envolvidas redes personalistas e atributos específicos de relação entre os clientes e os patrões. O clientelismo é marcado pelo personalismo das trocas. É também caracterizado por situações paradoxais, já que envolve assimetria de poder com aparente solidariedade mútua. Envolve também exploração e coerção potencial com relações voluntárias e obrigações mútuas e combinação da solidariedade e obrigações com um aspecto ilegal dessas relações. O clientelismo constitui, ainda, uma alternativa à presença difusa das estruturas do Estado.

Diversos autores constataram a complexidade que existe nessas relações entre comunidades e Estado. Para Durston (2003), por exemplo, existe um *continuum* que vai desde formas mais prejudiciais do clientelismo – englobando um clientelismo passivo – até relações mais sinérgicas e conjuntas entre Estado e comunidades locais (PAVEZ, 2006).

Analisando o caso brasileiro, Nunes (1997) cria um modelo onde existem quatro gramáticas que estruturam os laços entre sociedade e Estado no Brasil: clientelismo, corporativismo, insulamento burocrático e universalismo de procedimentos. O autor afirma que, embora os princípios de origem dessas gramáticas sejam diferentes, elas são compatíveis na prática, inter-relacionando-se na realidade da política. Assim, por exemplo, o próprio universalismo de procedimentos foi construído com base nas relações clientelistas já existentes, de forma a permitir a apenas algumas pessoas o acesso aos cargos, recursos e direitos, mesmo que tal acesso se tenha dado por meio de procedimentos universais.

Na análise sobre o trabalho de uma vereadora, Kuschnir (2000) chega à mesma conclusão, afirmando que práticas que poderiam normativamente ser caracterizadas como clientelistas convivem com instituições e práticas democráticas no cotidiano da política. A autora aponta que é através do representante-mediador que a população tem acesso a dimensões e níveis de cultura de outra forma inatingíveis. Para ela, é a combinação entre pertencimento e comunicação entre universos distantes, ou seja, duplo vínculo, que caracteriza o papel do mediador, que vai bastante além do que se atribui a uma relação patrão-cliente.

A constatação dessa complexidade nas relações mediadas é importante para compreendermos como se dão as práticas políticas e o acesso das comunidades ao Estado. No entanto, ao analisarmos a atuação dos burocratas implementadores, encontramos uma lacuna na literatura de mediação, na medida em que esta literatura tem como pressuposto a atuação dos mediadores entre mundos completamente segmentados. A ideia, amplamente desenvolvida por diversos pesquisadores de redes sociais (LIN, 2001 e BURT, 1992), é de que nas redes sociais os mediadores são indivíduos que fazem pontes por estarem na margem ou fronteira entre grupos sociais, ou seja, na medida em que os indivíduos ou grupos em uma rede que não têm laços entre si precisam de uma terceira pessoa (mediador) para servir como ponto de conexão.

Em nosso caso, no entanto, como veremos ao longo desta pesquisa, estamos tratando de mundos parcialmente segmentados e que têm vários possíveis pontos de encontro. Além disso, tratar da relação entre Estado e comunidades pressupõe também reconhecermos que os burocratas da implementação muitas vezes não possuem monopólio no estabelecimento da relação que pode, mesmo sob risco de falhas, acontecer de outras formas. Assim, para as pesquisas que pretendemos desenvolver, é importante também complexificarmos o entendimento que damos à figura do mediador. Os trabalhos desenvolvidos por Mische (2007) nos dão uma abertura para repensarmos essas relações.

Mische (2007) argumenta que precisamos ampliar o entendimento de mediação, olhando não apenas para situações de desconexão completa, mas também considerando relações com diferentes graus de sobreposição estrutural e, principalmente, devemos considerar que a conexão não é apenas estrutural, mas também de conteúdo.

A autora sugere, assim, uma nova concepção de mediação: “mediação consiste nas práticas comunicativas na intersecção de dois ou mais grupos (parcialmente) desconectados,

envolvendo a conciliação (provisória) de identidades, projetos ou práticas associadas a esses grupos” (MISCHE, 2007, p. 50).

Nesta definição de mediação coloca-se um componente performativo e cultural que envolve a mediação entre muitos tipos possíveis de representação pública. O objetivo é a construção de relações ou pontes, atraindo novos membros, construindo alianças, coordenando atividades, elaborando propostas conjuntas de ação. Assim, difere das visões que observam a mediação apenas como criação de pontes relacionais, Mische (2007) considera que a mediação pode não promover apenas as pontes nas relações, mas sim, mudar a forma como as relações se dá. A questão, portanto, não é da criação de pontes relacionais, mas sim de sua mobilização mediante uma mediação comunicativa.

Como Mische (2007) trabalha com ativistas de movimentos sociais, diferente de nosso caso, devemos também fazer alguma relativização no conceito por ela explicitado. Para nós, os processos de mediação não precisam se dar apenas entre grupos, mas também entre pessoas pertencentes a diferentes esferas de atividade, definidas aqui como espaços de pertencimentos e encontros. Além disso, a conciliação provisória de identidades, projetos ou práticas, para ela, é o que entendemos como o processo de implementação da política pública, quando há uma conciliação provisória do processo de comunicação e realização de práticas entre o agente implementador e os beneficiários e, portanto, quando se efetiva a implementação da política pública.

Os processos de mediação envolvem a habilidade dos atores de ativar e desativar conjuntos de relações enquanto se desenvolve ao menos alguma forma provisória de conciliação, coordenação e alinhamento entre diferentes ideias.

Esses processos de mediação também podem ter graus maiores ou menores de efetividade, de forma que os agentes de implementação consigam ou não implementar as políticas e alcançar resultados com elas – e isso requer o desenvolvimento de habilidades de mediação.

Para Mische (2007), o desenvolvimento dessas habilidades é influenciado pelas trajetórias dos atores, dependendo tanto do nível de envolvimento organizacional (número de distintas coletividades a que os atores pertencem) como do grau em que seus envolvimento atravessam muitos setores. A autora ainda desenvolve diferentes formas que as mediações podem adotar:

- 1) A mediação pode dar-se juntando grupos totalmente segmentados, o que denomina como articulação;
- 2) A mediação pode gerar fluidez de informações e ideais entre ambientes sociais parcialmente sobrepostos, o que denomina como amplificação;
- 3) A mediação pode juntar grupos com clivagens internas, o que denomina como coordenação;
- 4) A mediação pode unir ambientes com divisões heterogêneas e com impedimentos simbólicos, o que denomina como mediação simbólica (MISCHE, 2007).

Estes tipos de mediação requerem que os atores valham-se de suas diferentes identidades, mobilizando suas múltiplas afiliações. Assim, por vezes qualificam suas identidades, em outras as compartimentalizam, em outras ainda as aumentam ou as diminuem. Todos esses estilos demonstram a multivocalidade da posição do mediador, que precisa falar a partir de muitas vozes quando o ambiente e a audiência mudam.

Aqui consideramos que o processo de mediação dos agentes implementadores se dá a partir de dois movimentos, ambos acontecendo no processo de interação: 1) estes agentes levam as ideias, práticas e ações das políticas públicas para o público beneficiário; 2) estes agentes trazem as ideias, informações e necessidades do público beneficiário para dentro do aparato estatal.

Em pesquisas anteriores, concluímos que os agentes de implementação realizam esses processos de mediação a partir do uso de diferentes estilos performativos, todos eles relacionados às trajetórias dos burocratas, bem como às habilidades em mediar as relações. Como mostraremos posteriormente, encontramos entre os estilos performativos dos burocratas implementadores o uso de referências das vivências comunitárias em suas práticas; a intercalação de saberes locais e saberes técnicos; a tradução de linguagens e a realização de triangulações (LOTTA, 2006).

Esses estilos performativos diagnosticados sugerem-nos que, no processo de implementação de políticas públicas, os burocratas desempenham a tarefa de mediação de diferentes maneiras, dependendo das interações existentes, bem como de suas próprias habilidades em compreender o ambiente e adaptar sua multivocalidade para determinada situação.

Essas habilidades de ativar e desativar suas múltiplas afiliações, bem como a capacidade de realizar práticas de diferentes maneiras formarão o que denominamos aqui estilos de interação na implementação de políticas públicas. Para analisar estes estilos e como operam no processo de implementação, antes observaremos a literatura que aborda a ideia de estilos de interação e comunicação, buscando compreender o processo de construção de interações vivenciado pelos burocratas implementadores.

2.2 ESTILOS DE INTERAÇÃO E COMUNICAÇÃO

A literatura que aborda a ideia de estilos de interação tem como pressuposto que os atores são *bricoleurs*, que constroem suas ações considerando habilidades adquiridos durante sua trajetória individual por redes, grupos e instituições, bem como a partir das interações existentes (McLEAN, 2007), o que conduz à inclusão de dois elementos centrais no olhar para os estilos de interação: os indivíduos, que constroem suas ações e as instituições ou organizações, que influenciam a construção das ações e das trajetórias.

Isso nos leva a reconhecer, considerar e dar importância aos atores dentro desses processos, não de forma atomizada, mas sim à luz dos fatores estruturais que os influenciam e reconhecendo que todas as ações devem ser observadas dentro dos contextos específicos onde ocorrem (GOFFMAN, 1974). Precisamos, portanto, começar com o entendimento relacional e institucional dos estilos e habilidades de comunicação (MISCHE, 2003) desses agentes implementadores.

Consideramos que a maneira como os atores interagem com usuários ou com outros funcionários nos processos de implementação das políticas públicas altera a forma pela qual elas serão implementadas e seus resultados. Ao mesmo tempo, consideramos, aqui, que os indivíduos não agem sozinhos, mas sim como parte de grupos ou esferas de atividade mais ou menos organizada ou institucionalizada, e que a ação dos atores é inseparável dos contextos nos quais estão envolvidos (VON BULOW, 2007).

Essas coletividades adotam práticas culturais que identificam seus membros, ajudam a construir relações, estabelecem fronteiras com os de fora e dão sentido à orientação de ações. Essas práticas distinguíveis são os estilos, sempre baseados em redes e nos padrões de interação social apropriados e válidos naquele contexto social.

Os estilos normalmente têm sua origem em instituições, grupos formais ou esferas de atividades. Todas essas coletividades desenvolvem suas próprias narrativas legitimadoras e considerações que ajudam a construir ideias sobre seu passado e a dar formas e direção ao futuro, além de demarcar valores, práticas e relações, disciplinando as ações dos indivíduos dentro delas. As esferas de atividade, portanto, dão origem a estilos reconhecíveis, que caracterizam os rituais, as formas de procedimento, de tomada de decisão, de legitimação de pessoas, entre outros. As diferenças nas lógicas institucionais também informam as práticas discursivas ou estilos de interação, que serão a base para a formação de projetos, relações e repertórios de ação.

Para Eliasoph e Lichterman (2003), o estilo do grupo é o padrão recorrente de interação que vem de pressupostos compartilhados a respeito do que é bom ou adequado para que seus membros se desempenhem em ambientes grupais. Essa concepção tem como foco central a dimensão do estilo enquanto padrão de atuação, seja ele comunicativo (envolvendo linguagem) ou performativo (envolvendo ação).

Mische (2007) adiciona um componente relacional e pragmático a essa definição, afirmando que os estilos se desenvolvem a partir de desafios culturais e sociais das configurações locais de relação. São formados em resposta a problemas e possibilidades de ambientes institucionais particulares, mas podem ser tirados desses ambientes e colocados em qualquer outro lugar com efeitos variados, dependendo da receptividade do novo contexto relacional. Os estilos, portanto, são considerados aqui como repertórios padronizados de práticas discursivas e performativas, apropriados para mediar a complexidade em um conjunto de instituições. Eles se desenvolvem a partir dos desafios sociais e culturais provindos das relações locais e são, a todo tempo, negociados dentro dos grupos e entre os indivíduos que a ele pertencem.

No entanto, essas ações performativas não dependem apenas das instituições, mas também dos atores, responsáveis pela performance realizada e pela adoção dos estilos. Assim, a construção das ações e práticas é influenciada pelo modo como as pessoas interagem umas com as outras e como organizam suas práticas com base nos processos de interação.

Os estilos, portanto, não são determinados apenas pela lógica de uma instituição, embora ela norteie sua construção, mas através de negociações entre múltiplas formas de identidade e envolvimento entre as diversas esferas de ação, processos de interação e normas institucionais. Isso ocorre porque são os indivíduos que praticam os estilos e eles aprendem isso através de suas diversas experiências entre diferentes esferas de atividades e mundos

institucionais. Assim, como as pessoas pertencem a muitos grupos, elas entram em contato com diferentes estilos e, em seus processos de interação, utilizam alguns deles.

Estamos, então, olhando para indivíduos que experimentam mais de um envolvimento e que entram em contato com diversos estilos de interação. O pertencimento a múltiplos grupos ou esferas de atividade se torna, assim, outro pressuposto da análise, considerando que os implementadores de políticas públicas são atores pertencentes a diversas esferas pessoais e profissionais, cada uma delas dotada de estilos próprios; em sua prática, esses atores acessam alguns desses estilos, adotando-os nos processos de interação, como veremos depois.

A capacidade de transitar por esses estilos e adaptá-los a novos contextos é o que denominamos aqui como habilidades sociais. Para Fligstein (2001), as habilidades sociais são desenvolvidas para que os atores possam lidar com os múltiplos pertencimentos, de forma a conseguirem mediar entre as diferentes concepções de identidades e interesses para gerar consenso nos campos complexos. Os processos de interação podem requerer diferentes habilidades dos atores, considerando a heterogeneidade que encontram em cada encontro. Atores habilidosos são aqueles que conseguem caminhar dentro da complexidade de identidades e interesses nos quais estão envolvidos para construir relações e práticas.

Os estilos de interação são desenvolvidos a partir do que os atores percebem como sendo as possibilidades das interações. Há, portanto, uma parte dos estilos que tem origem nos desafios relacionais que os atores vivenciam por seus múltiplos pertencimentos, bem como pelo reconhecimento dos múltiplos pertencimentos das pessoas com as quais lidam. Esses múltiplos pertencimentos podem, ao mesmo tempo, facilitar e constranger, na medida em que permitem interação, mas também podem gerar conflitos. A habilidade dos atores em mediar seus múltiplos envolvimento nos processos de interação torna-se, portanto, parte importante de seu próprio estilo de comunicação.

Os estilos são construídos em resposta a questões institucionais e podem ser, ao mesmo tempo, usados fora da instituição, dependendo das habilidades desenvolvidas e adaptadas pelos indivíduos. Os estilos referem-se, portanto, à forma em que os grupos e indivíduos se comportam durante os processos de interação, considerando suas estratégias comunicacionais e performáticas. Já as habilidades são as capacidades individuais de utilizar esses estilos nos processos de interação. Em nosso caso, por exemplo, isso se refere a como os burocratas implementadores constroem a interação no processo de implementação e, ao mesmo tempo, as habilidades que possuem (ou não) para realizarem a interação com usuários ou outros profissionais dos serviços.

Assim, para compreendermos os estilos, devemos ainda considerar como eles se operacionalizam e como podemos observar e analisar os estilos dos atores. Como afirmamos anteriormente, embora os estilos tenham origem em situações grupais, eles são operacionalizados pelos indivíduos em situações de interação. Assim, podemos analisar o estilo a partir do olhar para as interações que os indivíduos realizam e as práticas que adotam nas mais diversas situações. Isso nos faz compreender o estilo não como algo apenas individual, mas sim dentro de um processo de interação.

Para Tilly (2002), um estilo concretiza-se a partir do uso dos repertórios existentes no ambiente, o que nos leva à necessidade de compreender os diferentes repertórios para observarmos a operacionalização de um estilo.

Goffman (1974 e 1981) dá uma chave interessante para compreender como os diversos repertórios existentes são articulados e desarticulados. Para o autor, nos processos de interação há uma situação social, definida como arena física, na qual as pessoas presentes se observam e se ouvem umas as outras. Não existe uma divisão entre o enunciador e o ouvinte, na medida em que todos igualmente fazem parte dos processos de construção do ambiente onde a interação se realiza. Para compreender os processos de interação, portanto, devemos mudar o olhar para o encontro conversacional e passar a observar a situação social na qual o encontro ocorre, considerando os diversos elementos envolvidos no processo de interação. Isso reforça, novamente, a ideia de que os estilos não podem ser compreendidos individualmente, mas sim dentro e a partir dos processos de interação.

Durante os encontros e processos de interação, Goffman (1974 e 1981) aponta que as pessoas iniciam e finalizam as conversas com o que denomina de “*small talk*”, uma espécie de transição que irá situar cada um dos participantes e colocá-los a par de quais são os posicionamentos existentes dentro daquele espaço de interação. Ao longo da interação, há constantes mudanças que envolvem alterações de tom e de capacidades sociais que as pessoas presentes ativam e que servem como forma de situar onde e como a conversa está sendo desenvolvida. Para compreender um encontro, afirma Goffman (1974 e 1981), é preciso olhar o comportamento das mudanças de códigos que aparecem e como se desenvolvem os diversos processos de contextualização daquela conversa, o que denomina de posicionamento, ou “*footing*”. Essas mudanças, também chamadas de “*switches*”, podem ser percebidas através dos discursos diretos, da seleção de conteúdos, das interjeições e repetições utilizadas, das informações colocadas etc.

Uma mudança de posicionamento, que normalmente está ligada a uma mudança de linguagem, também leva a uma mudança do que o autor denomina moldura, que é o estabelecimento dos moldes de como a interação se dá. Ou seja, os atores interagem estabelecendo moldes dentro dos quais a conversação se operará e estes moldes apontam para o que pode ou não acontecer e se desenvolver naquela interação e qual a estrutura de significados que aparece dali. Estes moldes, por sua vez, podem ser alterados ao longo da conversação, abrindo espaço para outros tipos de interação e os “*switches*” são essa mudança de moldes.

Assim, para observarmos os mecanismos de construção da ação comunicativa, devemos observar como se dão os processos de interação e como eles moldam, posicionam, contextualizam e se alteram. O olhar para os estilos, neste contexto, está justamente no olhar para como se operacionalizam os processos de interação, como os moldes são criados, os posicionamentos colocados, como se dão as mudanças destes moldes (“*switches*”) e como se dão as negociações entre o que pode ou não ser dito e feito.

A operacionalização da observação de estilos está em observar, dentro dos processos de interação, como se dá o uso dos diversos elementos ligados à interação. Quando tratamos de estilos de interação, temos como pressupostos algumas regularidades na forma de construção dos processos interativos, que possam ser padronizados e observados ao longo do tempo. Consideramos, ainda, que os estilos de interação podem ser observados e analisados pela forma como os atores utilizam práticas de ação, palavras-chave, estilos linguísticos, pronomes, símbolos que demarcam fronteiras e distâncias, entre outros. Os estilos, como afirma Mische (2007), são encontrados justamente na forma como os atores conseguem utilizar esses diversos elementos para construir suas interações (com melhor ou pior desempenho).

Para White (1995), os atores interagem a partir do uso de estilos que são conjunções, pronomes, relativizadores e outros instrumentos gramaticais evidenciadores do que está presente naquele contexto social específico. A capacidade de agir está justamente na habilidade dos indivíduos de escolherem instrumentalmente as práticas de interação. Além disso, os atores negociam as relações pelos significados que dão às palavras e nos processos de interação expressam ideias sobre as relações, identificando com quem estão, onde estão e aonde querem ir.

Alguns autores têm buscado empiricamente observar alguns padrões em processos de interação, que podem determinar como se dará a dinâmica interativa. Como afirma McLean

(1998), o olhar para a interação em nível micro é que permitirá compreender como se dão as relações em nível macro. Neste sentido, e buscando compreender como os atores constroem as ações em contextos relacionais, diversos autores têm buscado elencar recorrentes estilos que aparecem nos processos de interação e que têm como objetivo a construção, determinação e moldagem das relações. Em nosso caso, o olhar para esta literatura ajuda-nos a compreender como podemos operacionalizar a análise dos processos de interação inseridos na implementação das políticas públicas.

Em seu trabalho de mapear as redes de patronagem nas cartas da renascença italiana, por exemplo, McLean (1998 e 2007) busca textos, palavras, expressões, pronomes etc, que demonstrem o uso destes estilos relacionais e que, acima de tudo, demarquem o molde utilizado naquela determinada situação (por exemplo, amizade, honra etc.). Para compreender como estes elementos são utilizados, McLean (2007) sistematiza da literatura os principais estilos relacionais observados por diversos autores e busca analisar como surgem em suas cartas.

O olhar para esses diversos estilos levantados ajudaram-nos a estabelecer os estilos de interação a partir dos quais realizaremos nossas análises sobre implementação. Assim, tendo como base a sistematização inicial realizada por McLean (2007), retomamos outros conceitos e autores para criarmos uma lista de estilos relacionais que poderão ser aplicados às nossas análises. Abaixo, organizamos os estilos dos diversos autores, levando em conta sua funcionalidade ou objetivo.

- **Contextualização:**

Os atores buscam estabelecer significado básico para a interação e moldar como a relação poderá ser dada. Pode ser diretamente ou através de evidências de um contexto de comunicação (ex: quando um médico utiliza termos técnicos para explicar uma doença ao paciente e, com isso, está moldando o diálogo de maneira médica e técnica; ou quando alguém se refere a elementos como “aqui na comunidade”, “lá na cidade”, “nos dias atuais”, “antigamente” etc.).

Compreendem aqui os estilos Frames Primários (GOFFMAN, 1974), Sugestões de Contextualização (GUMPERZ, 1992; DURANTI E GOODWIN, 1992) e Amplificação (SNOW, 1986).

- **Encaixe ou Mudança de Contextualização:**

Os atores buscam situar ou transformar o posicionamento de uma ação previamente moldada pelos participantes (ex: quando o mesmo médico muda os termos usados, ou traz para a conversa outros elementos, como o futebol, o trabalho, a família etc. ou frases como “até agora eu me expressei de uma maneira, agora vou me expressar de outra”). Os atores também podem mudar os enquadres de uma interação diretamente (ex: quando alunos prestam atenção a uma aula e em seguida mudam para uma conversa paralela com colegas).

Também se pode ver este encaixe pelo uso de expressões ou formas gramaticais que conectem moldes ou contextos diferentes (ex: além disso, e, mas, ou...). Compreendem aqui os estilos Keyng, Ajuste, Laminação e Mudança entre Moldes (SNOW, 1986; GOFFMAN, 1974; WHITE e MISCHÉ, 1995; MISCHÉ e WHITE, 1998; SCHIFFRIN, 1987).

- **Diferenciação de contextos:**

Os atores mostram a diferença de significado existente no que é um molde para um ator e o que é para o outro (ex: quando um professor utiliza um jogo em classe e fala para os alunos que naquele momento o jogo tem função educativa). Corresponde ao estilo de Fabricação (GOFFMAN, 1974).

- **Finalização de interação:**

Técnica usada para assinalar o início, fim ou autenticidade da interação (ex: quando executivos se cumprimentam de forma polida no início de uma reunião). Corresponde ao estilo de Ancoragem (GOFFMAN, 1974).

- **Qualificação da Identidade dos Atores:**

Neste estilo, os atores podem caracterizar o recipiente para conseguir recepção favorável das mensagens (ex: “você, como uma pessoa que representa os interesses da comunidade e sabe se comunicar, poderia...”). Podem também trazer à tona ou esconder os múltiplos papéis e identidades (ex: quando dois amigos se cumprimentam de maneira formal em ambiente de trabalho). Este estilo corresponde a Desenho do Recipiente (SACKS, 1992; WEINSTEIN e DEUTSCHBERGER, 1963) e ao Qualificador Identitário (MISCHÉ, 2003).

- **Demarcação de Relação ou Identidades:**

Neste estilo, os atores podem remoldar elementos da fala para alinhar com outros (ex: “você pode se juntar a nós e nós também podemos nos juntar a vocês”). Podem também desenhar discursivamente limites sociais pelo uso de pronomes (ex: a diferença entre usar “você” e “o senhor”). Por fim, podem usar uma expressão alocativa, que demonstre a distância entre os atores – pode ser física, de contexto, posição social etc. (ex: “nós temos problemas aqui diferentes dos que eles têm lá”). Este grupo compreende o estilo Expressão de Distância (HANKS, 1992), Extensão (SNOW, 1986), Manipulação de Pronomes e Estratégia Polida (MUHLHAULSER e HARRE, 1990; HANKS, 1992; BROWN e LEVINSON, 1987).

- **Facilitação da Comunicação:**

Neste estilo, o ator pode expressar o que outro disse, fez ou sentiu, facilitando ou intermediando a comunicação (ex: “o que ele quis dizer foi que...”). Pode também utilizar linguagem ambígua, com múltiplos públicos, para poder comunicar-se (ex: quando se chamavam os “estudantes” nos palanques do Impeachment, e estudantes poderiam ser variados, diferentes, mas todos se reconheciam no rótulo). Este estilo compreende as ideias de Mudança para Generalidade (MISCHE, 2003) e de Falar por Outro (SCHIFFRIN, 1993).

Estes diferentes estilos mapeados na literatura ajudaram-nos, posteriormente, a identificar estilos de interação específicos do processo de implementação de políticas públicas, ou seja, estilos que são utilizados pelos agentes implementadores.

Além de analisarmos como os estilos são construídos e como eles podem ser observados na prática, devemos analisar quais os fatores que influenciam sua existência. Como apontamos anteriormente, a partir da concepção adotada de estilos são colocados dois tipos centrais de fatores que impactam a construção deles e das habilidades dos atores em usá-los: os fatores institucionais/organizacionais e os fatores relacionais. Em seguida, analisaremos com maior profundidade cada um desses fatores, observando como eles destacam pontos importantes para compreendermos a forma de construção da ação dos implementadores de políticas públicas.

2.3 FATORES RELACIONAIS

Ao apresentarmos a definição adotada de estilos de ação e comunicação, temos como um dos pontos centrais a questão relacional que interfere diretamente na construção destes estilos. Um dos pressupostos dessas análises é a existência de atores com múltiplos pertencimentos, ou seja, que frequentam e transitam entre diferentes esferas e instituições, todas elas marcadas por estilos próprios de comunicação, preferências e referenciais. Esses diferentes pertencimentos, por sua vez, têm uma forte conexão com a ideia de posicionamentos nas redes sociais, que apresentamos anteriormente.

Para analisar o fato de que esses atores possuem múltiplas afiliações e que todas elas interferem na forma como constroem suas ações, cabe retomar as ideias de Simmel (1950 e 1955), amplamente estudadas por Mische (2007). Para ele, cada vez mais as pessoas se movem entre grupos sociais com características diferentes entre si, o que gera conflitos e, ao mesmo tempo, uma capacidade crescente de autonomia e liberdade. Os indivíduos podem ser vistos nas intersecções de todos os grupos aos quais pertencem; e os grupos, por sua vez, podem ser entendidos como as intersecções de todos os seus membros. Isso leva Mische (2007) a trabalhar com a ideia de intersecções de grupos ao longo do tempo, pensando nas afiliações sobrepostas e nas posições sociais dos indivíduos em e entre cada um dos grupos.

No entanto, ao tratarmos de posições sociais dos indivíduos, não estamos considerando apenas um componente estrutural das relações. Segundo McLean (2007), para muitos estudiosos de redes sociais, a discussão limita-se às posições estruturais, desconsiderando a questão da dinâmica. Para alguns dos trabalhos, as redes são apenas recursos que os atores usam para seu próprio interesse. Para outros, que até consideram a questão da identidade, as redes dizem respeito apenas ao posicionamento estrutural dos atores.

A construção das redes é considerada aqui como essencialmente cultural; as relações que, em agregado, constituem uma rede, não são estanques ou estáticas, mas sim, construídas, reconstruídas, sustentadas e transformadas ao longo do tempo (MCLEAN, 2007). Além disso, a capacidade de atuação dos indivíduos pertencentes às redes está justamente na forma como se adaptam a uma estrutura social e como desenvolvem repertórios práticos e discursivos.

Para compreender como os atores agem, é necessário observar como estão posicionados nos espaços sociais e como são suas afiliações, assim como os significados que dão a essas relações pelo posicionamento discursivo e orientação mútua. É o olhar para esse

componente estrutural do posicionamento social somado à ideia de significação discursiva própria que nos possibilita incorporar um componente dinâmico à análise e, principalmente, compreender como se dá a construção dos estilos de interação, que, em nosso caso, ocorre no processo de implementação.

Na análise da construção da ação dos indivíduos, devemos considerar que ela é influenciada por sua posição e dinâmica relacional e pelas interações que estabelecem com outros, considerando todas as habilidades, os estilos e todas as potenciais relações, ou seja, o que poderia ser acionado naquele encontro e que são ou não ativadas. Como afirma White (1995), o conteúdo das relações se dá a partir de que tipos de processos reflexivos são aceitos nos domínios das redes e também nas possíveis múltiplas alternativas que se colocam ao longo de resoluções temporárias.

Sobre isso, Mische (2007 e 2001) desenvolve a ideia de *affiliation profile* (perfis de afiliação), que incorpora às análises todas as afiliações existentes em um determinado encontro entre atores e que podem, ou não, ser ativadas. A ideia é pensar em todas as potencialidades existentes em um processo de interação e quais dessas potencialidades são colocadas em prática, o como e o porquê, uma vez que estes últimos demarcam os estilos de interação.

Ainda com base nos trabalhos de Mische, ela considera, ao analisar os campos de relações e as dinâmicas de interações, que é necessário combinar um olhar à dimensão sistêmica das relações com uma análise pragmática destas relações.

A dimensão sistêmica foca a mudança de estruturas de relação que se interceptam e que podem ser, em parte, vistas pelos atores, embora nunca por completo. Estas relações constroem as oportunidades e as escolhas, de forma que, para compreendermos o que os atores veem e fazem, precisamos compreender onde e com quem eles estão posicionados no sistema de relações sobrepostas.

As trajetórias individuais são feitas pelas interações com outros; as posições estruturais dos atores moldam o tipo de trajetória que desenvolvem, influenciando o envolvimento que têm e os envolvimento que evitam. As escolhas feitas por esses atores, por sua vez, influenciam a estrutura futura de intersecção do campo multissetorial.

Os indivíduos posicionados na intersecção de muitos grupos devem sempre encontrar formas de responder aos conflitos e tensões que criam, bem como às oportunidades que aparecem de síntese e interpretação - e é tratando deste espaço de intersecção que remetemos

às ideias apresentadas anteriormente sobre mediação. Consideramos, portanto, que os atores trazem para a interação estilos apreendidos em seus envolvimento anteriores, bem como habilidades em mediar a tensão colocada por seus múltiplos envolvimento. Essas habilidades são mobilizadas nas interações com outros atores em diversos momentos que, em nosso caso, se refletem no processo de implementação de políticas públicas.

2.3.1 Habilidade de Interação

Considerando as múltiplas afiliações e as constantes negociações dos atores dentro de processos interativos, o foco que adotamos é a dimensão performativa (como os atores agem) de atores que constroem diferentes tipos interação com diferentes tipos de atores em contextos distintos. Neste sentido, cabe adotarmos o conceito de *publics* desenvolvido por Mische e White (1998), aprofundado posteriormente por Mische (2007). *Publics* são espaços intersticiais, nos quais os atores heterogêneos suspendem provisoriamente parte das dimensões de suas múltiplas identidades, sincronizando relações e fazendo possível a comunicação produtiva. A ideia é que nesses espaços intersticiais a comunicação seja viável apenas na medida em que os atores suprimam parte de suas múltiplas afiliações, para estabelecerem momentos de interação com outros atores que, por sua vez, também suprimiram parte de suas múltiplas afiliações. Como afirmam Mische e White (1998), os *publics* criam andaimes sociais temporários, nos quais os atores interagem em situações ritualizadas.

De forma mais pragmática, consideramos como *publics* os momentos em que os agentes implementadores de políticas públicas estão em processos de interação, lidando com os beneficiários das políticas ou com outros funcionários do serviço público. Nesses encontros, esses burocratas desenvolvem suas ações, suprimindo ou ativando parte de suas múltiplas afiliações, de forma que consigam construir o diálogo e realizar a ação que desejam implementar.

Os *publics* sempre envolvem a performance seletiva de identidades, incluindo as baseadas em afiliações organizacionais (partidos, organizações religiosas etc), posições institucionais (ser burocrata, ser funcionário público, ser cidadão etc) e outras associações culturais (gênero, nacionalidade etc).

Essas performances envolvem representações de alinhamento, de construção de fronteiras bem como de orientação para possíveis ações futuras. A ideia é que nestes encontros os atores se questionem: que identidades podem ser expressas e quais devem ser suprimidas? O que pode ou não ser dito?

Consideramos que em cada situação de interação ou encontro há momentos de trazer as identidades ou afastá-las. Assim, nas diversas interações, há práticas e formas de linguagem, além de conteúdos, que se diferenciam em cada um desses momentos – determinando o que pode ou não ser dito (ELIASOPH, 1996).

Nesses encontros, os atores desenvolvem o que Goffmann (1974) denomina molduras conversacionais (*frames*) ou posicionamento (*footings*), recorrendo a mostras implícitas ou explícitas e a qual tipo de fala é apropriada e quais identidades podem ou não ser expressas. Esses posicionamentos são fluidos, alteráveis e manipuláveis a partir de práticas nas quais os atores assinalam (de forma gestual, semântica ou gramatical) qual definição da situação está sendo evocada naquele instante.

Pensando no caso aqui proposto, de análise dos processos de implementação, a ideia seria de que os burocratas implementadores, enquanto interagem com os usuários da política ou com outros profissionais, posicionam sua fala e determinam quais são as identidades ou elementos que são ou não expressos naquele momento de conversação. Assim, acabam conduzindo e construindo o contexto de interação que se reflete no próprio processo de implementação das políticas públicas.

Esses processos de posicionamento têm uma dimensão relacional, onde são posicionadas relações específicas entre os atores que interagem naquele momento (como amizade, família etc), e também uma dimensão ritualística e instrumental. Isso nos leva à evidência de que, quando analisamos as práticas interativas, devemos observar, ao mesmo tempo, três elementos: a linguagem, os grupos e a contextualização. A consideração de todos os elementos é o que conecta o significado da linguagem ao significado da prática, compreendendo como os grupos contextualizam suas interações.

Eliasoph e Lichterman (2003) desenvolveram pesquisas com a questão central de como as pessoas usam representações coletivas para dar significado à vida diária, considerando que os mesmos símbolos podem ter significados diferentes em contextos diferentes.

Em nosso caso, adotamos uma questão mais relacional, analisando como as pessoas utilizam essas representações coletivas para dar significado às formas de interação ao longo do processo de implementação. Esses significados, por sua vez, não têm sentido *per se*, mas sim têm que ter como base analítica a ideia da cultura em interação (ELIASOPH e LICHTERMAN, 2003), permitindo compreender como os mesmos símbolos compartilhados criam diferentes significados. A questão, portanto, é como esses burocratas implementadores utilizam esses diferentes estilos durante a implementação e como isso é referenciado por suas trajetórias, relações estabelecidas e constrangimentos institucionais (que analisaremos em seguida).

A capacidade de fazer os posicionamentos e de performar torna-se uma habilidade desses atores em se comunicarem nos processos de interação. Assim, eles ativam ou desativam seletivamente redes de relações, contribuindo para a definição da situação. Quando as pessoas interagem, elas percebem que estilos estão em jogo e, a partir de suas habilidades de adaptação, conseguem sair-se melhor ou pior nesses contextos.

Os atores que desempenham essas tarefas de construção dos *publics*, em nosso caso os agentes de implementação, precisam da capacidade de mediar entre diferentes identidades e interesses, conseguindo performar de forma produtiva, para conseguir resultados na implementação.

Essas habilidades remetem novamente às ideias de Fligstein (2001), para quem as habilidades são adquiridas pelos pertencimentos a grupos ou esferas de atividades. Para o autor, os atores com habilidades sociais são aqueles que conseguem induzir outros atores a cooperarem. Para tanto, aprendem como interagir, cooperar e ganhar senso de suas próprias identidades a partir dos processos de interação e, acima de tudo, têm habilidade de compreender o ambiente e adaptar seus interesses às contingências. Desenvolvem habilidades sociais para negociar, definir a comunicação das situações e achar formas de mediar os processos de interação e implementação das políticas.

Todos estes elementos acima elencados permitem-nos avançar no entendimento de como os fatores relacionais que podem impactar diretamente a ação dos atores. Agora abordaremos o segundo conjunto de fatores que também influenciam a ação: os fatores organizacionais/institucionais.

2.4 FATORES INSTITUCIONAIS / ORGANIZACIONAIS

Como apresentamos anteriormente, a construção dos estilos de interação dos burocratas implementadores também é fortemente influenciada pelos constrangimentos institucionais que encontram ao longo do processo de implementação. Assim, outro foco central na análise sobre a atuação dos agentes de implementação é observar como os fatores institucionais influenciam a construção da prática e dos estilos destes agentes.

Para tanto, remeteremos à literatura do neoinstitucionalismo, que tem desenvolvido uma extensa análise sobre o papel das instituições na formação de preferências e estratégias dos atores. A retomada dessa literatura ajudar-nos-á a determinar quais fatores institucionais devemos considerar para nossas análises.

Um dos focos do neoinstitucionalismo é a respeito de como as instituições constroem as escolhas e ações dos indivíduos, considerando que são mediadas pelos padrões institucionais dentro dos quais ocorrem. A ideia é que os fatores institucionais podem moldar objetivos dos atores e a distribuição de poder entre eles (STEINMO, 1992). Além disso, considera-se que as instituições fornecem contextos nos quais os atores definem suas estratégias, constroendo suas preferências, ao mesmo tempo em que as próprias instituições também são fruto de preferências, escolhas e resultados políticos.

Compreendemos que a análise realizada pela literatura neoinstitucionalista aborda questões de origem macro, ou seja, questões que influenciam as arenas políticas e o processo de construção da agenda e das políticas públicas. Nesta pesquisa, no entanto, estamos abordando os microelementos que interferem no processo de implementação; embora compreendendo a diferença de abordagem, buscaremos olhar como os elementos da literatura neoinstitucionalista podem indicar-nos como as (micro)instituições impactam a implementação.

A literatura neoinstitucionalista aponta como principais fatores das instituições que influenciam os atores: as percepções que estes possuem sobre seu contexto, com base na aprendizagem e nas regras estabelecidas; as posições de poder, que permitem ou restringem o acesso a informações e a recursos; os incentivos que os atores recebem; as capacidades que encontram nas organizações para realizarem alguma ação; os vetos existentes no sistema; e os constrangimentos decorrentes de compromissos ou estratégias que os atores realizam (PIERSON, 1992).

Em relação a esses diversos fatores, Pierson (1992) identifica duas linhas de argumentações centrais na literatura neoinstitucionalista histórica. A primeira delas enfoca como as políticas públicas produzem recursos e incentivos. Neste sentido, os diversos trabalhos observam como os sistemas políticos conferem recursos e incentivos que, devido às posições estratégicas, beneficiam alguns atores mais do que outros. A segunda linha observa como as instituições e políticas geram informações, aprendizados e recursos que conduzem a processos de significação e de entendimento do mundo.

Podemos observar em ambas as perspectivas diversas análises e argumentações que nos ajudam a compreender como os autores identificam que as instituições afetam a formação de preferências e a adoção de estratégias. Passaremos agora a analisar alguns desses argumentos, situando-os dentro da divisão de Pierson (1992), e que auxiliarão a responder o objetivo do presente trabalho. Vale ressaltar novamente que tentaremos fazer uma tradução destas abordagens neoinstitucionalistas para um olhar das microinstituições que impactam na atuação dos implementadores.

2.4.1 O Impacto dos Recursos e Incentivos nas Preferências

Nesta primeira concepção, a ideia central é de que os sistemas criam incentivos e disponibilizam recursos que ajudam a construir as alternativas para atores, de forma que os indivíduos tomam suas decisões dentro de um repertório induzido pelas condições existentes.

Neste sentido, quando analisados os efeitos das instituições sobre atores, consideramos que as regras e instituições transformam ou expandem as capacidades do Estado, dando incentivos e recursos a alguns grupos e indivíduos e dificultando o acesso de outros. Assim, as políticas criam novas estruturas de representação de interesses e nichos diferenciados de acesso; e, na medida em que as instituições punem ou premiam determinadas ações e escolhas, há um impacto direto nas preferências dos atores (PIERSON, 1992).

As políticas públicas também encorajam os indivíduos a agirem de uma determinada maneira, criando incentivos que geram redes econômicas e sociais e aumentam o custo de adoção de uma determinada alternativa. Como consequência, os atores firmam compromissos com base nos recursos e incentivos recebidos.

As instituições também afetam a capacidade administrativa e de recurso do Estado, além da posição política dos atores. Orloff (1993), por exemplo, observa que a capacidade administrativa e de recurso do Estado tem uma relação direta com as preferências das burocracias do Estado. Essas preferências, por sua vez, são afetadas por fatores como a capacidade que o Estado tem de taxar (e, portanto, os recursos financeiros disponíveis para a ação da burocracia); o desenvolvimento burocrático (formação, perfil, qualificação e capacidades da burocracia estatal); a centralização do Estado (Estados federativos dispersam a autoridade e Estados unitários a concentram); e a sequência burocracia-democratização¹.

Para Clemens e Cook (1999), os diferentes tipos de ordem institucional constituem diferentes tipos de atores e diferentes padrões de relações entre eles. Assim, a posição institucional molda as preferências e interesses dos atores.

Tendo como base essa literatura, podemos considerar que o acesso a recursos e a produção de incentivos, por meio das regras e instituições (mesmo em nível micro), são fatores centrais para a formação de preferências dos atores, na medida em que: permitem, ou não, acesso a recursos, estratégias e poder; impactam as possibilidades de barganha; influenciam a capacidade do Estado e seus atores de possuir recursos – financeiros, administrativos e de pessoal; e punem ou premiam nichos específicos.

Essas concepções, portanto, levam-nos a considerar, como alguns fatores institucionais que influenciam a atuação dos burocratas implementadores: os incentivos institucionais, as capacidades e limitações que o sistema fornece e as práticas que são premiadas ou punidas.

2.4.2 O Impacto das Instituições em Aprendizagem, Informações e Significados

Uma segunda corrente identificada por Pierson (1992), que também nos ajuda a mapear os fatores institucionais, analisa o efeito das instituições, observando questões como a aprendizagem, as informações e os significados que as instituições produzem. O argumento central é de que as pessoas desenvolvem escolhas e cálculos complexos, que vão além da racionalidade e que, por meio de processos de aprendizagem ou de disseminação de informações, as instituições têm efeitos diretos nesses cálculos e escolhas. Neste sentido, as regras e instituições desempenhariam um papel de aprendizagem, levando os atores a

¹ O argumento é de que se o processo de burocratização antecede o de democratização, as burocracias ficam mais insuladas e, quanto mais insulada for a burocracia, maior a possibilidade de ela adotar políticas próprias.

observarem situações passadas, para tomarem decisões e realizarem escolhas. Esta linha de argumentação conduz à ideia de incrementalismo, na medida em que as pessoas tomam decisões e fazem escolhas com base incremental, somando os conhecimentos que possuem em relação ao passado.

Para Immergut (1996), as regras facilitam ou impedem a tradução das políticas públicas em ações concretas. Para ela, o conjunto das regras determina a lógica de tomada de decisão, definindo parâmetros da ação de governo e da influência de grupos. A autora ressalva que as instituições não permitem prever os resultados (na medida em que os atores definem seus desejos independentemente das instituições), mas definem as regras e criam condições para dizer como os conflitos vão se desenrolar e quais estratégias são mais ou menos prováveis de terem sucesso.

Há nessa perspectiva uma visão de que instituições influenciam as práticas dos atores na medida em que criam processos de aprendizagem a partir da disseminação de informações para os diversos atores. Essas informações disseminadas ajudam os atores a interpretar o mundo e influenciam suas percepções em um processo de significação. Assim, as perspectivas ideológicas e os contextos culturais limitam o universo do discurso político, de forma que as políticas existentes moldam o entendimento de problemas, os interesses e as capacidades (ORLOFF, 1993 e HECLO, 1974).

Podemos utilizar estes mesmos elementos para compreender a atuação dos agentes implementadores. Assim, são colocados também como fatores institucionais que influenciam a construção das práticas dos burocratas implementadores: os efeitos de aprendizagem, as informações e significados, considerando que estes fatores influenciam a formação das práticas e escolhas, uma vez que constroem percepções a partir do passado; geram processos de aprendizagem que induzem os atores; criam visões e percepções de mundo que interferem nas escolhas, preferências, valores e objetivos dos próprios grupos.

2.4.3 O Impacto do Caminho Tomado: *Path Dependence*

Todos os fatores apresentados acima, seja considerando os recursos ou a aprendizagem, conduzem-nos à ideia de que, para construírem suas escolhas e estratégias, os atores tomam como base comportamentos já adotados, situações do passado e contextos de constrangimento em que estão inseridos – ideias conectadas diretamente à noção de trajetórias

de pertencimentos que apresentamos anteriormente. Em relação a esses pontos, há também outro fator institucional que podemos incorporar relativamente à ideia de retornos crescentes e de *path dependence*.

Path dependence é um mecanismo que conduz os atores a permanecerem em determinados caminhos, mesmo havendo outros que poderiam ser melhores, devido aos altos custos do retorno; é, portanto, um mecanismo que interfere diretamente nas estratégias e escolhas dos atores.

O argumento central é que existem caminhos que, se tomados, dificultam ou impedem a volta ou a troca, mesmo havendo alguns que poderiam ser superiores. O *path dependence* se baseia na ideia de retornos crescentes e tem dois elementos centrais para a análise. No primeiro, considera-se que os custos de mudar de uma alternativa para outra, em alguns contextos sociais, aumentam ao longo do tempo; no segundo, há uma atenção às questões de tempo e sequência. Assim, um processo de retornos crescentes é não apenas uma questão do que acontece, mas também de quando acontece – e a questão temporal se torna central às análises (PIERSON, 2000).

A ideia de *path dependence* também parte da premissa de que os efeitos dos retornos crescentes de uma determinada política afetam diretamente as escolhas dos atores, na medida em que as trajetórias adotadas podem tornar um retorno mais difícil e custoso. Diferenciando da literatura que discute o *path dependence* na economia da inovação, Pierson (2000) aponta quatro aspectos específicos das políticas públicas que conduzem ou criam processo de retornos crescentes:

- 1) Papel central da ação coletiva na vida política: uma das características centrais da vida política é que as ações são coletivas e os processos de ação coletiva são interdependentes, de forma que as consequências da ação de uma pessoa dependem e interferem na ação dos outros. Assim, a ação coletiva é fortemente afetada pela necessidade de coordenação. Para o autor, se as ações coletivas são instaladas, têm grandes chances de sobrevivência e de permanência, na medida em que dependem de coordenação e de interdependência;
- 2) Alta densidade organizacional: a adesão às instituições não é voluntária na vida política, que implica a coerção do Estado e em uma relação compulsória com determinadas instituições. Há, portanto, uma interdependência dos estilos, de forma que algumas decisões geram uma cadeia de compromissos que criam custos

de instalação para determinada alternativa. Assim, na medida em que as instituições são compulsórias, elas geram consequências (moldam incentivos e recursos de atores), que são difíceis de serem alteradas;

- 3) Possibilidade de usar assimetria de poder: as instituições políticas são pautadas pela assimetria de poder e os atores políticos podem usar as instituições para reforçar, ainda mais, essa assimetria. A ideia, portanto, é de que os atores que estão em posição de impor regras o fazem para autorreforçarem seu poder; e
- 4) Complexidade e opacidade das políticas: os atores políticos têm muitos objetivos e o sistema é tão complexo como ambíguo. Essa complexidade gera interpretações de processos sociais bastante complexos e de difícil mudança. A vida política torna-se, assim, marcada por constantes retornos crescentes.

Considerando os pontos acima, o argumento é de que cada um desses aspectos leva a retornos crescentes e, na medida em que é difícil e custoso mudar alguns arranjos políticos, os atores antecipam o que virá e criam regras e estruturas, que se tornam obstáculos para mudanças institucionais. Dessa forma, as instituições impactam as escolhas e preferências, uma vez que o próprio caminho gera comprometimentos que apenas reforçam o caminho já tomado. O caminho torna-se, portanto, outro fator central às nossas análises, já que eles também influenciam a forma como os atores construirão suas estratégias e farão suas escolhas.

2.4.4 Integrando fatores institucionais ou organizacionais

Quando analisamos o impacto das instituições na formação de preferências e escolhas dos atores, uma das questões centrais é o olhar para a interação de fatores. Não basta, portanto, levar em conta apenas os efeitos de aprendizagem ou os recursos e incentivos, mas também devem ser considerados os contextos e a interação entre os diversos fatores, para compreender como as instituições agem e quais serão os resultados políticos. Isso remete à ideia original dos neoinstitucionalistas de que as preferências são formadas tanto endógena como exogenamente e que é na interação entre esses diferentes fatores que podemos encontrar as respostas para as situações políticas.

Devemos considerar, na análise, como o conjunto de organizações e instituições se relaciona e, assim, molda os processos ou resultados. Ao levarmos em consideração as

análises sobre fatores institucionais, portanto, não devemos observá-los de forma isolada, mas sim, atentar para a interação entre os diversos fatores, analisando os efeitos combinados de instituições e processos, de forma que a interação entre eles, considerando o tempo e o caminho, são as causas para os constrangimentos (PIERSON e SKOCPOL, s/d).

Pierson (1992) lembra-nos, ainda, que não adianta observar apenas os recursos ou os efeitos de aprendizagem, mas que o impacto ou a influência desses diversos fatores nas escolhas e percepções depende de uma interação entre eles. Ou seja: não são apenas as informações ou recursos que influenciam, mas sim uma interação entre esses diversos fatores que atuam no processo político. Além desses fatores como recursos, incentivos, informações e aprendizagens, devemos observar os caminhos ou trajetórias, considerando a interação temporal e a relação causal que nelas existem – o que nos leva, novamente, à ideia de *path dependence*. Assim, é observando a interação entre esses diversos fatores, localizados temporal e contextualmente, que os autores nos ajudam a pensar sobre como as instituições impactam ou afetam as escolhas e preferências dos atores.

Argumentamos aqui que a integração dos fatores institucionais é central para compreender como se dão alguns dos constrangimentos dos atores e, portanto, do contexto onde constroem suas preferências e ações. No entanto, a ampliação da análise, como afirmamos anteriormente, pressupõe entender os fatores institucionais como um dos elementos que interferem na construção da ação dos burocratas implementadores, aqui definida como estilos de implementação. Assim, consideramos que, para compreender como eles exercem sua discricionariedade e como constroem suas ações na prática, é necessário olhar para os fatores relacionais e os fatores institucionais envolvidos no processo de implementação.

Tendo como base todas as questões e fatores apontados neste capítulo, nosso objetivo é compreender como as experiências, perspectivas e posições formaram as estruturas relacionais e as dinâmicas do campo de atuação destes agentes. Para tanto, temos como pressuposto que o que influencia a construção da prática desses atores e, portanto, de seus estilos de implementação, é um misto entre a experiência vivida, as relações estabelecidas, o aprendizado prático, bem como as estruturas organizacionais ou institucionais e a relação que estabelecem com o ambiente nos momentos de interação (GANZ, 2000).

Nosso objetivo é entender a origem social dos estilos e habilidades, olhando para as trajetórias e para os pertencimentos dos atores em esferas de atividades, bem como para as configurações relacionais do campo e para as questões institucionais ditadas pela política

pública. Assim, temos como foco: os fatores relacionais (considerando as trajetórias e as afiliações dos burocratas, bem como os processos de interação que realizam com a comunidade) e os fatores institucionais (considerando todas as normas formais ou não ditadas pela política pública ou pelos supervisores, e que constroem ou definem a ação dos burocratas).

Analisando as questões colocadas acima, bem como as lacunas da bibliografia apresentadas anteriormente, focamos nosso olhar em alguns elementos-chave no nosso processo de compreensão da implementação de políticas públicas: as diferentes formas de implementação, considerando os estilos de interação e as práticas, os fatores relacionais e institucionais/organizacionais que influenciam a construção desses estilos e as habilidades sociais em utilizar esses diferentes recursos na implementação das políticas públicas. Esses elementos, por sua vez, nos conduzem às seguintes questões a serem pesquisadas:

A – Considerando que os atores vivenciam aspectos institucionais/organizacionais e aspectos relacionais em seu cotidiano, como estes diversos aspectos influenciam o processo de implementação das políticas públicas?

B – Como os agentes de implementação constroem os momentos de interação mediando as diversas origens e envolvimento presentes e criando uma sincronização provisória de identidade?

C – Qual o grau de exercício de discricionariedade e escolhas individuais presentes no momento da implementação e qual o impacto de elementos organizacionais sobre as decisões individuais?

D – Como esses diferentes processos de implementação são construídos, apropriados e colocados em prática pelos agentes de implementação?

E – Como esses diferentes processos impactam a implementação da política pública, considerando as decisões individuais e os contextos organizacionais?

No próximo capítulo, aprofundaremos estas questões, contextualizando nosso objeto de pesquisa e detalhando as questões aqui apontadas.

CAPÍTULO 3: CONTEXTUALIZAÇÃO DA PESQUISA: OS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

Nos capítulos anteriores, apresentamos as principais discussões da literatura a respeito do processo de implementação das políticas públicas, dos burocratas de rua e as lacunas desta literatura para compreender a implementação. Em seguida, analisamos os elementos de interação e os fatores relacionais e institucionais/organizacionais que podem influenciar na forma como os burocratas implementam sua ação.

A fim de aprofundar a análise da implementação, incorporando estes elementos analíticos, apresentaremos, neste capítulo, o campo e objeto de estudo selecionados, que nos permitirão observar a atuação dos burocratas de rua em momentos de implementação das ações, interagindo com usuários e com o Estado e avançando na ideia de mediação. Este capítulo é, portanto, reservado para a apresentação da área de estudo selecionada.

3.1 O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

Para as análises que pretendemos realizar, escolhemos os burocratas de nível de rua inseridos no Programa Saúde da Família, que são os Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Os ACS são pessoas da própria comunidade, recrutadas pelo Programa para implementarem as ações de saúde dentro dos domicílios dos usuários.

Ao ser o ator da ponta, responsável pela entrega das ações do PSF nos domicílios dos beneficiários, os ACS acabam atuando segundo a forma descrita por Lipsky (1980) ao conceituar um *street level bureaucrat*. Tomam decisões alocativas, exercem discricionariedade e têm grande impacto sobre o processo de implementação. No entanto, estes atores têm uma particularidade que merece mais análise a respeito de sua forma de implementação. Pelo fato de serem selecionados entre moradores da própria comunidade, os ACS acabam se tornando atores híbridos, burocratas comunitários, ou seja, têm um duplo pertencimento: ao Estado e à comunidade.

Como estamos buscando compreender a implementação enquanto processo que envolve interação e práticas e, no qual a mediação é um ponto-chave, entendemos que o olhar para estes burocratas pode indicar-nos elementos importantes para compreender como atuam, exercem a discricionariedade e como os diversos fatores (relacionais e institucionais) influenciam sua atuação.

Mas, para situar melhor os ACS, explicaremos agora o Programa Saúde da Família e, em seguida, a função destes burocratas na implementação das políticas públicas.

A construção do Programa Saúde da Família no Brasil concentra-se, nas três últimas décadas, em um contexto de redemocratização e reforma dos serviços públicos no Brasil (SILVA e DALMASO, 2002). A partir da mobilização de profissionais de saúde do movimento sanitário, que criticavam o modelo de saúde vigente e propunham alternativas para a construção de um novo modelo, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), na nova Constituição Federal de 1988. O SUS conseguiu assegurar como princípios e diretrizes a universalidade, a integralidade, a equidade e o foco na descentralização.

A partir das diretrizes do SUS, em 1993, começou a se formar o modelo de Saúde da Família no sertão do Ceará, inspirado em programas anteriores, como o Serviço Especial de Saúde Pública, o PIASS e os programas de médico na família, de Cuba. A experiência de Saúde da Família, juntamente com a experiência do Programa de Agentes Comunitários de Saúde no estado (iniciada em 1987) e com as experiências de médicos da família em Niterói, São Paulo e Rio Grande do Sul, foram amplamente discutidas e, em 1994, o programa foi oficializado pelo Ministério da Saúde (ANDRADE, 1998).

O PSF integra um conjunto de medidas de reorganização da atenção básica na perspectiva de se constituir uma das estratégias de reorientação do modelo de atenção à saúde da população no âmbito do SUS. Tem como objetivo contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, com a prestação do serviço nos próprios domicílios – com o objetivo de humanizar o atendimento, abordar a saúde dentro do contexto social e intervir em fatores de risco das residências (Ministério da Saúde, 1997, *apud* SILVA e DALMASO, 2002).

O PSF é atualmente o principal programa relacionado à atenção básica do Brasil que, por sua vez, é considerada a porta de entrada dos usuários ao sistema de saúde. É, portanto, um programa central no contexto da saúde pública brasileira.

Atualmente, o Programa tem cerca de 20.000 equipes atuando em 80% dos municípios brasileiros, o que abrange cerca de 65 milhões de pessoas (35% da população brasileira). Existem no Brasil cerca de 230 mil Agentes Comunitários de Saúde; dados obtidos pelo Ministério da Saúde revelam que aproximadamente 60% deles têm ensino médio completo ou incompleto, 18% ensino fundamental completo e 22% ensino fundamental incompleto (MINISTERIO DA SAUDE, 2010).

Estes elementos evidenciam o enorme impacto e relevância que este Programa tem tido na construção dos serviços públicos de saúde no Brasil. Considerando sua alta abrangência e os possíveis impactos, bem como suas características organizacionais, objeto da próxima sessão, consideramos que o PSF tem elementos interessantes de análise, especialmente no que diz respeito à atuação dos seus agentes implementadores, os ACS.

3.1.1 Arquitetura de Implementação do Programa Saúde da Família

A Constituição Federal de 1988 constituiu um importante marco institucional no contexto federativo brasileiro, no qual se destaca a definição de competências exclusivas e privativas combinadas a competências comuns e concorrentes, repartidas de acordo com o princípio da predominância do interesse (SILVA, 2008). Neste processo, para a maioria das políticas sociais foram definidas competências comuns à União, aos estados e aos municípios, especialmente nas áreas de saúde, assistência social, educação, cultura, habitação e saneamento, meio ambiente, proteção do patrimônio histórico, combate à pobreza e integração social dos setores desfavorecidos e educação para o trânsito (art. 23 da Constituição Federal). Houve, portanto, a partir da Constituição e ao longo da década de 90, uma forte tendência à descentralização em boa parte das políticas sociais (ALMEIDA, 2000).

Neste movimento, os municípios passaram a assumir, ao longo dos anos 90, responsabilidades sobre diversas políticas sociais sem terem, necessariamente, contrapartida financeira ou apoio institucional de outros entes federativos para tanto. Foi durante este processo que se construiu o modelo do Sistema Único de Saúde, que permitia avanços institucionais na relação federativa brasileira na área de saúde, ao dividir funções numa lógica de coordenação, repasses de recursos, incentivos e induções aos municípios.

Inspirado pela experiência do SUS, pode-se observar, atualmente, um movimento de coordenação federativa, que se expressa na criação de outros sistemas, planos e programas nacionais com incentivos à adesão dos entes subnacionais, combinado com uma lógica de contrapartida em termos de execução, como a institucionalização de conselhos, fundos ou atendimento a padrões de execução (ARRETCHE, 2006; ABRUCIO, 2005; GONÇALVES, LOTTA e BITELMAN, 2008).

Analizando o movimento em diversas políticas sociais, autores identificam que elas apresentam em comum a lógica de transferência de recursos, muitas vezes fundo a fundo, com

a regulamentação federal de padrões e definição de competências a partir da adesão voluntária e da previsão de sistemas de informação que permitam monitoramento e avaliação para apoio à coordenação federal, numa lógica chamada de incentivos e induções (GONÇALVES, LOTTA e BITEMAN, 2008).

No caso específico da saúde, o país assistiu à construção de um processo institucional que avançou consideravelmente na ideia de cooperação federativa ao longo dos anos 90. Em primeiro lugar, por meio das leis 8080 e 8142 de 1990, o Sistema Único de Saúde foi incluído na Constituição Federal, bem como os direitos a ele vinculados. Assim, a saúde foi contemplada como direito social, cuja garantia para todos depende do Estado e seguindo uma série de princípios e diretrizes.

Com a legislação do SUS, durante os anos 90 houve um forte processo de descentralização das políticas de saúde a partir de normatizações federais que enquadravam os municípios em diferentes níveis de administração; foram também criadas regras específicas para transferência automática de recursos aos municípios com base *per capita*.

Posteriormente, a partir dos anos 2000, com a criação da NOAS 2001 e 2002, foram definidos padrões de transferência segundo critérios padronizados de execução de programas. Ou seja, em vez de uma lógica baseada em população, a base financeira se concentrou em programas implementados pelos municípios. Também foram padronizados critérios de execução dos programas, bem como responsabilidades mínimas: procedimentos e protocolos de atenção, critérios padronizados de execução de programas; responsabilidades mínimas e padrões para atenção básica; procedimentos de atenção médica para atendimentos de média e alta complexidade; protocolos de assistência médica. Por fim, passou a haver uma indução à adesão de municípios a programas prioritários definidos em âmbito federal por meio de incentivo financeiro, mediante assinatura de termos de compromisso.

É neste movimento que se enquadra o Programa Saúde da Família, que pode ser visto, assim como diversos outros programas sociais recentes, como um dos frutos de um amplo processo de coordenação federativa pelo qual as políticas sociais brasileiras vêm passando (GONÇALVES, LOTTA e BITEMAN, 2008).

O PSF segue a lógica de adesão dos municípios a programas prioritários, explicitada acima. Assim, a partir de uma série de normas e regulamentos estabelecidos em nível federal (Portaria 648, principalmente), os municípios podem optar por aderirem ao programa e

receberem recursos destinados a eles. Assim como as demais políticas inseridas na lógica da coordenação federativa, na arquitetura institucional do PSF, governo federal, estados e municípios têm atribuições específicas, por vezes comuns e por vezes concorrentes.

Às **Secretarias Municipais de Saúde** cabem responsabilidades como: inserir o PSF em sua rede de serviços; definir as características do PSF no Plano de Saúde; garantir infraestrutura necessária para o funcionamento do Programa; cadastrar e atualizar cadastro das famílias e dos profissionais, alimentando os sistemas de informação; e viabilizar a capacitação dos profissionais do PSF.

Às **Secretarias Estaduais** cabe: pactuar com a Comissão Intergestora Bipartite (CIB) as estratégias, diretrizes e normas de implementação do PSF no estado; submeter à CIB os planos de implementação do PSF nos municípios, bem como o fluxo de acompanhamento dos processos e sistemas do Programa; analisar, consolidar e enviar ao Ministério da Saúde as informações enviadas pelos municípios sobre o funcionamento do PSF; monitorar e controlar o uso de recursos por parte dos municípios; prestar assessoria técnica no processo de implementação do PSF; e promover a qualificação dos profissionais do Programa.

Ao **Ministério da Saúde** compete: pactuar na Comissão Intergestora Tripartite (CIT) as diretrizes e normas do PSF; garantir recursos federais para compor o financiamento; promover a qualificação dos profissionais através da articulação de instituições e com o Ministério da Educação; e analisar os dados gerados pelos sistemas de informação.

Para aderir ao PSF, o município envia solicitação à Secretaria Estadual de Saúde e, ao adotar a estratégia assume os compromissos de: valorizar a família e seu espaço social; orientar a intervenção sobre os fatores de risco; desenvolver ações intersetoriais, através de parcerias; estimular o reconhecimento da saúde como um direito de cidadania; e organizar a comunidade para o efetivo exercício do controle social. Assim, a implementação efetiva do Programa está a cargo dos municípios, especificamente das secretarias municipais de saúde, que, ao aderirem ao PSF, devem organizar a rotina de trabalho das Equipes de Saúde da Família alocadas em unidades básicas de saúde.

Se analisarmos a arquitetura institucional do PSF, veremos que existe uma grande complexidade de agentes responsáveis por diferentes atividades e decisões, até a sua implementação efetiva, como ocorre com diversas políticas sociais nacionais.

Assim, as normas e regulamentos são decididos em nível 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 aos PSF, passam a receber repasse de recursos federais, mas, ao mesmo tempo, são obrigados a cumprirem com as regras e normas estabelecidas.

No entanto, a partir das normas estabelecidas, as secretarias municipais acabam determinando suas próprias rotinas de trabalho, organizando as equipes, as unidades básicas e demais necessidades para o funcionamento do programa. Estas rotinas operacionais são repassadas aos gerentes das Unidades de Saúde (UBS).

As UBS são as unidades de saúde destinadas a realizar atenção contínua nas especialidades básicas, com foco em promoção e proteção em saúde, características do nível primário de atenção. Elas são o primeiro contato da população com os serviços de saúde, sendo consideradas as portas de entrada do sistema local ou municipal de saúde (PAULINO et al. 2009). A gerência das UBS é responsável por coordenar as ações mais gerais da unidade, organizando o fluxo de trabalhos, a distribuição de tarefas, as atividades de planejamento e avaliação etc.

Em seguida, ainda na arquitetura de funcionamento do Programa, estão os enfermeiros-coordenadores das equipes que, 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, figuras centrais do programa).

Considerando esta complexa cadeia de atores e tomadores de decisão, podemos retomar as análises colocadas anteriormente, para 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, como o demonstra a figura a seguir.

Figura 1: Cadeia de Atores entre Formulação e Implementação

Fonte: elaboração própria

O contexto de implementação do PSF, influenciado por uma cadeia de atores, demonstra o que vimos na discussão sobre os aspectos institucionais/organizacionais no capítulo anterior. Como apontamos, as diversas decisões tomadas anteriormente pelos atores na política pública acabam gerando aspectos específicos para a implementação (PIERSON, 2000). Ao mesmo tempo, essa complexa cadeia envolvendo diferentes atores tende a resultar em decisões ambíguas, vagas e, por vezes, contraditórias, que, por sua vez, influenciam o contexto de implementação (LIPSKY, 1980 e HILL, 2003).

3.1.2 Competências dos profissionais do PSF

As equipes do PSF são formadas pelos seguintes profissionais, com suas respectivas atribuições:

- 1 Médico: atende a todos os integrantes de cada família, independentemente de sexo e idade, e desenvolve com os demais integrantes da equipe ações preventivas e de promoção da qualidade de vida da população;

- 1 Enfermeiro: supervisiona o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde e do Auxiliar de Enfermagem; realiza consultas nas unidades de saúde, bem como assiste as pessoas que necessitam de cuidados de enfermagem no domicílio;
- 1 Auxiliar de Enfermagem: realiza procedimentos de enfermagem na unidade básica de saúde e no domicílio e executa ações de orientação sanitária;
- 4 a 6 Agentes Comunitários de Saúde: fazem ligação entre as famílias e o serviço de saúde, visitando cada domicílio pelo menos uma vez por mês; realizam o mapeamento das áreas, o cadastramento das famílias e estimulam a comunidade a se envolver no programa (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Cada equipe é, em tese, responsável por uma área geográfica que engloba de 600 a 800 famílias. Cada profissional da equipe tem suas próprias atribuições e responsabilidades. As equipes têm como função promover o conceito de saúde como direito à cidadania, humanizar o atendimento à saúde, realizar consultas médicas e de enfermagem, prevenir doenças e identificar fatores de riscos, fazer visitas domiciliares e reuniões com a comunidade.

As equipes não devem trabalhar isoladamente, mas buscar parceria com diversos segmentos da sociedade e desenvolver ações de educação e promoção da saúde, difundindo permanentemente as informações. Desta forma, busca-se ampliar a participação das organizações populares no planejamento, execução e avaliação do programa.

Para garantir a atenção direta às famílias, o PSF colocou como figura central o ACS. A origem da figura do Agente Comunitário remete ao Ceará, em 1987, com o duplo objetivo de criar oportunidade de emprego para as mulheres na área da seca, ao mesmo tempo em que se contribuísse para a queda da mortalidade infantil. Esta estratégia expandiu-se no estado em três anos, abrangendo todos os municípios cearenses em 1991, e foi encampada pelo Ministério da Saúde no Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

A incorporação do PACS no PSF, em meados dos anos 90, trouxe a figura do Agente Comunitário para um papel central de desenvolver ações nos domicílios de sua área de responsabilidade e junto à unidade para programação e supervisão de suas atividades.

O ACS é uma pessoa da própria comunidade, que está preparada para orientar as famílias a cuidarem de sua própria saúde e da saúde comunitária. Ele age conjuntamente com uma unidade de saúde e atende os moradores de cada residência da região em que é

responsável. Nas visitas, ele deve atender questões relacionadas a: identificação de problemas, orientação, encaminhamento e acompanhamento de procedimentos necessários à proteção, promoção e recuperação da saúde da comunidade.

Para cumprir suas ações, os Agentes Comunitários podem estar ligados a um centro de saúde comum ou serem membros de uma equipe do PSF.

O ACS “é uma pessoa da própria comunidade, que vive vida igual à de seus vizinhos, mas que está preparado para orientar as famílias a cuidarem de sua própria saúde e também da saúde de sua comunidade” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005). Os Agentes são selecionados entre os moradores da comunidade que, em geral, já apresentam tendência de atenderem a algumas demandas das famílias na sua vizinhança, ou seja, que realizem já qualquer atividade de mobilização ou ação solidária embora; na prática, nem sempre isso se realiza.

Entre os pressupostos, eles devem ter idade mínima de 18 anos, saber ler e escrever, residir na comunidade há pelo menos 2 anos e ter disponibilidade integral para exercerem suas atividades. A Lei Federal nº. 10.507/02 criou a profissão de Agente Comunitário de Saúde, que deixou de ser uma ocupação para se tornar uma profissão técnica. Para tanto, passou a ser exigida deles a conclusão de cursos técnicos com 400 horas de duração. Atualmente, todos os ACS devem passar e estão em trâmite nestes cursos cuja responsabilidade legal pela definição de diretrizes curriculares é do Conselho Nacional de Educação. Assim, todos os ACS terão a mesma formação, com conteúdos definidos nacionalmente.

Embora o conteúdo seja definido nacionalmente, através do Referencial Curricular para Curso Técnico de Agente Comunitário (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005), o processo de capacitação é descentralizado e aplicado por escolas técnicas do SUS, escolas de saúde pública, centros formadores dos governos estaduais, secretarias municipais ou outras instituições formadoras, desde que reconhecidas e habilitadas para a formação do ensino técnico.

Os Agentes recebem pelo menos um salário mínimo pago pelo município, mas parte desses recursos é repassada pelo Governo Federal. Os recursos federais são transferidos de forma automática e regular diretamente aos municípios, como previsto na NOB SUS 01/96. O governo repassa um valor fixo anual para cada Agente que o município tenha, com número limite de Agentes. Existem ainda recursos vindos do próprio orçamento do Ministério da

Saúde ou de projetos de cooperação técnica com organismos internacionais utilizados para apoiar o processo de capacitação dos recursos humanos envolvidos.

3.2 REVISÃO DA LITERATURA DOS ACS

Desde a fundação do Programa Saúde da Família e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, a literatura tem trabalhado e analisado experiências sob diversos enfoques. Considerando que parte desta literatura tem relação direta com os temas que estamos tratando e pode ajudar-nos a contextualizar a pesquisa, faremos uma retomada de alguns debates, apresentando diferentes perspectivas sobre os mesmos e que nos podem auxiliar neste trabalho.

Em artigo publicado em 2008, Bornstein e Stotz (2008) realizaram um levantamento da bibliografia, sistematizando as referências da literatura a respeito dos Agentes Comunitários de Saúde publicados desde sua criação até 2004. Para tanto, consultaram 504 artigos de periódicos científicos, manuais e documentos oficiais, dos quais 49 foram consultados na íntegra.

Para dar continuidade ao trabalho desenvolvido por Bornstein e Stotz (2008) e observar a literatura recente dos ACS, realizamos levantamento similar da literatura publicada entre 2005 e agosto de 2009. Foram encontrados 56 artigos dos quais, após uma análise breve, foram selecionados 47, que tivessem como foco a análise do trabalho dos agentes, considerando suas práticas, saberes, processos de educação, capacitação ou formação ou sua inserção na equipe, entre outros.

Tendo como base as análises realizadas por nós e por Bornstein e Stotz (2008), selecionamos algumas questões tratadas pela literatura que analisa os ACS e que entendemos serem relevantes para o presente trabalho:

- 1) Funções, Práticas e Processos de Trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde;
- 2) Processos de Mediação.

Estes dois temas são centrais para o presente trabalho, na medida em que consideramos que o processo de implementação é construído a partir das práticas e das interações estabelecidas entre os implementadores e os usuários. Assim, torna-se relevante,

para nos situarmos em relação ao debate, compreender como a literatura aborda tanto as práticas como o processo de mediação.

3.2.1 Funções, Práticas e Processos de trabalho

Na síntese realizada por Bornstein e Stotz (2008), os autores relatam como a literatura aponta uma pluralidade no entendimento das atribuições dos ACS. Haveria, para a literatura, diferentes entendimentos e compreensões a respeito de quais seriam as atribuições dos ACS e qual o papel desse ator no sistema de saúde. Para o próprio Ministério da Saúde, os ACS seriam vistos como trabalhadores do âmbito do SUS e, ao mesmo tempo, relevantes no contexto de mudança das práticas de saúde e em seu papel social junto à população.

Já para alguns autores, os ACS são vistos como trabalhadores *sui generis*, na medida em que possuem identidade comunitária e realizam tarefas que não se restringem ao campo da saúde, ao mesmo tempo em que são considerados, por vezes, como pertencentes ao grupo de enfermagem (NOGUEIRA et al. 2000).

Ambas as perspectivas reforçam a ideia de que os agentes comunitários de saúde são burocratas com multiplicidade de vínculos e, portanto, agentes híbridos que participam da implementação,

Esta multiplicidade também pode ser identificada nas pesquisas conduzidas por Silva e Dalmaso (2002), segundo os quais o trabalho dos ACS possui duas dimensões: uma estritamente técnica (atendimento aos indivíduos, monitoramento e prevenção de agravos etc.) e outra mais política (saúde entendida como organização da comunidade e transformação das condições de vida). Neste sentido, para as autoras,

“Sua capacidade de liderança e sua história de iniciativas de ajuda comunitária seriam partes integrantes e importantes do seu perfil. Portanto, como requisito da política que lhe deu origem, o conjunto das atividades típicas dos ACS tem de ser ancorado nesse perfil social (...) o ACS constitui um trabalhador *sui generis*” (SILVA e DALMASO, 2002, p.92).

Ferraz e Aerts, em estudo desenvolvido em 29 UBS de Porto Alegre, entrevistaram 114 agentes, buscando levantar as ações por eles desenvolvidas. A pesquisa aponta que os ACS realizam, em média, 7 a 9 visitas por dia e que, além das visitas, o cuidado de crianças é

a atividade mais apreciada por eles. Por sua vez, as menos apreciadas são as administrativas e o preenchimento do SIAB.

As autoras então apresentam um quadro com as atividades mais desenvolvidas, levantadas a partir de entrevistas e grupos focais com os ACS e tendo como base algumas atividades previamente levantadas:

Tabela 2: Atividades desenvolvidas por ACS

Atividades	Incidência
Visita domiciliar	67,4%
Educação em saúde	32,6%
Acompanhamento de grupos de risco	23,9%
Incentivo e participação na formação de grupos	21,7%
Controle vacinal	19,6%
Cadastramento	19,6%
Busca ativa de faltosos	15,2%
Trabalho comunitário	13%
Controle e participação nos programas de saúde	13%
Atividades burocráticas do posto	13%

Fonte: Ferraz e Aerts,

Por fim, as autoras concluem que, na maioria dos serviços, existe uma rotina preestabelecida em relação aos trabalhos dos ACS nas unidades, seja com escala diária ou semanal.

O levantamento do trabalho dos ACS também foi fruto de pesquisa conduzida por Kluthcovsky e Takayanagui (2006). As autoras buscavam refletir sobre a atuação dos ACS em um contexto de mudança do modelo de saúde. Entre outras coisas, as autoras concluem que os ACS trabalham em três dimensões diferentes: a técnica, que opera com saberes epidemiológicos e clínicos; a política, na qual utilizam saberes da saúde coletiva; e a de assistência social, na qual trabalham com a ideia de equidade e acesso aos serviços de saúde.

Em pesquisa conduzida com entrevistas a ACS de um município no estado de São Paulo, os autores buscaram, através dos discursos coletivos, compreender o processo de trabalho dos ACS. Para eles, os agentes descrevem seus trabalhos com atividades, como: visitas domiciliares, investigação da existência de situação de risco nos domicílios, orientação para prevenção de doenças, levar os problemas encontrados nos domicílios para discussão

com a equipe e serviço à comunidade, ensinando o que aprenderam (DUARTE, SILVA e CARDOSO, 2007).

O foco de seu trabalho, segundo eles, é preventivo, de equipe e recebem informações que devem ser transmitidas às famílias. Comparando estas atribuições com aquelas desenhadas pelo Ministério da Saúde, os autores concluem que “as atividades de identificação de parceiros e recursos da comunidade, bem como a mobilização da comunidade para a conquista de ambientes e condições favoráveis à saúde não foram citadas” pelos ACS, o que significa que eles não as entendam como suas funções (DUARTE, SILVA e CARDOSO, 2007).

Como podemos ver, a própria literatura apresenta diferentes visões a respeito das práticas utilizadas pelos ACS, apontando para uma ideia de pluralidade de ações, de entendimentos e, portanto, distribuição de funções diferentes – dependendo do local onde estão inseridas as experiências ou do foco analítico. Esses olhares reforçam a ideia de analisar os burocratas a partir da mediação, compreendendo que analisar a atuação dos burocratas de rua pressupõe entender como exercem a mediação e conectam o Estado aos usuários.

É interessante também notar que parte da literatura inclui, enquanto atividades dos ACS, elementos de vida comunitária (como mobilização ou atividades de assistência social), enquanto outra parte da literatura desconsidera este tipo de atividade enquanto ações da prática do ACS. Como veremos mais adiante, no presente trabalho consideramos enquanto práticas dos ACS todas as ações que ele faz enquanto estiver exercendo seu trabalho, na medida em que todas elas acabam sendo parte do processo de implementação.

Por fim, também é fruto da literatura uma divisão entre as atividades mais técnicas ou mais políticas dos ACS, que reflete uma divisão de conhecimentos na própria literatura – conhecimentos de saber médico técnico e conhecimentos de saber local. Também veremos mais adiante que a consideração de atividades que usam “saberes locais” é importante para a identificação de ações adaptadas ao contexto local e, portanto, fruto de processos de mediação ou tradução dos ACS.

3.2.2 Pesquisas sobre o processo de mediação

Como apontam Borstein e Stotz (2008), é uma unanimidade, tanto na literatura como nos documentos oficiais do Ministério da Saúde, que ACS seja considerado um mediador ou elo entre comunidade e serviços ou entre saberes diferentes. Os autores apresentam diversas pesquisas conduzidas em estados e municípios brasileiros e que apontam alguns benefícios e críticas à função de mediação dos ACS. Nesta perspectiva, uma das questões centrais diz respeito ao pertencimento dos ACS à comunidade e sua vinculação e identidade cultural comuns aos da população usuária dos serviços.

Uma pesquisa importante sobre este tema foi desenvolvida por Trad et al.(2002) em cinco municípios do Estado da Bahia. A partir de uma extensa pesquisa etnográfica, os autores afirmam que os ACS são valorizados pelos usuários no que diz respeito à sua capacidade de transitar no sistema formal de acesso à saúde e facilitar o acesso dos usuários ao sistema. As atribuições dadas aos ACS provocariam um movimento bidirecional: por um lado os agentes informam à população os modos de fazer estabelecidos pelo sistema médico oficial e, por outro, munem os profissionais de saúde de elementos-chave para a compreensão dos problemas de saúde das famílias e das necessidades da população.

Ao mesmo tempo em que são valorizados pela população no acesso aos serviços de atenção básica, a pesquisa aponta que, quando se trata de acesso a serviços de alta complexidade, os sistemas de referência e contrarreferência dependeriam de contatos pessoais e informais dos usuários com profissionais do sistema (TRAD et al., 2002).

Outra pesquisa relevante foi desenvolvida por Nunes et al. (2002); para eles, os ACS podem funcionar tanto como facilitadores quanto como empecilhos na mediação entre os saberes, na medida em que estes atores convivem com a realidade comunitária e, ao mesmo tempo, são treinados a partir de referenciais biomédicos.

A partir de pesquisa realizada em três estados e na capital federal, Nogueira (2000) analisou o papel dos ACS e suas relações de trabalho. O autor argumenta que o “papel que o ACS exerce na relação com a comunidade tem que ser contemplado como prioridade na sua caracterização, que abrange dois aspectos fundamentais: a) identidade com a comunidade; e b) pendor para a ajuda solidária” (NOGUEIRA et al., 2000, p.13).

Para os autores, o ACS estabelece o “elo – a ponte entre as ações do centro de saúde, os profissionais de saúde e as necessidades e prioridades da comunidade”. Nogueira et al.

ressaltam a atuação do ACS, que permite ser mediador entre as distintas esferas de organização de vida social, mediando os objetivos das políticas sociais e os objetivos próprios aos cotidianos da comunidade:

“entre as necessidades de saúde e de outros tipos de necessidades das pessoas; entre o conhecimento popular e o conhecimento científico sobre saúde; entre a capacidade de auto-ajuda própria da comunidade e os direitos sociais garantidos pelo Estado” (NOGUEIRA et al.2000:13).

Outra maneira de observar o processo de mediação exercido pelos ACS foi construída a partir dos estudos de Fortes e Spinetti (2004), analisando o papel das informações no estabelecimento das relações entre os ACS e os demais profissionais do PSF. Para os autores, a reflexão sobre as informações que ocorrem entre usuários e ACS é importante na medida em que os agentes são os primeiros ou mais constantes elos de contato entre a população e o restante da equipe.

Através de entrevistas com gerentes de UBS, enfermeiros e ACS, os autores chegam à conclusão de que, para os gerentes e enfermeiros, o trabalho dos ACS deveria ter como foco veiculação de informações sobre saúde, considerando ainda que estas informações deveriam ser mediadas e decididas por aquilo que os profissionais da equipe entendem ser importante.

Assim, a partir das pesquisas, os demais profissionais da equipe, à parte dos ACS, mostraram “preocupação e dúvidas quanto ao conteúdo e aos limites das informações a serem veiculadas pelo agente” (FORTES e SPINETTI, 2004, p. 1325). E, neste sentido, há uma tendência em se estabelecerem limites para o ACS quanto ao acesso a determinadas informações pessoais ou clínicas dos pacientes, de forma que se restringissem a passar informações administrativas e organizacionais, como os serviços disponíveis e seu funcionamento.

Já para os ACS, o principal enfoque de informações deveria ser voltado a medidas preventivas, formas de facilitação do acesso de usuários ao serviço e discursos a respeito de questões sociais que interferem no processo de saúde.

Conclui-se, desta pesquisa, que, frequentemente, há debates, nas próprias equipes, a respeito de qual deve ser o papel de mediação dos ACS e até que ponto eles devem se estender nesta tarefa sem comprometer a própria concepção de serviços de saúde (FORTES e SPINETTI, 2004).

Uma das críticas ao trabalho dos ACS, colocada pela literatura que estuda a mediação, é a dificuldade dos agentes em encontrar respostas aos encaminhamentos realizados, especialmente para os serviços de maior complexidade, o que causaria uma perda de legitimidade em suas ações.

Outra crítica apontada é a respeito do discurso dos ACS que, por sua formação e relação com as equipes, poderia apenas reproduzir as questões técnicas de forma mecânica, mudando, inclusive, sua forma de atuação e comportamento após assumirem as funções de agentes comunitários de saúde (PEDROSA e TELES, 2001; FERNANDES, 1992; SOLLA et al., 1996).

Bornstein e Stotz (2008) afirmam que falta, pela literatura até 2004, uma análise e descrição mais profunda sobre como se efetiva o processo de mediação ou de estabelecimento de elo entre os agentes, população e profissionais do PSF. Esta questão, inclusive, iria posteriormente servir de base para o desenvolvimento da tese de doutorado de Bornstein (2008) e de mestrado de Lotta (2006).

Em pesquisas desenvolvidas entre 2004 e 2005 nos municípios de Londrina (PR) e de Sobral (CE), argumentamos que, no processo de mediação, os ACS utilizam dinâmicas interativas para estabelecerem relação com os usuários da política pública (LOTTA, 2006). Através do uso de estilos de interação e da criação e adaptação de práticas, os ACS mudam sua prática de forma a tornarem as informações e serviços acessíveis aos usuários.

A partir de análise etnográfica dos 20 ACS, identificamos que eles utilizam quatro estilos de interação entre estado e sociedade: a) ACS utilizam referências da comunidade em suas práticas; b) ACS intercalam saberes adquiridos enquanto profissionais de saúde e saberes próprios de suas vivências; c) ACS realizam tradução de saberes; d) ACS fazem triangulação (LOTTA, 2006).

ACS utilizam referências das vivências comunitárias em suas práticas

Os burocratas implementadores criam e utilizam referências em seus discursos, de forma a torná-los mais próximos e compreensíveis para a comunidade, a partir de elementos que remetam o que eles querem dizer a situações do passado ou ao cotidiano dos usuários. Entre as formas de referências mais comuns estão: referência a histórias da comunidade; referência a familiares dos usuários; referência a pessoas comuns (amigos, familiares,

conhecidos); referência a histórias vividas pelos próprios ACS; referência a situações compartilhadas; referência à religião; e referência à história de saúde do paciente.

A partir do uso destas diversas referências, algumas exemplificadas em seguida, os ACS trazem elementos do cotidiano dos beneficiários para o processo de implementação da política pública (LOTTA, 2006).

ACS intercalam saberes locais e saberes técnicos da saúde

Nos processos de interação com os beneficiários ou com os funcionários do serviço público, os ACS transitam entre o uso de linguagens técnicas, orientadas pela política pública, e linguagens denominadas aqui de saberes locais. Estes saberes são aquelas linguagens utilizadas comumente pelos beneficiários e que passam a fazer parte das rotinas de prática dos implementadores.

Em muitas visitas e diálogos realizam-se discursos que variam entre o saber adquirido enquanto profissional de saúde e o saber que vem das vivências comunitárias dos agentes. Há, ao mesmo tempo, no discurso dos Agentes, um papel didático de ensinar as famílias e tornar o conhecimento mais acessível a elas. Os Agentes, portanto, estabelecem suas rotinas de trabalho variando o discurso entre os saberes e tornando as instruções mais compreensíveis para a população. Seguem abaixo alguns exemplos desta prática (LOTTA, 2006).

ACS traduzem saberes

Os agentes comunitários muitas vezes buscam traduzir as linguagens técnicas para linguagens utilizadas pelos beneficiários, de forma a se fazerem entender, legitimarem suas ações e se aproximarem dos usuários. Em diversas situações pode-se perceber na prática dos ACS a busca de traduzir os saberes médicos para os populares e vice-versa. Os agentes desempenham, nesses casos, uma função didática, na tentativa de se fazerem entender e legitimarem suas ações (LOTTA, 2006).

ACS realizam triangulações

Os ACS realizam triangulações entre os beneficiários da política pública e outros burocratas, em especial demais profissionais da equipe do PSF. Neste processo, intermedeiam

fisicamente o processo de interação. Esta triangulação pode estar associada à ideia de tradução apresentada acima, mas ela vai além, no sentido de intermediar relações, e não apenas traduzir os saberes adquiridos na saúde para saberes mais cotidianos.

Neste sentido, são bastante comuns cenas em que os Agentes conversam com um paciente e com a enfermeira ou médico ao mesmo tempo, dizendo para um o que o outro disse. Os ACS, nessas situações, realizam triangulações inclusive fisicamente, colocando-se entre os profissionais de saúde e a população.

São também comuns situações em que os ACS escrevem um bilhete e pedem para os usuários entregarem para os profissionais da equipe, contendo alguma recomendação ou recado que permita ao outro profissional compreender o que o usuário precisa. Por fim, outro exemplo de triangulação aparece quando os ACS se oferecem para buscar e entregar os medicamentos na casa dos usuários, levar pedidos e marcar exames e consultas, ou, ainda, acompanhar os usuários dentro do posto para ajudar a marcar algum procedimento (LOTTA, 2006).

Em pesquisa a uma UBS do Rio de Janeiro, conduzida durante 2005, com observação participante, Bornstein (2008) levantou aspectos relativos ao processo de mediação conduzido pelos ACS. Para a autora, a mediação é entendida sob diversos aspectos:

“facilitação do acesso da população aos serviços; melhor estratégia para que as normas, objetivos e metas dos serviços sejam entendidos e assimilados pelas ‘classes populares’; maneira de buscar nos serviços uma abertura para o entendimento da lógica e da dinâmica locais”, ainda como mediação entre o conhecimento popular e o tecnocientífico ou como facilitação do acesso aos direitos de cidadania (BORNSTEIN e STOTZ, 2008, p. 458).

Para os autores, há uma ambiguidade na mediação conduzida pelos ACS, na medida em que pode tanto significar mediação entre diferentes saberes ou entre diferentes naturezas de entendimento.

Os autores afirmam que os ACS mediam basicamente cinco elementos diferentes, priorizados pelos próprios ACS durante as visitas domiciliares: 1. Informações e conhecimentos sobre a comunidade e os pacientes; 2. Mediação no serviço local de saúde (UBS); 3. Ouvidor dos serviços de saúde; 4. Trabalhos educativos em outros espaços e serviços sociais; e 5. Apoio social e psicológico.

Bornstein e Stotz (2008) trabalham com duas concepções distintas de exercício de mediação: uma mais vertical, que pressupõe que o conhecimento científico seja melhor e que as pessoas não têm este conhecimento, por isso precisam recebê-lo; e outra concepção mais crítica, que pressupõe a construção compartilhada de conhecimento no processo de mediação.

Os autores constroem, então, uma tipologia de mediação baseada nas observações:

- 1) Mediação convencedora: nela se busca repassar informações sobre o que seria correto em termos de atitudes e comportamentos. São usados argumentos como: o medo da morte, a prescrição etc. Esta mediação justifica uma educação mais vertical e autoritária;
- 2) Mediação transformadora: tem como ênfase a transformação democrática da sociedade e contribui para novas práticas de saúde, com reconhecimento dos diferentes saberes. Nela são reconhecidos os limites do conhecimento científico da saúde.

Analisando a prática dos ACS, os autores argumentam que eles variam entre esses dois tipos de mediação, e que esta variação depende de diversas questões, como as próprias diretrizes dos serviços, as metas exigidas, a organização dos serviços e sua permeabilidade à demanda da população e à formação dos agentes e dos demais profissionais.

Por fim, os autores concluem que,

“O ACS, cujo principal procedimento de trabalho é a visita domiciliar, nutre o polo correspondente ao sistema local de saúde com as informações sobre condições de vida, formas de comunicação, comportamentos e até sobre a situação de violência. É considerado pelos outros profissionais como um elemento fundamental na equipe. No entanto, apesar de ser reconhecido como mediador pelos dois segmentos, este fato não determina a forma de mediação, que depende em grande parte da ‘capilaridade entre os dois polos da grande divisão’ (DUARTE, 2001).” (BORNSTEIN e STOTZ, 2008)

Como podemos ver pela literatura que aborda a questão da mediação, há, em primeiro lugar, um entendimento do papel do ACS enquanto ponte, elo ou ligação entre os usuários e os profissionais de saúde. O processo de mediação é apontado em diversos sentidos, como: entre conhecimento técnico e popular, a vida comunitária e a da política pública, os profissionais da UBS e os usuários do Programa etc. A função do ACS enquanto mediador aparece em diversas situações, inclusive no processo de garantia de acesso a serviços públicos ou acesso a informações e conhecimentos.

A literatura também aponta o processo bidirecional de mediação, ou seja, a ideia de um leva-e-traz de informações entre o Estado e os usuários, exercido pelos ACS, nos quais se depende de capacidade de diálogo, entendimento e comunicação – a exemplo dos estilos de interação que voltaremos a usar mais adiante nesta pesquisa. Esta concepção bidirecional de mediação é também similar ao conceito que estamos adotando nesta pesquisa, adaptado a partir do conceito de Mische (2007). Consideramos que a mediação é um processo de conciliação provisória, que permite conectar grupos que estão parcial ou totalmente desconectados. Neste sentido, a própria literatura que aborda os ACS identifica como eles realizam esta mediação, levando e trazendo informações entre os serviços de saúde e os usuários. Ao longo do processo de implementação, os agentes comunitários conectam mundos que estão parcialmente desconectados – já que há outros canais de acesso entre usuários e serviços, construindo formas de interação que lhes possibilitem mediar.

Todas estas questões abordadas a respeito do processo de mediação serão importantes para delimitarmos nossa análise sobre como a implementação de políticas públicas se efetiva em termos práticos e relacionais. Mas, de forma geral, a literatura sugere, e nós abordaremos adiante, que a mediação se dá tanto em termos de práticas – ações – como em termos de comunicação, ou seja, do uso de estilos de interação ou de comunicação que permitam ao ACS colocar-se (e agir) como o elo entre o Estado e os usuários.

Veremos também como o estabelecimento de elo pode avançar – ou não – na construção de permeabilidade entre o Estado e os usuários, aproximando ou afastando a política pública da realidade vivenciada pelas comunidades.

CAPÍTULO 4: FATORES INSTITUCIONAIS / ORGANIZACIONAIS E OS CONTEXTOS DE IMPLEMENTAÇÃO

Tendo em vista que nesta pesquisa estudaremos a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde enquanto burocratas implementadores, selecionamos três diferentes Unidades Básicas de Saúde, em municípios diversos, que nos possibilitassem observar realidades diferentes. Os critérios de seleção foram explicados na introdução; apenas retomando, selecionamos casos com tempos diversos de implementação e características diferentes, que nos levaram às UBS nos municípios de Sobral (CE), Taboão da Serra (SP) e São Paulo (SP).

Este capítulo tem como objetivo contextualizar os casos estudados, considerando, para isso: características da política de saúde de cada município e aspectos organizacionais de cada UBS. Como apontamos anteriormente, estes elementos são essenciais para contextualizarmos nossas análises, já que consideramos que o processo de implementação e atuação dos burocratas de rua depende tanto de características individuais como de fatores institucionais/organizacionais que influenciam suas decisões, pois constroem um contexto específico de implementação.

Assim, ao longo deste capítulo, abordaremos os seguintes elementos: perfil dos municípios e das UBS, com descrição de cada UBS e das políticas de saúde dos municípios; e levantamento dos contextos específicos de implementação que geram os fatores institucionais e organizacionais.

4.1 PERFIL DOS MUNICÍPIOS E DAS UBS

Para compreender melhor os contextos estudados, apresentaremos o perfil de cada município e da Unidade Básica de Saúde.

4.1.1 Sobral

Sobral situa-se na Região Nordeste do Ceará, a 230 km de Fortaleza. Com pouco mais de 2.219 km de extensão, o município tem uma população de mais de 180 mil habitantes (IBGE, 2009). 86,6% da população residem em zona urbana e 13,4% em zona rural. A taxa

média de crescimento da população é de 1,81% ao ano e a mortalidade infantil é de 19,0 para mil nascidos vivos (DATASUS, 2009). A esperança de vida ao nascer é de 68,3 anos.

Em relação à educação, o município tem taxa de analfabetos com mais de 15 anos de 19,12% (2007), o que lhe dá uma posição melhor em relação ao Estado do Ceará (26,54%), mas superior, se comparada à média brasileira (13,63%).

Os dados sobre a infraestrutura urbana apresentam-se melhores: 94% das residências recebem abastecimento de água, 69,2% de esgoto e 80,2% têm coleta de lixo. A baixa cobertura de esgoto pode assinalar problemas nas condições de saúde da população.

A rede de Estabelecimentos de Saúde compõe-se da seguinte maneira:

Tabela 3: Estabelecimentos de Saúde de Sobral

Administração direta da Saúde (Min Saúde, Sec. Estadual de Saúde e Sec. Municipal de Saúde)	53
Administração direta de outros órgãos	1
Empresa Privada	61
Entidade Beneficente Sem Fins Lucrativos	2

Fonte: Sala de Situação

Vemos aqui um alto número de empresas privadas atuando na saúde; mas com proporção parecida entre as instituições privadas e as públicas, o que pode demonstrar uma política de saúde forte.

O IDH do município é de 0.763, dando-lhe uma posição intermediária em relação ao Estado (0.772) e baixa em relação à média brasileira (0.830). 61,5% da economia do município baseiam-se em serviços, e 33,2% em indústria, principalmente de calçados e vestuário.

Com relação ao PSF, há 38 Unidades Básicas de Saúde. São 390 ACS, cobrindo 100% da população. O PSF cobre 90%, com 47 equipes implantadas. A alta cobertura do PSF e dos ACS demonstra que há uma prioridade no município com relação a este Programa, o que significa também foco em atenção básica e maior estruturação dos serviços.

Em Sobral, o PSF foi implantado a partir de 1997. O processo de implantação das equipes alcançou 60% da meta em 1998 e em 2002 conseguiu a cobertura de 100%, com 37 equipes implantadas e distribuídas em 28 unidades de saúde, localizadas de forma a garantir o acesso de toda população do município à rede de atenção primária de saúde (SILVA, 2003). O

tempo grande de implementação do programa acaba tendo impacto positivo em sua estruturação, já que o município construiu condições, ao longo dos anos, para que o programa funcionasse.

A UBS estudada, Terrenos Novos, fica no limite territorial do município e tem cerca de 4000 famílias. Há áreas caracterizadas como urbanas, com acesso à infraestrutura, e há outras consideradas rurais no mesmo território. A UBS conta com 4 equipes de saúde da família, totalizando 18 ACS. Em nenhum momento da pesquisa testemunhamos todas as equipes completas, sempre faltando médicos em algumas delas.

4.1.2 São Paulo

O município de São Paulo tem uma população de quase 11 milhões de habitantes (IBGE, 2009) e 94% da população residem em zona urbana. A taxa média de crescimento da população é de 0,72% ao ano e a mortalidade infantil é de 13 para mil nascidos vivos (SEADS, 2009). A esperança de vida ao nascer é de 70,66 anos (SALA DE SITUAÇÃO, 2009).

Em relação à educação, o município tem taxa de analfabetos com mais de 15 anos de 15,74% (2007), o que lhe dá uma posição média em relação ao Estado de São Paulo (14,61%).

Quanto aos dados de infraestrutura urbana: 98,6% das residências recebem abastecimento de água e 87% têm coleta de esgoto. Vemos aqui uma taxa maior de coleta de esgoto, que atesta, como já o sabemos, que o município é mais estruturado.

A rede de Estabelecimentos de Saúde compõe-se da seguinte maneira:

Tabela 4: Estabelecimentos de Saúde de São Paulo

Administração direta da Saúde (Min Saúde, Sec. Estadual de Saúde e Sec. Municipal de Saúde)	917
Administração Indireta (Autarquias, Empresa Pública, Fundação Pública, Organização Social)	70
Administração Direta de Outros Órgãos (Mec,Mex,Marinha etc) e Economia Mista	29
Empresa Privada	10.336
Entidade Beneficente Sem Fins Lucrativos, Fundação Privada e Cooperativa	161
Serviço Social Autônomo	78

Fonte: Sala de Situação, 2009.

O alto índice de empresas privadas é justificado pelas características do município. Considerando-se que é o centro financeiro do país, com alta concentração de renda, era de se esperar que o mercado de saúde privado fosse bem estruturado e amplo, como o número o atesta.

Ao mesmo tempo, o quadro demonstra a complexidade que há na arquitetura da rede pública de saúde, com administração direta convivendo com Organizações Sociais, Autarquias, Empresas Públicas etc. Esta complexidade é fruto da própria complexidade da realidade do município, em que habitam muitas pessoas em área geográfica extensa, o que exige uma rede mais estruturada e completa.

O IDH do município é de 0.841, dando-lhe uma posição similar em relação à média do Estado (0.850) e pouco mais alta do que a média brasileira (0.830).

Com relação ao PSF e ao PACS, o município tem um total de 6314 ACS, cobrindo 33,03% da população. O PSF cobre 29,95%, com 954 equipes implantadas, divididas em 561 UBS. A proposta da prefeitura é de ampliar para 45% a cobertura do Programa até o final da gestão atual. Mesmo com o aumento da cobertura, percebe-se que seu percentual ainda é pequeno, correspondendo a menos da metade da população. Por um lado, isso é consequência do tamanho do município, que possui um número muito alto de habitantes e, portanto, maior dificuldade em garantir cobertura. Por outro lado, é fruto do perfil de moradores da cidade, já que uma parte considerável deles tem planos de saúde e não depende da rede pública.

A estrutura de organização do PSF do município de São Paulo tem várias particularidades, legado do sistema de saúde construído no município. A primeira é a gestão das equipes e UBS por parceiros, com os quais há contratos de gestão ou convênios. Assim, a prefeitura estipula algumas normas centrais, realiza planos de trabalho com cada parceiro que deve gerir os serviços de saúde, ou seja, não há administração direta.

O acompanhamento destes convênios é feito mensalmente por conselhos locais de saúde, bem como coordenadorias e supervisões de saúde (que são órgãos descentralizados da secretaria de saúde). Além disso, cada UBS possui seu próprio conselho local de saúde, composto por trabalhadores da saúde e por representantes da população, que devem acompanhar e controlar as ações desenvolvidas pela Unidade.

A UBS acompanhada faz parte de uma região administrativa que compreende os bairros de Aricanduva, Sapopemba e São Mateus, contando com total de 44 UBS, 11 Ambulatórios e 1 Hospital Municipal.

A UBS Santa Madalena é gerida pela parceira SPDM e cuida de 8 mil famílias da região. Existem ali 2 equipes com um total de 11 ACS, e as equipes estão completas e com médicos, NASF e equipe de saúde bucal.

4.1.3 Taboão da Serra

O município de Taboão da Serra situa-se na Região Metropolitana de São Paulo. Tem uma população de mais de 230 mil habitantes (IBGE, 2005) e 100% da população residem em zona urbana. A taxa média de crescimento da população é de 1,93% ao ano e a mortalidade infantil é de 13 para mil nascidos vivos (SEADS, 2009). A esperança de vida ao nascer é de 71,9 anos (Sala de Situação, 2009).

Em relação à educação, o município tem taxa de analfabetos com mais de 15 anos de 18,58% (2007), o que lhe dá uma posição média em relação ao Estado de São Paulo (4,61%).

Quanto aos dados de infraestrutura urbana: 98% das residências recebem abastecimento de água e apenas 69% têm coleta de esgoto. Ou seja, embora seja um município da região metropolitana da cidade, totalmente urbanizado, tem ainda condições precárias em relação à coleta de esgoto. Esta constatação é importante na medida em que sabemos que o acesso a água e esgoto afetam diretamente as condições de saúde da população.

A rede de estabelecimentos de saúde compõe-se da seguinte maneira:

Tabela 5: Estabelecimentos de Saúde de Taboão da Serra

Administração direta da Saúde (Min Saúde, Sec. Estadual de Saúde e Sec. Municipal de Saúde)	31
Empresa Privada	59
Fundação Privada	1

Fonte: Sala de Situação, 2009

Podemos ver, portanto, que a maioria dos equipamentos de saúde é privada, o que sugere que a população do município deve ter acesso, em certa medida, a planos de saúde; caso contrário, as empresas privadas seriam insustentáveis. Ao mesmo tempo, isso pode demonstrar uma fragilidade do sistema público de saúde, na medida em que a rede privada é mais presente que a pública.

O IDH do município é de 0.80, dando-lhe uma posição um pouco mais baixa em relação à média do Estado (0.850) e baixa em relação à média brasileira (0.830), ou seja, é um município com condições precárias de desenvolvimento humano. Vale, nesse sentido, lembrar que Taboão da Serra funciona como uma cidade-dormitório para o município de São Paulo, com muitos habitantes que, embora vivam ali, trabalham na capital.

Com relação ao PSF e ao PACS, o município tem um total de 126 ACS, cobrindo 32,3% da população. O PSF cobre 23%, com 15 equipes implantadas, divididas em 11 UBS. É, portanto, um município com baixa abrangência de cobertura, o que reforça a ideia de fragilidade do sistema público – especialmente se imaginamos que o PSF é a principal política pública de atenção primária do país. A baixa cobertura pode sugerir que, na medida em que não têm acesso à atenção primária, os usuários de saúde buscam a secundária ou terciária (especialidades ou hospitais), além de não haver um foco em prevenção, mas sim, em resolução de agravos. Este processo, por sua vez, encarece a própria política de saúde, por serem atendimentos mais complexos e caros. Ao mesmo tempo, a baixa cobertura é explicada pelo fato de o PSF ter começado 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, com grande parte das habitações consideradas como irregulares e área de favela. A UBS atende cerca de 5000 famílias, com 5 equipes e 29 ACS. Ao longo da pesquisa houve momentos em que todas as equipes contavam com médicos e houve outros momentos em que algumas equipes não dispunham deles.

Para contextualizar as unidades estudadas, vale analisar alguns indicadores de saúde relacionados à atuação dos Agentes Comunitários de Saúde de cada uma destas UBS, para verificar se há diferenças fundamentais entre eles. Entendemos a complexidade destas análises; não nos propomos a concluir resultados a partir de um olhar para os indicadores de saúde das UBS analisadas, mas entendemos também que alguns dos indicadores podem ajudar-nos a observar como está o trabalho dos burocratas de rua, já que estão relacionados diretamente à sua atuação.

Em primeiro lugar, selecionamos alguns indicadores constantes no SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica) e que, em certa medida, pudessem estar mais atrelados à função dos ACS, para verificar se eles nos apontam elementos interessantes de análise.

Realizamos primeiramente uma comparação entre os indicadores de saúde apenas dos 24 ACS estudados, para realizar algumas análises preliminares. Segue abaixo a lista dos indicadores selecionados, bem como o percentual médio de cada um deles por UBS e a média geral. Os indicadores de cada UBS correspondem à média entre os anos de 2007 e 2008².

Tabela 6: Comparação de Indicadores de Saúde das UBS

INDICADORES	Sobral	São Paulo	Taboão da Serra	Média
Crianças de 0 a 3 meses e 29 dias				
Aleitamento Exclusivo	77%	82%	83%	81%
Aleitamento Misto	20%	18%	23%	20%
Crianças de 4 a 11 e 29 dias				
C/ vacinas em dia	99%	87%	96%	94%
Pesadas	98%	86%	93%	92%
Desnutridas	3%	1%	0%	1%
Crianças de 12 a 23 meses e 29 dias				
C/ vacinas em dia	99%	87%	100%	96%
Pesadas	93%	80%	94%	89%
Desnutridas	14%	2%	0%	5%
Crianças menores de 2 anos				
Tiveram diarreia	16%	0%	1%	6%
Que Tiveram IRA	34%	2%	1%	12%
Gestantes				
Acompanhadas	100%	81%	96%	92%
Com Vacina em dia	100%	74%	93%	89%
Cons. de Pré-Natal no mês	100%	76%	86%	87%
Pré-Natal iniciado 1º Trim.	83%	71%	79%	78%
Diabéticos				
Acompanhados	100%	90%	87%	92%
Hipertensos				
Acompanhados	100%	89%	85%	91%

² No caso de ACS com pouco tempo de serviço, os indicadores considerados foram aqueles relativos a seu período de trabalho. Os indicadores do SIAB são padronizados para todo o país e coletados mensalmente por cada ACS, depois consolidados pela UBS e pela Secretaria Municipal de Saúde para envio ao Ministério da Saúde. Pelo fato de estes indicadores serem coletados pelos próprios ACS, não é possível ter uma série histórica dos mesmos para comparar antes e depois da entrada dos agentes comunitários.

Pessoas com Tuberculose				
Acompanhados	100%	100%	100%	100%
Total de Famílias Acompanhadas	160	149	162	157
Nº. Visitas realizadas	218	174	192	194,6
Média de visitas por família	1,39	1,17	1,25	1,27
Média de todos os índices	97%	84%	91%	91%

Fonte: adaptado do Datasus, 2009

A análise dos indicadores acima colocados leva-nos a algumas conclusões interessantes. Considerando que algumas das atuações dos ACS consistem em garantir acesso dos usuários, levar as informações de saúde, acompanhar e controlar os usuários que possuem algum agravamento, podemos de certa forma observar se eles estão desempenhando suas funções a partir dos indicadores de cobertura vacinal e acompanhamento dos agravos.

Neste sentido, analisando todos os indicadores de cobertura vacinal e aqueles de acompanhamento de gestantes, hipertensos, diabéticos e tuberculose, vemos que em todos eles a UBS de Sobral possui um desempenho relativamente maior que os demais municípios.

Isso se confirma com os resultados do último índice da tabela que construímos, levando em consideração a média de todos os indicadores de acompanhamento, para verificar, de alguma forma, o grau de eficiência no acompanhamento de agravos feito pelas equipes. Como vemos também, os resultados de Sobral são relativamente maiores que das demais UBS.

Não podemos condicionar este resultado diretamente ao trabalho do ACS, mas, de alguma maneira, podemos dizer que há uma responsabilidade da organização dos serviços da UBS e do trabalho dos ACS que permite conduzir a estes resultados.

Como veremos em seguida, em Sobral há um gerenciamento mais próximo e constante do trabalho da equipe, havendo uma boa repartição de responsabilidades e um controle grande sobre a produtividade. De certa maneira, podemos imaginar que este controle e gerenciamento acabam promovendo bons resultados no andamento dos serviços, especialmente estes que dependem de um acompanhamento e controle constantes sobre os usuários.

Isso também se reflete e é reflexo do índice de visitas mensais feitas pelos ACS aos usuários. Como podemos ver na tabela, em Sobral há maior número de visitas a cada família mensalmente, enquanto em São Paulo esse índice é menor. O índice maior em Sobral pode ser

reflexo do maior controle sobre os serviços dos ACS (como também observaremos em seguida) e, ao mesmo tempo, pode ser um dos motivadores para melhores indicadores de acompanhamento.

Em contraposição a esses índices de melhor acompanhamento há os índices de diarreia e de IRA (insuficiência respiratória aguda). Em ambos os casos vemos que Sobral possui índices bem maiores do que os demais municípios, reflexo das condições de vida da população local, das questões econômicas, ambientais e de saneamento do município. Por um lado, estes indicadores que dependem de outros fatores para além do PSF são piores em Sobral e, por outro lado, os demais indicadores, que dependem da atuação das equipes são melhores, o que reflete que os indicadores de acompanhamento de agravos podem realmente ser consequência de um bom gerenciamento e controle das equipes.

Uma segunda maneira de olhar para os indicadores de saúde e compreender a atuação dos ACS sobre eles é comparar como estão os resultados destes Agentes Comunitários em relação aos resultados médios municipais. Para tanto, selecionamos alguns indicadores relevantes no trabalho dos ACS e comparamos os resultados individuais com os resultados médios do município, construindo um índice que nos demonstra o quanto os ACS estudados estão além ou aquém dos resultados municipais. A tabela abaixo demonstra este índice em cada UBS estudada.

Tabela 7: Índice da comparação da média dos resultados individuais de indicadores

	Sobral	São Paulo	Taboão da Serra
% Aleitamento exclusivo de crianças de 0 a 3 meses e 29 dias	1,126832	1,095013	1,134343
% de Crianças de 0 a 11 meses e 29 dias com vacinas em dia	1,006423	0,900809	0,961832
% de Crianças de 0 a 11 meses e 29 dias pesadas	1,057579	0,93265	0,948609
% de Crianças de 0 a 11 meses e 29 dias desnutridas	1,554154	1,910028	0
% de Crianças de 12 a 23 meses e 29 dias com vacinas em dia	1,079143	0,893529	0,997546
% de Crianças de 12 a 23 meses e 29 dias pesadas	1,120589	0,908174	0,965949
% de Crianças de 12 a 23 meses e 29 dias desnutridas	3,534231	2,35824	0
% de Gestantes acompanhadas	1,006365	0,846511	0,991175
% de Gestantes com vacina em dia	1,008505	0,821434	0,981235
% de Consulta de pré-natal no mês	1,020072	0,837056	0,938016
% de Consultas de pré-natal com início no 1º trimestre	0,997429	0,845722	0,965528
% de Diabéticos acompanhados	1,071888	0,968195	0,960281
% de Hipertensos acompanhados	1,096737	0,970019	0,961804
Média de visitas por dia por família	1,591222	1,399814	1,540987

Fonte: elaboração própria a partir de dados do Datasus, 2009

A análise desta tabela permite-nos dizer que, especialmente no caso de Sobral, os ACS selecionados têm resultados acima da média dos demais ACS do município, já que seus valores são maiores de 1³. Ao mesmo tempo, há, no caso destes ACS, um valor consideravelmente maior no número de crianças com desnutrição, em relação ao resto do município. Esse indicador apenas evidencia a precariedade da área onde a UBS está situada, precariedade esta que tem como consequência condições ruins de saúde.

A observação dos indicadores de saúde, portanto, nos aponta para possíveis diferenças de organização do Programa e da ação dos ACS que podem levar a resultados e processos diferentes na política pública, especialmente no que se refere à atuação deles. Veremos na próxima sessão essas diferentes formas de organização do trabalho e como elas podem, efetivamente, representar processos de trabalho diversos.

4.2 ANÁLISES DOS CONTEXTOS INSTITUCIONAIS / ORGANIZACIONAIS

Nesta sessão, faremos o levantamento das características e contextos específicos de implementação do PSF em cada UBS estudada. A ideia aqui é apresentar os elementos de organização de cada unidade, que se tornam, portanto, parte central dos fatores institucionais que podem influenciar a ação dos ACS⁴. A questão que está por trás das próximas análises é quais são as condições institucionais/organizacionais que permeiam a atuação dos agentes implementadores e como elas ampliam, limitam ou direcionam sua atuação – inclusive influenciando o exercício da discricionariedade.

Assim, levantamos as questões institucionais 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, em especial a Portaria

³ Consideramos que a diferença dos indicadores pode ser devido a um viés de escolha dos próprios ACS e das Unidades Básicas escolhidas, tendo em vista: as características sanitárias e urbanísticas das três unidades, os diferentes graus de maturidade das experiências, a diversidade no tempo de serviço e experiência dos ACS.

⁴ Reforçamos aqui que os levantamentos abaixo colocados não dizem respeito às questões oficiais ou institucionais declaradas pelas secretarias ou UBS, mas sim pelas observações realizadas em campo. Essa questão é importante na medida em que estamos refletindo sobre como a implementação funciona de fato, e não como ela deveria funcionar ou como as organizações declaram que ela funciona.

648, com a Lei 11.350 e com o Referencial Curricular de Formação Técnica dos ACS (os textos literais dessas legislações estão contidos no Anexo 1).

Organizamos o levantamento das rotinas e operações em cinco tópicos centrais, que nos pareceram mais adequados. Embora outros diversos aspectos pudessem ter sido levantados, acreditamos que estes já dão um panorama suficiente para compreender as diferenças de contextos institucionais. A comparação entre as formas de organização de cada UBS irá nos indicar os elementos e contextos específicos de implementação do PSF e será, portanto, essencial para compreendermos os fatores institucionais que impactam a ação dos agentes implementadores.

4.2.1 Organização e Rotina das Equipes

Embora não especifique como deve ser operacionalizada a rotina das equipes, a Portaria 648 do Ministério da Saúde estipula que as equipes devem organizar visitas domiciliares nas residências dos usuários. Já especificamente sobre a atuação dos ACS em relação à organização interna, a portaria define que eles devem desenvolver atividades de: promoção à saúde, prevenção de doenças e agravos, realizando visitas domiciliares e ações educativas nos domicílios. Devem também manter a equipe informada e acompanhar todas as famílias por meio de visitas domiciliares.

Ainda segundo a portaria, cabe às enfermeiras, enquanto coordenadoras das equipes, o planejamento, gerenciamento, supervisão e avaliação das ações dos ACS, incluindo as atividades de qualificação e educação permanente. É também função das enfermeiras facilitar a relação entre os ACS e os demais profissionais da UBS.

Quanto a estas atribuições e normatizações, veremos como cada uma das UBS se organiza.

Em Sobral, cada uma das equipes realiza, duas vezes ao dia (início e fim do trabalho), reuniões com a enfermeira (coordenadora) e todos os ACS para, em conjunto, programarem as visitas domiciliares (VD) do dia, organizarem a rotina diária de trabalho e darem retorno das atividades realizadas ao final do dia.

A UBS determinou que os ACS realizassem ao menos uma VD mensal a cada uma das famílias e mais uma semanal a: gestantes, puérperas⁵, idosos e crianças com menos de 2 anos.

Quando saem a campo, os ACS têm como rotina de visitas aquela estabelecida pelas enfermeiras (como prioridades), as obrigações semanais (que decidem como executar) e as VDs mensais (que determinam por critérios próprios).

A cada dia da semana, a enfermeira-coordenadora sai com um dos ACS para visitar as famílias que considerarem críticas.

Além das reuniões com enfermeiras-coordenadoras, semanalmente, a gerente da UBS se reúne com todos os ACS para cobrar retorno das atividades realizadas, passar novas instruções e resolver pendências coletivas. Em Sobral, a prefeitura organizou semanalmente um encontro da secretaria com todas as gerentes da UBS, a que se seguem reuniões internas das UBS para repassarem os informes e as decisões tomadas pela secretaria.

Em Sobral, a gerente da UBS realiza um rigoroso controle sobre os horários dos vários profissionais, em especial dos ACS. Controla horários de entrada e de saída, faltas, além de exigir justificativa de tudo. Para cumprir com o controle, os ACS devem comparecer à UBS nas manhãs, para início do trabalho, ao final da manhã, para saída ao almoço, na volta do almoço e ao final do expediente.

Percebemos, assim, uma divisão e integração de trabalhos entre as coordenadoras e a gerente da UBS, sendo que as primeiras acompanham o trabalho dos ACS diretamente, ajudam a definir prioridades e agenda, tiram dúvidas técnicas e dão instruções; a gerente responsabiliza-se por ações mais gerais da UBS, controla o horário de trabalho dos profissionais da unidade e conecta a UBS à secretaria de saúde.

Em São Paulo, as equipes não se reúnem diariamente para organizar a agenda de visitas, embora haja uma proximidade entre as equipes, especialmente pelo espaço físico, que faz com que todos se encontrem quando estão na UBS.

A UBS determinou que os ACS precisam realizar uma visita domiciliar mensal a cada família, além de demandas específicas ou prioritárias. Durante o período de observação, presenciamos diversas vezes os ACS saindo para visitas no sentido de cumprirem agendas diferentes de suas rotinas, como entrega de exames, aviso para vagas abertas no dentista,

⁵ Mulheres no período de 30 dias pós-parto

aviso para atividades comunitárias, acompanhamento da equipe do NASF ou acompanhamento de outros profissionais da UBS, devido a campanhas de vacinação.

Há na rotina da UBS uma proximidade grande entre a gerente da unidade e as equipes de saúde da família, sendo que a primeira acompanha de perto as ações realizadas e cobra os resultados acordados pelas metas. Todas as equipes se reúnem uma vez por semana, em conjunto com a gerente da UBS, para discutir os casos e passar as informações.

Como no caso de São Paulo há o diferencial do parceiro (SPDM), as informações da secretaria para as UBS acabam fluindo como no caso de Sobral, ou seja, as gerentes de UBS fazem reuniões semanais com parceiros, que, por sua vez representam o que foi acordado com a secretaria de saúde; e a gerente acaba transmitindo as informações e decisões para as equipes. Assim, boa parte das reuniões gerais serve para informar as equipes a respeito das novas regras, condições ou fluxos de trabalho.

De forma geral, as equipes não controlam os horários dos ACS diretamente, especialmente porque eles não precisam vir à UBS quatro vezes ao dia, como acontece em Sobral. No entanto, as próprias ACS sempre avisam em casos de atraso ou falta, deixando anotado em uma lousa como serão seus horários.

No caso de São Paulo vimos que, em geral, a gerente da UBS tem um controle maior sobre o trabalho dos ACS do que as enfermeiras coordenadoras. Isso pode ser notado, por exemplo, na análise dos relatórios e dados dos ACS, que é feito pela gerente, e não pelas coordenadoras. Além disso, a gerente acaba por ter muita proximidade com os profissionais, enquanto as enfermeiras coordenadoras não assumem fortemente um papel de coordenação da equipe.

Em Taboão da Serra, algumas das equipes decidiram realizar reuniões diárias (antes ou depois das visitas), com enfermeira-coordenadora e médica, para passarem os casos e pegar as demandas necessárias, embora isso não seja prática de todas as equipes.

A UBS determinou que os ACS precisam realizar apenas uma visita domiciliar mensal a cada uma das famílias e que o tempo restante deve ser organizado com outras demandas específicas da UBS (como entrega de exames, convocação para acolhimento, convocação para pesagem de crianças).

Não há reuniões estabelecidas entre o gerente da UBS e os ACS. Apenas uma destas reuniões foi presenciada, e tinha como objetivo mudar a rotina de trabalho dos ACS e convidá-los a participarem da campanha eleitoral fora do horário de trabalho.

Ao mesmo tempo, presenciamos algumas reuniões entre os ACS e a Secretaria Municipal, para passar a eles novas rotinas, avaliar e adaptar o processo de trabalho, sem participação de gerente da UBS. A necessidade destas reuniões diretas entre secretaria e equipes evidencia-se pela falta de rotina de reuniões com os gerentes das UBS, como acontece em Sobral e em São Paulo. Assim, como a gerente não recebe sistematicamente informações da secretaria, esta se incumbe de transmitir as decisões diretamente para as equipes.

De forma geral, as equipes não controlam o horário de trabalho dos ACS. Não precisam comparecer à UBS no início, meio e fim do expediente e não há controle das entradas e saídas, a não ser quando há reuniões de equipes.

Percebemos em Taboão da Serra uma falta de integração entre os trabalhos das enfermeiras, coordenadoras de equipe e a gerente. Em primeiro lugar, percebemos uma gerência pouco atuante e pouco presente, que não coordenava as ações diretamente e não se conectava muito com as equipes. Já no caso das coordenadoras-enfermeiras, suas atribuições ficavam mais condicionadas às suas escolhas individuais, ou seja, cada uma atuava de determinada maneira. Enquanto algumas tinham conexão mais próxima com as equipes e ACS, outras acabavam atuando mais como enfermeiras clínicas na UBS, e não como coordenadoras de equipe.

Sistematizamos e resumimos em seguida as informações colocadas acima.

Tabela 8: Resumo das Rotinas

	Sobral	São Paulo	Taboão da Serra
Reuniões de Equipe	2 Diárias	Reuniões semanais.	Algumas equipes: 1 Diária Outras equipes: não sistemáticas
Reuniões com gerente UBS	1 semanal	1 semanal	Não sistemática
Reuniões com Secretaria de Saúde	Não sistemática (gerente repassa informações colocadas nas reuniões semanais de gerentes com a secretaria)	Não sistemática (gerente repassa informações colocadas nas reuniões semanais de gerentes com os parceiros)	Constantes
Número de VD exigidas	Famílias sem agravos: 1 mensalmente Famílias com agravos: 1 semanal	Famílias sem agravos: 1 mensal Casos específicos são solicitados	Famílias com ou sem agravos: 1 mensal
Determinação das VD	Rotinas: ACS Emergência: ACS e enfermeira (nas reuniões diárias)	Rotinas: ACS Emergência: ACS e enfermeira (por solicitação específica)	Rotinas: ACS Emergência: ACS e enfermeira (por solicitação específica)
Controle do trabalho	Presença 4 vezes ao dia na UBS Cobrança constante	Presença 2 vezes ao dia na UBS Encontros constantes na UBS	Presença 2 vezes ao dia na UBS
Papel das Gerentes da UBS e das Enfermeiras Coordenadoras	Divisão clara de trabalhos entre elas. Gerente: questões gerais, ligação com secretaria de saúde e controle dos horários de trabalho. Enfermeiras coordenadoras: definição de agenda e visitas dos ACS, acompanhamento de casos e instruções de saúde para ACS, atendimento clínico na UBS.	Gerente tem maior força na coordenação das equipes. Gerente: relação com secretaria, análise de relatórios mensais, instruções técnicas para ACS. Enfermeiras: ajudam na organização da rotina de visitas, fazem atendimento clínico na UBS, dão algumas instruções de saúde para ACS.	Pouca relação entre trabalho da gerente e coordenadoras. Gerente: ausência da UBS, distância das rotinas e das equipes. Enfermeiras coordenadoras: depende de cada uma a atuação. Algumas gerenciam agenda e dão instruções, outras fazem apenas atendimento clínico na UBS.

Fonte: elaboração própria

Se compararmos os três casos, podemos perceber que há diferenças na forma como cada Unidade Básica organiza suas rotinas de trabalho, seja na determinação de número de visitas, de reuniões ou no controle do trabalho dos ACS. Estas diferenças podem ser vistas,

inclusive, dentro da mesma UBS, onde uma equipe organiza sua rotina de maneira diferente de outra.

Outra diferença importante na comparação entre as três UBS diz respeito ao papel de gestão e coordenação dado às gerentes de UBS e às enfermeiras-coordenadoras. Como vimos acima, apenas no caso de Sobral há uma divisão e integralidade mais clara entre os papéis de coordenação da gerente da UBS e da enfermeira. Nos demais casos, ou há ausência da função de algum deles ou há sobreposição de tarefas.

Esta questão pode tornar-se um problema para a implementação do programa. Como já apresentamos anteriormente, as pesquisas desenvolvidas por Neto e Sampaio (2008) concluem que o bom relacionamento com a equipe, a organização dos serviços de saúde e o comprometimento são essenciais para o bom funcionamento da gestão do PSF. Este argumento é reforçado por Canesqui e Spinelli (2008), para quem há problemas na implementação do programa, tanto quando há falta de controle e supervisão como quando há superposição das funções de coordenação, o que afeta os trabalhos das equipes, a tomada de decisões e a resolução de problemas.

Para estes autores, ainda, a criação de estruturas gerenciais e administrativas específicas para o programa facilita os mecanismos decisórios, enquanto sua falta gera problemas de conflito e falta de divisão de tarefas entre os níveis de assistência (CANESQUI e SPINELLI, 2008).

Outra questão interessante é a do papel das gerências na relação com as Secretarias Municipais. Tanto no caso de Sobral como no de São Paulo, as gerentes conectam as unidades básicas ao sistema de saúde, potencializando a troca de informações de maneira sistêmica. Essa observação vai de acordo com o que Dias, Cunha e Amorim (2005) concluem, a partir da análise de quais as condições necessárias para que o programa seja implantado de maneira efetiva. Para os autores, a gerência deve atuar como um conector entre a saúde básica e os demais níveis de atenção à saúde, potencializando a rede de atenção.

De forma geral, podemos também afirmar que a própria divisão ou não de tarefas também é fruto de um processo de adaptação do programa e de sua apropriação localmente, inclusive na divisão de tarefas e determinação de seu funcionamento.

4.2.2 Organização de grupos e atividades coletivas

As normas do PSF em relação à organização de grupos e atividades coletivas estão determinadas pela portaria 648. Entre as funções estabelecidas, uma delas preconiza que as equipes devem responsabilizar-se por desenvolver ações educativas, com o objetivo de melhorar as condições de saúde e o controle social da população.

A portaria também coloca a necessidade de serem desenvolvidas ações focalizadas para grupos ou fatores de risco (comportamentais, alimentares ou ambientais), no sentido da prevenção de doenças. As equipes também devem realizar os cuidados da população nas UBS, em domicílios ou espaços comunitários. Já especificamente para os ACS, é obrigação deles a promoção de ações individuais ou coletivas de educação em saúde.

Veremos agora como cada UBS organiza seus grupos e atividades coletivas.

Em Sobral, são organizados grupos semanais para hipertensos e diabéticos, gestantes, adolescentes; promovem também caminhadas para idosos. Os ACS devem convocar os usuários e participar dos grupos referentes às suas áreas; diversas vezes são incumbidos da organização de atividades educativas, como arrumar as salas, preparar material etc.

Há também em Sobral diversas atividades coletivas organizadas pela UBS para socialização dos usuários, como festas, encontros, arraial etc. Nestas atividades, os ACS assumem função de convidar as pessoas, organizar as atividades e, por vezes, até contribuir com a caixinha de recursos para aquisição de comida.

Em São Paulo, são organizados grupos semanais ou quinzenais de hipertensão e diabetes, grupo de gestantes, prevenção, planejamento familiar, odontologia e relaxamento, com profissionais do NASF.

Durante o tempo de observação na UBS, os grupos foram realizados dentro da sede da mesma, em uma antiga capela. No entanto, depois do término das pesquisas, a UBS estava programada para ocupar outro espaço. Pudemos acompanhar discussões a respeito de que os grupos futuramente seriam realizados em outros espaços, para contemplar os usuários de equipes que ficassem mais distantes da UBS.

Os ACS têm a função de convidar as pessoas para os grupos e, de forma revezada, devem participar dos mesmos, ajudando a organizar e preparar sala e material, no preenchimento de prontuários, no auxílio à medição clínica das pessoas (como peso, por

exemplo), entre outras ações. Também presenciamos algumas vezes os ACS participando de grupos de demandas e necessidades próprias, como dor na coluna, problemas pessoais etc. Neste caso, sua participação dava-se mais enquanto usuário do que como equipe.

Em Taboão da Serra, no início da pesquisa, cada equipe organizava encontros semanais de acolhimento em algum espaço fora da UBS (igrejas, salões etc.). Nestes acolhimentos, eram feitas trocas de exames, pequenas consultas, entregas de exames alterados, medição de pressão, marcação de consultas e palestras educativas. A cada semana o acolhimento destinava-se a um tema diferente. Os ACS eram responsáveis por convocarem as pessoas, ajudar a preparar o espaço e a receber os pacientes, organizando ordem de atendimento.

Por causa das eleições municipais, primeiramente a prefeitura decidiu acabar com a marcação de consultas no acolhimento (antes os pacientes só poderiam marcar consultas nesse local). A agenda de consultas passaria a ficar no posto, para que qualquer paciente pudesse marcar consultas quando necessitasse.

Em seguida, a prefeitura decidiu acabar com o acolhimento fora das UBS, alegando a distância das casas dos usuários e problemas religiosos (pacientes evangélicos reclamavam de terem de ir à igreja católica para serem atendidos e vice-versa). Começaram a fazer reuniões na UBS, cada dia da semana para uma equipe. Houve significativo esvaziamento dos acolhimentos (cerca de 70% de redução no número de pacientes participantes).

Com a nova organização, os ACS ficaram responsáveis por avisar a todas as famílias a respeito dos novos procedimentos (primeiro, o fim da marcação; depois, o fim do acolhimento nos espaços comunitários) e continuaram ajudando na organização e recepção dos pacientes na UBS, nos dias de acolhimento.

Além do acolhimento, a UBS também organiza semanalmente na unidade grupos de gestantes e hipertensos. No entanto, os ACS não são convidados a participar.

Em reunião coletiva, após muitas dúvidas sobre a participação ou não dos ACS em grupos e atividades educativas, a secretaria de saúde decidiu que eles não deveriam organizar grupos, por lhes faltar formação para tanto.

No que diz respeito aos grupos, podemos ver que há também uma grande diferença na forma como as UBS e as equipes organizam os grupos e atividades educativas. Em parte, novamente, isso se demonstra pela amplitude das regras e pelas formas diferentes de poder operacionalizar e adaptar as ações educativas. Esta adaptação é relevante, no caso do PSF, na medida em que permite que cada UBS selecione os temas que deva tratar nas ações educativas, considerando o contexto onde está inserido.

Outra constatação interessante diz respeito à função dos grupos. No caso de Sobral e de São Paulo, vemos que os grupos têm uma função mais voltada a ações educativas ou de convivência para os usuários. Já no caso de Taboão da Serra, vemos que os grupos e o acolhimento assumem mais uma função de diminuir a demanda individual da UBS, na medida em que tratam de condições de saúde em grupo, e não em consultas individuais.

Com relação aos grupos, vemos ainda que, especificamente no caso dos ACS, há uma apropriação diferente no envolvimento deles com os trabalhos de grupos – em alguns casos participam do processo para ajudar, em outros para também serem contemplados com ações educativas e, em outros casos, não precisam participar. Isso demonstra mais uma vez a liberdade e flexibilidade para adaptação que as UBS possuem no desenvolvimento do Programa.

4.2.3 Relação entre os profissionais das Equipes

Segundo as normas do Ministério, as equipes deveriam realizar trabalho interdisciplinar, unindo equipes e áreas técnicas, envolvendo-as na avaliação das ações e nos processos de planejamento. As equipes também devem participar do planejamento das ações, acompanhar e avaliar as ações implementadas, voltadas à promoção de saúde e tendo como base o diagnóstico situacional e o foco na família e na comunidade.

Além disso, a Portaria 648 também coloca como obrigação de todos os profissionais: “VIII - participar das atividades de planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis.”

Em Sobral, a UBS realiza reuniões semanais, durante uma tarde, com todos os profissionais, incluindo médicos, enfermeiras, auxiliares, dentistas, farmacêuticos,

administrativos, ACS, faxineiras, cozinheiras etc. Nesse dia, a UBS fecha para que todos os profissionais possam participar e este é o momento de avaliar as ações realizadas e programar o que ainda é necessário. Nas reuniões, a gerente compartilha todas as informações que recebe da secretaria e os profissionais apresentam as ações que têm desenvolvido. As equipes da UBS estimulam essas reuniões a terem um caráter mais informal, e, para tanto, estabeleceram um abraço coletivo ao final, bem como uma confraternização com comida levada pelas equipes, em rodízio, a cada reunião.

Todos os profissionais são estimulados (e por vezes até obrigados) a participar, havendo pedido especial para ouvirem os ACS quando os assuntos dizem respeito a eles; em especial para perguntar a opinião sobre atividades coletivas, formas de convocação da população, avaliação das ações realizadas etc. É um dos ACS, inclusive, que abre as reuniões, apresentando a pauta de discussões, enquanto outro ACS preenche o livro-ata. Vale dizer que os médicos são os menos envolvidos nos processos coletivos e, muitas vezes, nem participam das reuniões.

Também são organizadas atividades de planejamento anual de funções a serem desenvolvidas pelos profissionais da UBS. Embora não tenham sido presenciadas estas reuniões, os ACS afirmam que participam ativamente das sugestões e decisões.

Em São Paulo há muitas ações coletivas formais e informais entre diferentes profissionais, como descreveremos abaixo.

Como já dissemos anteriormente, semanalmente é realizada uma reunião entre os profissionais da UBS, para apresentarem as discussões passadas pela parceira e pela secretaria, bem como resolver assuntos importantes. Embora estas reuniões sejam direcionadas a todos os profissionais, como acontecem em horário de trabalho, alguns não participam. Além disso, a falta de cobrança direta para participação reflete-se na baixa adesão à reunião. De qualquer maneira, presenciamos nestas reuniões discussões muito abertas, com espaço para participação de todos os profissionais, especialmente dos ACS – que ocupam boa parte das falas.

Presenciamos também vários momentos informais e não institucionalizados de encontro. Vimos, diariamente, encontros dos ACS e de outros profissionais na “capela”, local onde eram realizados os grupos, reuniões e onde os ACS organizavam suas fichas e informações.

Nesses encontros informais, parecia haver uma harmoniosa relação entre os profissionais, especialmente entre os ACS e enfermeiras, auxiliares de enfermagem, profissionais de odontologia e gerente da UBS. Pudemos perceber que parte das conversas era voltada a questões da comunidade, por vezes para atualizar informações, por vezes em tom de “fofoca” entre os profissionais a respeito de determinado usuário.

Tais reuniões eram também muito marcadas por discussões a respeito dos conflitos de “ser agente”, das questões de violência vivenciada e presenciada pelos ACS ou por questões sociais da comunidade.

Presenciamos, também, diversas vezes, a gerente da UBS participando destes encontros e interagindo com os ACS, para lhes perguntar sobre as fichas, questionar sobre pacientes ou dar informações e sugestões. Também pudemos ver por diversas vezes a gerente elogiando o trabalho dos ACS ou parabenizando seus resultados.

As equipes realizam planejamento anual de suas atividades; pudemos presenciar duas reuniões com esse propósito. O planejamento segue metodologia baseada no PES (Planejamento Estratégico Situacional), como recomenda a parceira SPDM, e é organizado de forma participativa e coletiva. A base para o desenvolvimento do Planejamento é o plano de metas acordado com a parceira e com a secretaria de saúde, que deve ser cumprido pelas UBS. Nas reuniões de planejamento presenciadas, vimos que todos os profissionais podiam dar sugestões de maneira franca e aberta e boa parte delas foi contemplada no plano.

Em Taboão da Serra não são feitas reuniões coletivas periódicas com todos os profissionais da UBS. Há alguns momentos de integração promovidos por almoços coletivos, por exemplo, mas onde não se mostra um envolvimento de todos os profissionais, especialmente dos ACS.

Inclusive, há certos conflitos internos sobre quais os papéis e responsabilidades que deveriam ser desenvolvidos por cada um dos profissionais. Por exemplo, há uma discussão constante entre os médicos pelo fato de os ACS terem acesso aos prontuários dos pacientes. Foi bem evidente nessa UBS a desconexão entre os ACS e a gerente da UBS, que não sabia o nome dos agentes que trabalham na Unidade. A gerente estava ausente durante boa parte do tempo e as equipes tampouco pareciam integradas e unidas.

Não há relatos nem presenciamos, em Taboão da Serra, de ações de planejamento coletivo.

No caso do envolvimento das equipes e profissionais, além de poder ser vista uma forma diferente de operacionalizar a organização interna da UBS, podemos ver como estas institucionalizações resultam na interação entre as pessoas. Podemos verificar como há diversidade na interação entre os profissionais e o nível de conflitos existentes.

Neste ponto, é relevante reafirmar os resultados das pesquisas de Neto e Sampaio (2008) a respeito das condições para o bom funcionamento do PSF. Como concluíram os autores, o bom relacionamento interno das equipes é a condição mais importante para que o programa funcione e sua implementação tenha resultados positivos.

Mas podemos ver que há certos limites operacionais para implementação das normas estabelecidas pelo Programa, especialmente nos espaços formais de encontros e discussões: no caso de Sobral, pela falta de participação dos médicos no processo; e no caso de Taboão da Serra, pela falta de sistematização e formalização de espaços integrados e coletivos de avaliação e planejamento. Já no caso de São Paulo, a baixa adesão dos profissionais às reuniões evidencia falta de envolvimento para as ações coletivas de avaliação e planejamento da UBS.

4.2.4 Processo educativo, formação e seleção

Quanto aos processos educativos e de formação, o Ministério coloca como obrigação de todos os profissionais a participação em atividades de educação permanente. Nesse processo, cabe à enfermeira, enquanto coordenadora, a supervisão e realização de atividades educativas dos ACS e aos médicos a contribuição nesse processo de qualificação dos agentes comunitários. Por fim, a Portaria 648 ainda coloca que a secretaria municipal deve “estimular e viabilizar a capacitação e a educação permanente dos profissionais das equipes”. Sobre o tema da seleção dos ACS, a Lei 11.350 diz que a contratação dos ACS:

“deverá ser precedida de processo seletivo público de provas ou de provas e títulos, de acordo com a natureza e a complexidade de suas atribuições e requisitos específicos para o exercício das atividades, que atenda aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência”.

Como critérios, coloca:

“I - residir na área da comunidade em que atuar, desde a data da publicação do edital do processo seletivo público; II - haver concluído, com aproveitamento, curso introdutório de formação inicial e continuada; e III - haver concluído o ensino fundamental”.

Em relação aos programas formais de educação e formação, em Sobral, mesmo o PSF existindo há uma década, em nossa primeira visita ao município, em 2005, os ACS trabalhavam sem terem passado por curso de formação inicial. A prefeitura estava programando realizar o curso de formação técnica (de 3 meses), mas havia ACS, há 8 anos na função, que nunca tinha sido formado. Na volta, em 2009, todos os ACS já tinham passado pela Fase I da formação técnica disponibilizada pelo Ministério da Saúde.

Em relação à educação interna das equipes, em Sobral esta é uma atividade sistemática, na qual as enfermeiras participam de processo educativo dos ACS, mas ensinam funções que vão além de suas atividades formalizadas, como, por exemplo: fazer teste de hanseníase e tuberculose, identificar a higiene nas casas etc. Esses processos se dão dentro das rotinas de trabalho das equipes, nas reuniões diárias, e também nas visitas domiciliares realizadas em conjunto, entre enfermeiras e ACS. Mas vale dizer que o processo de educação não envolve os médicos das equipes.

Em relação ao concurso, como em Sobral o PSF já era antigo, muitos ACS ingressaram sem concursos, por indicação ou por trabalhos anteriores com envolvimento comunitário. Havia, por exemplo, vários ACS que antes eram agentes das pastorais, líderes comunitários ou que tinham algum tipo de envolvimento prévio com a população.

No entanto, devido às novas regras instituídas (em especial dos ACS como profissão técnica), em 2005 houve pressão para realização do concurso, que acabou não vingando e, em 2009, os mesmos ACS permaneciam trabalhando.

Em São Paulo, os ACS admitidos passaram pela Fase I da formação técnica do Ministério da Saúde. No caso da Prefeitura de São Paulo, as ações de educação e formação ficam sob responsabilidade dos parceiros. Assim, presenciamos tanto a oferta de alguns cursos gerais por parte do parceiro como solicitação das equipes para treinamentos específicos – esta solicitação, inclusive, é parte do planejamento anual.

Verificamos também vários momentos de formação na prática, especialmente no caso de ACS que realizavam VD com as equipes do NASF ou mesmo nas reuniões gerais em que a gerente da UBS ensinava questões técnicas e clínicas de saúde.

As ACS de São Paulo possuem ainda um diferencial, uma vez que uma parte considerável delas faz ou fez cursos de formação em saúde, à parte do trabalho. Assim, há pessoas formadas ou estudando enfermagem, auxiliar de enfermagem, primeiros socorros etc.

Com relação à seleção dos ACS, a gerente da UBS conta que houve uma mudança nos últimos anos. Primeiramente, acreditava-se na importância de os ACS serem líderes comunitários, de forma que a seleção era baseada em indicação de pessoas com esta característica e não era necessário um processo seletivo específico. Com o passar dos anos, no entanto, a equipe começou a achar que a seleção de líderes comunitários causava prejuízos ao Programa, na medida em que eles misturavam sua influência na comunidade e suas relações pessoais com as ações que deveriam realizar.

Assim, estabeleceu-se que a escolha de ACS deveria seguir um processo seletivo que conta com prova de questões psicotécnicas, interpretação de textos e dinâmica de grupos. Nos últimos anos, também, a SPDM passou a exigir que todos os ACS tivessem concluído ensino médio, tendo obrigado os que ainda não o tinham a voltar a estudar.

Em Taboão da Serra, todos os ACS ingressantes passam ou passaram por curso de curta duração. No entanto, os que entraram mais recentemente passaram pelo curso antes do início dos trabalhos, enquanto os mais antigos passaram pelo curso posteriormente. Isso acabou gerando alguns conflitos internos entre os ACS, já que os novos, que vinham dos cursos, traziam questões e práticas diferentes dos que já trabalhavam.

Como não há encontros ou reuniões sistemáticas entre as equipes, não pudemos presenciar atividades de formação na prática, internas às equipes.

Em Taboão da Serra, como o programa é bem mais recente, os ACS foram admitidos por seleção própria. No entanto, a base da seleção era fortemente voltada para aspectos da formação educacional dos ACS (agentes com cursos técnicos, ensino médio ou superior), em vez do foco em ACS com envolvimento comunitário prévio ou liderança.

Tabela 9: Síntese da Formação

	Sobral	São Paulo	Taboão da Serra
Formação dos ACS	Fase I da formação técnica do Ministério da Saúde Cursos específicos disponibilizados pela Secretaria de Saúde	Fase I da formação técnica do Ministério da Saúde Cursos específicos disponibilizados pela SPDM	Fase I da formação técnica do Ministério da Saúde
Educação interna	Enfermeira realiza atividades com os ACS, mas além de suas funções	Equipe do NASF e Gerente da UBS realizam atividades com os ACS	Não sistemática
Processo seletivo	Não realizado, em virtude de a implementação do programa ser anterior à lei	Anteriormente não havia processo seletivo. Atualmente todos os ACS entram por processo	Oficializado. Todos os ACS entraram por processo seletivo
Prioridade na seleção	Agentes com envolvimento comunitário ou lideranças	Anteriormente líderes comunitários. Atualmente ACS bons na dinâmica de grupo	Agentes com bons níveis de formação educacional

Fonte: elaboração própria

No caso dos temas da Educação, vemos que a formação inicial dos ACS tem sido homogeneizada a partir da construção dos cursos de formação técnica do Agente Comunitário de Saúde, baseados no referencial curricular construído pelos Ministérios da Saúde e da Educação. Esta homogeneização é positiva porque faz com que os ACS possuam as mesmas bases de formação e conhecimento em todo o país. No entanto, é pressuposto que as secretarias municipais de saúde construam programas de formação específicos para adaptar a formação dos agentes à sua realidade.

Para tanto, as atividades de formação na prática são fundamentais e, neste caso, vemos grandes diferenças entre os três municípios. Em alguns casos há formação direta das equipes, especialmente enfermeiras, para com os ACS, a partir de questões e casos práticos. Já em outros casos, esta formação está vinculada à atuação das equipes do NASF. No caso de Taboão da Serra não há formação na prática institucionalizada, o que causa um prejuízo para a própria formação dos agentes.

Com relação ao tema do processo seletivo, encontramos também algumas diferenças, que refletem a amplitude das regras do Programa. Isso se dá pela forma como os municípios estabelecem seu processo seletivo e, especialmente, o que priorizam na seleção – alguns salientam a questão do envolvimento comunitário, outros a interação e relação, e outros os

conhecimentos cognitivos. Podemos concluir que isso gera uma diversidade enorme nos conhecimentos e habilidades que os ACS selecionados possuem.

Parte desta diversidade pode ser suprida pela homogeneização do curso de formação, mas ainda assim sobram diferenças não equacionadas pela formação, o que irão, posteriormente, refletir-se na própria atuação dos ACS, como veremos mais adiante.

4.2.5 Coleta e Gerenciamento de informações

Uma das ações centrais para a avaliação do PSF é a construção e alimentação do Sistema Informação da Atenção Básica, o SIAB. Para tanto, os vários profissionais das equipes devem alimentar o sistema com informações coletadas em seu serviço e estas informações servem como forma de repasse de recursos do Ministério de Saúde para os municípios.

O SIAB foi construído enquanto sistema de informação para coleta de dados e construção de indicadores, com o objetivo de servir como instrumento para gestão dos sistemas locais de saúde.

O SIAB é dividido em módulos que contemplam diversas dimensões como: cadastramento das famílias, com dados de escolaridade, condições de moradia, saneamento básico e condições de saúde referidas (chamado de Ficha A); situações de saúde e acompanhamento de grupos com agravos, especialmente gestação, tuberculose, hanseníase, hipertensão e diabetes (Ficha B); condições específicas das crianças (Ficha C); módulo para notificação de agravos e registro da produção (Ficha D). Há ainda relatórios que buscam análises sociais, sanitárias e epidemiológicas do território e as informações referentes às equipes do PSF, que são uma das bases para repasse dos incentivos do Ministério da Saúde.

Quanto às atribuições dos profissionais de saúde em relação ao SIAB, a Portaria 648 coloca que os profissionais devem garantir a qualidade no registro das atividades no sistema.

Analisando-se as UBS em questão, vemos que há algumas diferenças na forma como elas lidam com as fichas; no entanto, o que há de comum em todas elas é um excesso de burocratização do processo de alimentação das informações, que tomam muito tempo e nem sempre geram os retornos esperados de alimentar as informações da equipe e auxiliar no planejamento e avaliação das mesmas.

Nos três casos estudados, os ACS precisam preencher as fichas de cadastro das famílias, denominadas Fichas A, bem como a ficha de consolidação das atividades mensais dos profissionais, denominada Ficha D.

Em Sobral, no entanto, também fica a cargo dos ACS o acompanhamento das cadernetas de gestantes e de crianças. Estas cadernetas são entregues às famílias e possuem um “espelho”, com as mesmas informações, que são armazenadas e acompanhadas pelos ACS. Assim, os agentes são responsáveis por atualizar tanto as fichas que ficam com as famílias como as suas cópias, que armazenam em casa e levam nas visitas domiciliares.

Os ACS de Sobral também precisam preencher um mapa ou relatório diário das visitas realizadas, onde constam as informações das famílias acompanhadas e das ações feitas naquele dia.

Os ACS em Sobral também são responsáveis por preencher uma ficha de indicação de crianças com risco, para receberem o leite doado pela prefeitura. E, por fim, os ACS acompanham a Ficha B, voltada para pacientes com doenças crônicas ou agravos, que é criada pelos médicos ou enfermeiras, mas acompanhada pelos ACS para verificação de medicação tomada.

Em Sobral, os ACS também acompanham e preenchem os prontuários dos pacientes, especialmente com a ficha de cadastro ou com outras informações importantes, quando necessário. À parte das fichas oficiais, diversos ACS desta localidade possuem suas próprias fichas ou formas de síntese das informações, como cadernos, relatórios que fazem para si ou que as enfermeiras solicitam, entre outros instrumentos de armazenamento.

Com relação às informações decorrentes das fichas, uma vez por mês os ACS as sistematizam, consolidam e repassam para as enfermeiras coordenadoras, que analisam, discutem casos com os ACS e encaminham para a gerente da UBS, que fica responsável pela digitação das mesmas no sistema.

Apesar da análise das fichas pelas enfermeiras com os ACS, percebemos que esta atividade está mais voltada a assegurar veracidade das informações do que alimentar a avaliação ou planejamento das ações, ou seja, não há práticas de análise epidemiológica ou histórica das informações.

Em São Paulo, os ACS também precisam preencher as Fichas A e Ficha D. No entanto, a parceira SPDM ainda criou um relatório de visitas que deve ser anexado aos prontuários e onde são colocadas todas as informações coletadas das famílias e as ações desenvolvidas. Apesar da exigência dos relatórios oficiais e de que eles devem ser feitos durante as visitas, vimos que alguns ACS fazem as anotações depois das visitas ou primeiro anotam em cadernos, para depois passarem a limpo.

Os ACS também são responsáveis por guardar informações nos prontuários. Durante o período da pesquisa, os ACS estavam trocando todos os envelopes de prontuários, reorganizando os arquivos e passando informações a limpo.

Mensalmente, os ACS digitam os próprios dados no sistema, que depois é conferido e analisado pela gerente da UBS. Após análise, a gerente senta-se com as equipes, para repassar os erros ou problemas do sistema, que devem ser corrigidos coletivamente. Presenciamos algumas reuniões em que a gerente realizava avaliações e análises com os ACS a respeito das informações coletadas.

Também pudemos ver alguns ACS fazendo suas próprias análises a partir das informações coletadas e transformando estas análises em decisões e readequação de ações. Além disso, as equipes ainda ficam com cópias dos relatórios do SIAB, para acompanharem suas produções.

Em Taboão da Serra, os ACS são responsáveis também por preencher as fichas obrigatórias, ou seja, Ficha A, de cadastro e Ficha D, de produção mensal. Para além destas fichas oficiais, os ACS ainda possuem cadernos ou relatórios que elaboram e usam para guardar as informações.

Alguns ACS acompanham ainda os prontuários dos pacientes, onde armazenam as Fichas ou checam informações de consultas, exames etc.

Para a síntese das informações, uma vez por semana cada equipe tem uma manhã específica para passar as informações a limpo e repassar ao técnico que as digitará.

Não presenciamos, no caso de Taboão da Serra, nenhuma atividade de checagem da veracidade dos dados nem de análise ou avaliação dos mesmos com perspectiva epidemiológica.

Tabela 10: Síntese do Gerenciamento de Informações

	Sobral	São Paulo	Taboão da Serra
Coleta dos dados	ACS precisam preencher várias fichas e relatórios. ACS podem ter cadernos	ACS precisam preencher várias fichas e relatórios. ACS podem ter cadernos	ACS precisam preencher várias fichas e relatórios. ACS podem ter cadernos
Consolidação dos relatórios	ACS se reúnem uma vez por mês com enfermeira	ACS se reúnem uma vez por mês com gerente da UBS	ACS consolidam uma vez por semana
Digitação no SIAB	Gerente digita informações	ACS digitam informações	Alguns ACS digitam Auxiliar técnico administrativo digita
Análise das informações	Enfermeiras fazem algumas análises, mais voltadas à veracidade dos dados	Gerente da UBS faz análises, equipes devem fazer análises, ACS recebem cópias dos relatórios do SIAB	Não são feitas análises das informações
Prontuários	ACS colocam algumas informações	ACS devem pegar prontuários antes das visitas ACS reorganizam prontuários	ACS colocam algumas informações

Fonte: elaboração própria

Analisando as questões acima colocadas, a primeira evidência é de que a própria gestão das informações do PSF é feita de forma diferenciada em cada UBS, o que pode provocar diferenças, inclusive, nos resultados dos sistemas alimentados. Considerando ambos os contextos com amplo exercício de discricionariedade, pode-se até questionar a qualidade das informações e dados coletados.

A falta de retorno das informações para avaliação e análise leva a muitas situações de descuido ou mesmo de descaso com o preenchimento das informações e dos sistemas. Assim, embora isso não possa ser generalizado, presenciamos momentos em que os profissionais inventavam dados, não por má fé, mas por displicência, despreparo ou por não darem a devida importância à informação. Além disso, como as informações são digitadas por outros profissionais no sistema, podem-se ver também momentos de digitação equivocados, de mau entendimento dos números passados, e outras situações que podem significar má qualidade das informações. Presenciamos algumas situações em que o preenchimento errado de sistemas acabava incorrendo em erros de análise ou identificação de situações de doenças inexistentes nos territórios.

Quanto a isso, o estudo conduzido por Martines e Chaves (2007) demonstra como obstáculos ao SIAB a vulnerabilidade do registro de informações e sua burocratização. Isso gera, para os ACS, falta de clareza sobre a utilidade do SIAB, de tal forma que ele acaba por

ser “referido como atividade burocrática que obstaculiza o desempenho de atividades realmente importantes” (MARTINES e CHAVES, 2007).

Percebemos também que a qualidade das informações é pouco estimulada em algumas equipes e em algumas secretarias, que não demonstraram (ao menos durante as pesquisas) incentivo ou estímulo para que a informação coletada se transformasse em prática de ação.

Por fim, podemos perceber que há muitas informações que se perdem no processo, seja porque os ACS não as colocam nos relatórios, seja porque colocam em seus cadernos, seja porque os demais profissionais não as utilizam para suas atividades.

Analisando de forma geral os dados apresentados neste capítulo, percebemos que há, efetivamente, uma grande diferença na forma como a cadeia de formuladores e implementadores adapta e formata o programa.

Como constatamos, estas diferenças são, em parte, fruto do próprio processo de construção de uma política pública nacional, na medida em que se busca 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 neste sentido, criando bases normativas comuns, mas possibilitando um exercício de discricionariedade e flexibilidade na implementação do Programa, 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 proposital 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 institucionais para a implementação do programa.

Esta cadeia de atores envolve desde as secretarias municipais de saúde, quando organizam as rotinas do Programa, até as gerências das Unidades Básicas, os coordenadores de equipe e outros profissionais. Cada um destes atores ou instituições exerce algum grau de adaptação que muda a forma de implementação do programa.

Observando como isso atuaria sobre a implementação, podemos imaginar que, de acordo com as várias características de rotinas e operações definidas ao longo da cadeia e as atribuições designadas, os agentes de implementação, ACS, agirão conforme o contexto. É neste sentido que entendemos a força dos fatores institucionais/organizacionais sobre a

atuação dos agentes implementadores. Além disso, para lembrar Lipsky (1980), no momento de sua atuação, ainda influenciarão as decisões tomadas por estes burocratas, suas referências e valores.

Podemos contrapor as constatações acima com o modelo de implementação proposto por Matland (1995), para quem o contexto e o ambiente de implementação são condições fundamentais para compreender como ocorre. Como vimos no primeiro capítulo, o autor propõe um modelo que analisa a implementação a partir do grau de ambiguidade e conflito existentes no processo. Observando as quatro possibilidades propostas pelo autor, e comparando com os elementos aqui analisados, podemos considerar que o contexto de implementação do PSF se dá a partir do modelo de implementação experimental, no qual os atores e o contexto são altamente dominantes e os resultados dependem dos processos de microimplementação. Como há baixo conflito e alta ambiguidade no caso do PSF, a conclusão é de que muitos diferentes atores interferem no processo de implementação e condicionam seus resultados.

Isso reitera a ideia de que uma política pública (especialmente o PSF) nunca está pronta ou determinada quando é formulada, em especial quando pensamos em política com algum tipo de coordenação federal. Para sua efetivação, as políticas vão passando pelas mãos de diferentes atores e instituições que determinam, interpretam e decidem formas diferentes de atuação, de operação e de coordenação de quem implementará posteriormente o programa.

É assim, através de pequenas decisões ao longo de uma ampla cadeia, que as políticas vão sendo, de fato, desenhadas e implementadas. Para pensarmos em avaliar ou analisar a implementação de um programa, devemos ter em mente estas várias transformações e apropriações locais – não como defeito ou crítica às políticas, mas sim, como um simples ponto de partida para sua compreensão.

Neste sentido, reforçamos a ideia de que os fatores institucionais/organizacionais são determinantes para compreender como os burocratas implementadores agem, na medida em que, ao longo da cadeia de formulação/implementação, são construídos contextos específicos sobre os quais os burocratas poderão atuar. Assim, consideramos que as próprias decisões que serão tomadas e a discricionariedade que será exercida pelos implementadores têm como pano de fundo condições específicas colocadas pelo contexto que, inclusive, podem ampliar ou limitar o espaço para discricionariedade.

Neste capítulo, procuramos avançar na análise dos contextos institucionais que influenciam a ação dos burocratas e mapeamos as condições das organizações que conduzem, direcionam ou levam a decisões específicas ou a contextos de implementação. Vimos que algumas condições organizacionais acabam por gerar contextos e processos de implementação específicos e direcionam a atuação dos agentes comunitários, de forma que sobra menor ou maior margem para exercício de discricionariedade. Vimos também que estas diferentes formas de organização acabam por refletir-se em indicadores de saúde diferentes, relacionados à atuação dos ACS. Veremos posteriormente como estas condições acabam atuando sobre a construção das práticas e dos estilos de interação dos ACS e como influenciam o processo de implementação. No próximo capítulo, avançaremos na observação dos fatores relacionais que podem também influenciar as decisões tomadas pelos burocratas.

CAPÍTULO 5: FATORES RELACIONAIS: O PAPEL DAS REDES SOCIAIS E DO PERFIL DE AFILIAÇÃO NO PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO

No capítulo anterior, analisamos o papel dos fatores organizacionais e institucionais no processo de implementação do PSF. Observamos como diferentes elementos, decisões e diretrizes constroem diferentes contextos de implementação. Neste capítulo, voltaremos nosso olhar para outro conjunto de fatores importantes para compreender a implementação: os fatores relacionais. Para tanto, analisaremos o perfil de afiliação e as redes sociais dos burocratas de rua estudados (ACS), buscando compreender como são suas redes e quais as diferenças que apontam para o processo de implementação, especialmente para o estabelecimento de vínculos e para a construção da permeabilidade entre Estado e sociedade.

5.1 PERFIL DOS ACS ACOMPANHADOS – CARACTERÍSTICAS INDIVIDUAIS E PERFIS DE AFILIAÇÃO

A fim de entendermos o papel dos indivíduos no processo de implementação das políticas, é importante observarmos algumas características que podem impactar a forma como atuam. Para tanto, valer-nos-emos de análises relacionadas a questões individuais (como idade, anos de moradia no bairro, escolaridade etc.), e de características relacionadas ao perfil de afiliação, *affiliation profile* (como frequência a igreja e pertencimento a associações). Neste momento, essas informações servirão apenas para contextualizarmos os ACS acompanhados, mas, posteriormente, valer-nos-emos delas nos cruzamentos com outras variáveis, para buscar explicações sobre como os ACS constroem suas práticas.

Em primeiro lugar, apresentaremos um perfil dos ACS acompanhados, a fim de compreendermos algumas características básicas deles e que diferenciam cada uma das UBS. A tabela a seguir apresenta as características sistematizadas do perfil dos ACS acompanhados a partir das médias dos oito ACS de cada município:

Tabela 11: Características e Afiliações dos ACS estudados

		Sobral	São Paulo	Taboão da Serra
Idade		29 anos	39 anos	28 anos
Gênero		2 Homens 6 Mulheres	8 Mulheres	2 Homens 6 Mulheres
Tempo de residência no bairro		20 anos	28 anos	12 anos
Tempo de Profissão		7 anos	8 anos	1,8 anos
Escolaridade	Fundamental Incompleto	0	25%	0
	Fundamental Completo	0	25%	0
	Ensino Médio	75%	25%	87,5%
	Técnico em Saúde	12,5%	12,5%	12,5%
	Faculdade	12,5%	12,5%	0
Religião	Católica não praticante	25%	25%	25,0%
	Católica praticante	50%	12,5%	25,0%
	Evangélica praticante	25%	50%	12,5%
	Católica e Evangélica	0	0	12,5%
	Umbanda	0	12,5%	0
	Sem religião	0	0	25%
Associações	Associações de ACS (profissionais)	38%	0	0
	Associações de Moradores de Bairro	12,5%	0	12,5%
	Conselho Local de Saúde	0	25%	0
	Associações ligadas à Igreja	12,5%	0	0
	Nenhuma	38%	75%	87,5%

Fonte: elaboração própria

Os ACS acompanhados em Sobral têm uma idade média de quase 30 anos, com mais de 20 anos de moradia no bairro e cerca de 7 anos de profissão, sendo que este dado varia entre 1 ano e 17 anos e 75% estão há mais de 6 anos. Os agentes de Sobral possuem, na grande maioria, ensino médio. Em termos de religião, cerca de 75% deles frequentam a igreja católica ou evangélica e 25% não são praticantes, embora pertençam a alguma religião. Em Sobral, 63% (5 ACS) participam de alguma atividade comunitária (3 ACS participam da Associação Municipal de ACS, 1 da Associação de Moradores do Bairro e 1 da Pastoral da Criança).

Como já sugerimos pela própria história do PSF em Sobral, os agentes daquele município têm características muito próprias em sua vivência comunitária. Em primeiro lugar, vemos uma ligação religiosa bem forte, que se reflete não só no pertencimento a igrejas, mas também na relação que eles têm com elementos religiosos, como, por exemplo, sempre mencionarem Deus, pedirem e darem a bênção e carregar elementos religiosos, como cruz,

figuras etc., em suas pastas e materiais de trabalho. A religião também aparece constantemente na fala destes ACS, como poderemos ver posteriormente nos estilos de implementação.

Outra característica comunitária destes ACS é sua vivência próxima aos usuários e à dinâmica do bairro. O tempo de moradia no bairro já é um indício para isso, mas as características do território também são significantes para apontar a relação entre os ACS e os usuários. Por ser uma cidade de tamanho médio, no interior do estado, os moradores de Sobral estão mais acostumados a usarem as ruas, a caminhar, a ficar na calçada e conhecer seus vizinhos. Essas características são comuns também à vivência dos agentes comunitários que conhecem boa parte dos moradores do bairro (não só os usuários que atendem, mas também moradores de outras microáreas) e que convivem muito na rua.

Pudemos acompanhar, por exemplo, diversas festividades, atividades comunitárias, encontros dos moradores do bairro etc., que são elementos próprios daquela localidade e que, portanto, alteram a própria relação que os ACS podem ter com os usuários. Essa vivência mais próxima dos vizinhos e dos moradores é importante também para compreendermos como os estilos de interação operam, especialmente porque acaba se tornando um elemento importante para a promoção de atividades de mobilização.

Por fim, outro elemento particular dos ACS daquela localidade é sua ligação com o PSF. Sobral é reconhecido nacionalmente como um município-referência na implementação do Programa. Assim, há uma valorização grande em torno dos profissionais e participantes do PSF, seja por parte da prefeitura, seja de pesquisadores e, especialmente, dos usuários. Os ACS daquela localidade, portanto, acabam ganhando certo *status* em sua profissão, já que são fonte constante de pesquisas e são reconhecidos pelos usuários do Programa enquanto pessoas fundamentais para as políticas de saúde. A valorização do Programa e destes profissionais é importante também para compreendermos como são tratados pela organização e pelos usuários.

Em São Paulo, o perfil de ACS acompanhados é de pessoas mais velhas, com média de 39 anos, mas com grande tempo de moradia na região – cerca de 28 anos. A média de tempo de profissão – 8 anos – também é grande. Em São Paulo vemos grandes variações no perfil educacional e é ali que podemos ver ACS com menos formação - 50% possuem apenas o ensino fundamental – completo ou incompleto, e 50% possuem ensino médio, técnico ou cursam faculdade. A religião mais representativa em São Paulo é a igreja evangélica, com cerca de 50% de praticantes, contra 12,5% de praticantes da católica. Com relação à

participação em associações e atividades comunitárias, em São Paulo, 2 ACS são do conselho gestor local de saúde.

Diferentemente dos ACS de Sobral, os agentes de São Paulo não possuem uma ligação comunitária tão forte, em virtude da própria dinâmica do território. Pelas características próprias da cidade, boa parte dos moradores dos bairros não trabalha ali e, portanto, não tem uma vivência comunitária muito grande. Além disso, elementos como a violência e o tráfico acabam também fazendo os moradores serem mais isolados. Isso se reflete na atuação dos ACS daquela região que, na maioria das vezes, conhecem uma parcela geograficamente restrita dos moradores.

A falta de vivência em espaços coletivos também faz com que os ACS tenham mais dificuldades para realizarem atividades de mobilização. A questão da violência e do tráfico são também determinantes para a atuação não apenas dos ACS, mas de todas as políticas públicas implementadas naquele território.

Vários foram os relatos de que Unidade Básica de Saúde e as escolas da região precisam negociar constantemente com o tráfico, para poderem realizar suas ações. Isso interfere na atuação dos ACS, na medida em que eles precisam estabelecer dinâmicas diferentes, para não infligirem o espaço do tráfico e, além disso, não se tornarem alvo de perseguição, por conhecerem situações de violência ou de ilegalidade. Os agentes relatam várias ocasiões em que tiveram de manter silêncio ou foram constrangidos, por vivenciarem situações específicas. Mesmo durante a condução da pesquisa, tivemos que estabelecer uma dinâmica própria, considerando os tempos e o cotidiano do tráfico e a relação do mesmo com a polícia. Isso, portanto, acaba sendo determinante no próprio processo de implementação e na forma como os ACS daquela região atuam.

Outra particularidade dos ACS daquela localidade é a formação educacional. Os ACS relatam que, ao longo dos últimos anos, tiveram incentivos formais e informais para voltarem a estudar – seja no ensino médio, seja em cursos técnicos ou mesmo faculdade. A formação técnica destes agentes pode ser elemento condicionante para as práticas que estabelecerão, como veremos posteriormente. Assim, mesmo que a maioria dos ACS não tenha procurado a profissão por gostar da área de saúde, acabou, depois, se aproximando do tema e se formando nisso.

Em Taboão da Serra, a idade média dos ACS acompanhados é de cerca de 28 anos, com moradia na região há cerca de 12 anos. O tempo de serviço é bem menor que nos outros

casos, uma vez que o programa começou a ser implementado há pouco mais de 2 anos na região. Isso trará impactos significativos nas redes e nas práticas estabelecidas, como veremos em seguida. A maioria dos ACS de Taboão possui ensino médio. A questão religiosa é bem variada entre os ACS estudados – um terço não possui religião e os outros são divididos entre praticantes ou não das igrejas católica e evangélica. A questão comunitária é pouco significativa, sendo que apenas 1 ACS participa do movimento de ocupação de terras do bairro.

Uma particularidade dos ACS de Taboão da Serra é a diversidade de perfis e de formação destes agentes. A maioria dos ACS é jovem, mas alguns têm melhores condições financeiras, outros têm mais dificuldades de recursos, alguns mais estudados e outros menos. Mas, de forma geral, os ACS desta localidade não têm uma vivência comunitária forte e também não possuem um histórico de mobilização ou de atividades em saúde. Além disso, são pessoas com pouca experiência profissional prévia e, portanto, com menor circulação em outras esferas de atividade ou mesmo outras localidades.

A vivência comunitária é explicada também pelas características da região. O bairro acompanhado em Taboão da Serra funciona mais como uma cidade-dormitório, sendo baixo o número de pessoas que trabalham ali. Não há, portanto, muita vivência coletiva – como acontece também no caso de São Paulo e que se reflete na baixa capacidade de mobilização.

Além disso, pelo fato de os ACS serem novos no serviço, eles ainda não têm reconhecimento por parte dos usuários – como o próprio Programa também não o tem pelo tempo pequeno de implementação – eles estão, portanto, ainda na fase de se apresentar e de conhecerem os usuários. Outro elemento particular, e que impacta negativamente neste sentido, é a alta rotatividade dos moradores da região – que mudam de bairro ou de residência e, portanto, trocam de ACS. Este fator pode impactar as redes sociais dos agentes comunitários e a proximidade deles com os usuários.

A questão da violência não é muito presente na implementação do programa nesta localidade, mas há outras muito determinantes, como a questão político-eleitoral. Parte da pesquisa nesta Unidade deu-se durante o período das eleições municipais e pudemos presenciar diversos momentos em que a política influenciava a atuação dos ACS – seja na determinação dos processos de trabalho por parte da prefeitura, seja nos constrangimentos à atuação dos ACS (que foram convocados a trabalhar na campanha), seja nos momentos em que os ACS recorriam aos candidatos para resolverem problemas que a secretaria de saúde não conseguia resolver. Quanto a esta questão, é importante ressaltar que as outras duas

unidades estudadas também foram visitadas durante o período eleitoral e, no entanto, não se encontraram estas influências de forma explícita.

Por fim, uma última particularidade dos ACS de Taboão da Serra é sua formação técnica. Por terem pouco tempo de serviço e não possuírem experiência prévia em saúde, os ACS desta localidade apresentam pouca formação em saúde, o que pode se refletir na forma como atuam. Além disso, pudemos ver que poucos são os ACS daquele lugar que procuram a profissão por gostarem da área de saúde – a maioria o faz por estar à procura de emprego.

5.2 REDES SOCIAIS DOS ACS

O segundo elemento importante para compreendermos o impacto relacional sobre a atuação dos ACS diz respeito às redes sociais dos mesmos. As redes sociais são a base ou a estrutura a partir da qual os ACS conseguem estabelecer seus vínculos e por onde passa a implementação das políticas públicas. É a partir dessas relações que os Agentes conectam os grupos sociais das comunidades onde vivem com a estrutura do estado e de outros grupos sociais.

Como instrumento, foi utilizada a metodologia de construção de redes sociais, articulada a argumentos neoinstitucionalistas. A metodologia das redes sociais tem antecedentes nos trabalhos que analisavam os padrões de conexão entre indivíduos e nas pesquisas desenvolvidas no campo da antropologia, no início do século XX, que levaram ao desenvolvimento da sociometria. A ideia por trás desses primeiros estudos era compreender a importância das relações sociais que constituíam a sociedade. Assim, diversos estudos e experiências foram desenvolvidos para observar os relacionamentos interpessoais e a formação de subgrupos, bem como compreender o impacto dos conflitos sobre a estrutura social.

Alguns anos depois, a partir da década de 60, as redes sociais se transformaram em ferramentas de análise estrutural, criando-se modelos estatísticos e ferramentas computacionais que permitissem analisar e operacionalizar as redes.

O olhar para as redes sociais tem como foco analítico as relações entre os atores sociais, observando a dinâmica dos processos sociais. A ênfase recai sobre as relações e sua dinâmica, que se tornam a unidade de estudo (EMIRBAYER, 1997; SCOTT 1992;

WASSERMANN e FAUST, 1994). Assim, a matéria-prima passa a ser as relações, os vínculos e as trocas, e não suas características (WHITE, 1992; TILLY, 1992, *apud* MARQUES, 1999).

As redes sociais são definidas a partir de dois elementos: os *atores*, que podem ser indivíduos, grupos ou entidades, e suas *conexões*. São, portanto, o conjunto dos contatos entre diversos atores, que podem ser compostos por distintos tipos de vínculos, conteúdos e propriedades estruturais (WASSERMANN e FAUST, 1994; EMIRBAYER e GOODWIN, 1994).

A rede social é um campo existente em um dado período, estruturado por vínculos entre indivíduos, grupos e organizações que têm naturezas diversas. Esses vínculos podem ter sido construídos intencionalmente ou podem ter sido herdados de outros contextos. A rede, portanto, pode ser vista como composta de diversas camadas, cada qual associada a um tipo de relação e a um dado período (MARQUES, 1999).

Tendo como foco o olhar para as relações, na análise de redes sociais considera-se que as ações dos atores são interdependentes, ou seja, para compreender sua atuação, é necessário olhar para eles não de forma individual, mas sim a partir dos vínculos existentes, que são canais de difusão de recursos materiais e imateriais, como informação, influência, entre outros (WASSERMANN e FAUST, 1994; EMIRBAYER, 1997). Na medida em que o parâmetro é de que a ação dos indivíduos deve ser compreendida a partir de seus vínculos e da estrutura social, passa-se a considerar, nessa análise, que sua ação é pautada pelas oportunidades e restrições que a própria estrutura social lhe confere. Dessa forma, considera-se que a estrutura social e os vínculos determinam a ação dos indivíduos, na medida em que lhe podem conferir maior ou menor acesso aos recursos materiais e imateriais.

Além disso, pressupõe-se também que os indivíduos inseridos em uma estrutura social não podem prever o comportamento dos demais atores pertencentes à estrutura, já que os vínculos se superpõem de forma complexa, dificultando, portanto, a capacidade de cálculo individual.

É neste sentido que a literatura, especialmente os trabalhos desenvolvidos por Marques (1999), traça um paralelo entre as redes sociais e as características das instituições (vide abordagem neoinstitucionalista na sessão 2.4). Este paralelo existe na medida em que as redes sociais moldam ações e estratégias dos atores, dependendo de sua posição, bem como ajudam a construir preferências, projetos e visões de mundo. A rede tem, portanto, uma ideia similar à

de instituição, pois se torna uma “estrutura do campo no interior do qual estão imersos os atores sociais e políticos relevantes em cada situação concreta” (MARQUES, 1999, p. 46).

Usando a metodologia de redes, pretendíamos nesta pesquisa estudar as relações entre os atores e compreender os processos sociais que se criam a partir disso. Com o uso de redes, buscamos compreender como os diversos atores se relacionam, incluindo não apenas os ACS, mas também os moradores da comunidade, funcionários da prefeitura, representantes de organizações sociais, religiosas, entre outras pessoas envolvidas direta ou indiretamente com a prática e a vivência dos agentes. Na metodologia, considera-se que a ação dos diversos atores é interdependente e não autônoma e que os vínculos sociais funcionam como canais de transmissão de recursos materiais e imateriais (PAVEZ, 2006).

Sobre as questões relacionais, após vastas pesquisas a respeito dos ACS, Mendonça (2008) afirma que

“constatou-se como a dimensão relacional é um importante aspecto do trabalho do agente, o que reforça a importância de que os conteúdos sobre comunicação, relações de ajuda e relações interpessoais sejam abordados nos cursos e nas reuniões de supervisão com a equipe” (MENDONÇA, 2008, p. 215).

Considerando a importância de se analisarem as questões relacionais, buscaremos agora observar as características das redes sociais dos 24 ACS estudados, para verificar os aspectos que nos podem esclarecer a respeito de como implementam a política pública.

Para a construção das redes sociais dos ACS, consideramos como fonte suas redes pessoais, ou seja, os contatos que os próprios ACS possuem em diversas esferas de atividade, profissionais, pessoais, familiares etc., e os contatos desses contatos. Assim, as redes construídas não são redes das comunidades – “que são ambientes relacionais que cercam os indivíduos no contexto de um determinado tema, acontecimento ou processo” (MARQUES, 2007). Tampouco tivemos como foco as redes egocentradas dos indivíduos, que levariam em conta apenas seus contatos primários e os vínculos entre esses contatos. Na medida em que ampliaremos as redes pessoais, não limitaremos previamente o número de contatos solicitados.

A construção das redes baseou-se em informações oriundas das entrevistas com os próprios egos das redes, os Agentes Comunitários de Saúde, neste caso. Assim, as informações são de origem cognitiva, baseadas no entendimento dos próprios indivíduos a respeito de suas redes (MARQUES, 2007). Embora esse método possa ter um risco de viés do

informante, consideramos esse tipo de levantamento de dados, uma vez que compreendemos que os indivíduos utilizam em suas práticas cotidianas as relações da forma que as compreendem, permitindo que as redes construídas sejam fruto do que os indivíduos entendem como tal, e não apenas estruturas ocultas reveladas pelo método. Ou seja, entende-se que a “maneira pela qual os indivíduos entendem suas redes é o que as define e orienta em seu uso social cotidiano” (MARQUES, 2007).

No capítulo de introdução deste trabalho, detalhamos a metodologia adotada para levantamento das redes sociais. Aqui, apenas resumimos o que já foi apresentado. Nas entrevistas para levantamento das redes pessoais, os ACS foram questionados a respeito de suas esferas de atividades e, em seguida, tiveram de apresentar nomes de pessoas referentes a cada uma das esferas, sem limites no número de nomes citados. Quando os nomes foram finalizados, constituindo o que chamamos de semente, foi solicitado aos agentes que dessem nomes de outras três pessoas relacionadas a cada nome citado inicialmente na semente – poderiam ser nomes novos ou não. Isso ocorreu sucessivamente até o esgotamento de nomes novos na rede social do ACS. Para cada nome citado, foram questionados atributos, que serão analisados mais adiante.

Em seguida, analisamos as redes pessoais dos ACS, utilizando ferramentas analíticas específicas de redes sociais, que nos permitiram observar tanto dados relativos a estes atributos acima elencados como medidas das próprias redes. Organizamos as análises em dois momentos diferentes. No primeiro, faremos algumas observações gerais, comparando aspectos das redes sociais das três UBS estudadas. No segundo, organizaremos as análises a partir da construção de uma tipologia de redes sociais destes ACS, que nos permitisse verificar diferenças importantes nas redes independentemente da UBS à qual o ACS se vincula.

No primeiro momento, além de comparar as UBS entre si, faremos algumas comparações entre os dados provenientes da pesquisa de Marques (2007), que analisou 150 redes de pessoas de baixa renda na cidade de São Paulo e 30 redes de pessoas de classe média. Vale ressaltar que sabemos das diferenças de procedimentos e enfoques entre esta pesquisa e a de Marques (2007), visto que esta última não teve o viés da profissão, nem as mesmas localidades geográficas; além disso, seu objetivo era levantar as redes de sociabilidade das pessoas estudadas. Aqui, o objetivo é analisar as redes profissionais e de sociabilidade. Ou seja, temos como pressuposto, diferentemente de Marques (2007), a inclusão das redes profissionais nas análises, o que pode gerar algumas diferenças de resultados. No entanto, a

comparação é interessante, justamente por poder demonstrar explicações da profissão para as diferenças entre as redes.

5.1.2 Comparação entre as redes médias das UBS

A primeira análise que podemos fazer diz respeito ao tamanho da rede social. As medidas de tamanho utilizadas foram: número de contatos encontrados (nós) e diâmetro, que calcula a maior distância geodésica entre dois nós de uma rede. Estas medidas estão apresentadas na tabela abaixo, considerando a média de cada UBS, a média geral entre as UBS e os dados encontrados por Marques (2007):

Tabela 12: Média de medidas de tamanho de redes sociais

	Sobral	São Paulo	Taboão	Média	Marques (2007)
Nós	71	123	137	110	54 – indiv. pobres 94 – classe média
Diâmetro	8,7	7,4	6	7,4	7,4 passos – classe média

Fonte: elaboração própria

Observando a tabela, vemos que, com relação ao número de contatos encontrados nas redes estudadas, temos uma média de, aproximadamente, 110 contatos, variando entre 29 e 234. Comparando com as médias encontradas por Marques (2007), podemos considerar que a média de contatos dos ACS é bastante superior à média encontrada pelo autor para os indivíduos de classe baixa (54), aproximando-se mais do que ele apresenta como a média de contatos na classe média (94).

Isso demonstra que as redes dos ACS são, em média, 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.

No entanto, analisando cada uma das UBS, podemos ver que há grande diferença entre elas, de forma que os ACS de Sobral possuem um número consideravelmente reduzido de contatos, se comparados aos contatos dos ACS das outras UBS. Para compreender melhor esta diferença, vale analisarmos posteriormente essas relações e quais os contextos de origem e esferas de encontro, para verificar se as diferenças são resultantes da implementação da política pública.

Com relação à medida de diâmetro, as informações encontradas demonstram também uma proximidade maior das redes dos ACS com relação às redes de classe média, não havendo grande diferença entre as medidas das UBS analisadas em termos gerais.

Além das medidas colocadas acima, observaremos outras três medidas de redes: a densidade da rede e o grau de centralidade medido por: *closeness* (proximidade) e o que é denominado de *betweenness*.

A densidade de uma rede aponta a proporção entre os vínculos existentes e aqueles que seriam, teoricamente, possíveis. Com relação à centralidade, medida pelo *closeness*, ela busca enfatizar a distância de um ator em relação a todos os outros atores na rede. O *betweenness* é uma medida que capta o poder de influência dos atores que fazem a intermediação de relações e se encontram em posições estratégicas para o envio de informações ou recursos. Ou seja: ele mede a centralidade de cada ator, avaliando sua posição entre o caminho geodésico dos demais atores, isto é, o quanto ele intermedeia as relações.

Tabela 13: média das medidas de redes por UBS

Medidas de Redes	Sobral	São Paulo	Taboão	Média
Densidade	0,078	0,071	0,030	0,06
Closeness	84,20%	80,79%	61,17%	75,40%
Betweenness	73,9%	81,9%	91,12%	82,3%

Fonte: elaboração própria

Com relação às medidas de *closeness*, a ideia de um alto índice de *closeness* é de que alguém tem alta proximidade, ou seja, capacidade de chegar aos demais atores. Neste sentido, o fato de Taboão da Serra ter um índice menor que os demais pode ser explicado pela questão do tempo de atuação dos ACS, ou seja, neste caso, a rede dos ACS ainda está em formação, o que não lhes permite um grau de proximidade grande ainda na rede. O alto índice de *closeness* em São Paulo reforça o impacto do tempo de serviço sobre as redes, ou seja, ao longo do tempo de trabalho, a profissão tende a gerar maior proximidade do ACS com relação aos atores de sua rede.

Já em Sobral, o alto índice de *closeness* pode ser explicado tanto pela questão do tempo de profissão, ou seja, redes mais antigas e consolidadas no papel dos ACS, como pelo perfil dos agentes comunitários desta localidade. Na medida em que a própria seleção

privilegiou ACS que fosse líder comunitário, é de se esperar que os ACS tenham maior proximidade dos demais atores em suas redes.

No entanto, vale aqui uma ressalva. O fato de haver alta proximidade não quer dizer que o ACS seja eficiente em seu trabalho, uma vez que ele pode estar monopolizando as relações ou não estar realizando conexões com outras pessoas com grande proximidade também, e que poderiam ser responsáveis por repasse de informações importantes para a rede social.

Ou seja, o ACS pode estar centralizando as informações e seus próprios conhecimentos, diminuindo o potencial de realizar um trabalho de mediação propriamente dita. Pode, por exemplo, estar sendo o único ponto de contato entre os usuários, especialmente no caso de redes em que os contatos entre os ACS e os usuários são de pouca profundidade ou estabelecidos apenas devido à implementação do PSF.

Ou, ao contrário, o ACS pode estar realizando uma mediação altamente centrada em sua própria figura, sem criar laços entre os demais atores de sua rede. Neste caso, pode estar mobilizando o repasse de informações ou apenas recebendo, não se tornando necessariamente um difusor nem promovendo maior contato entre os usuários de sua rede social.

Além das análises de medidas de redes realizadas acima, é interessante notar a diferença existente entre o formato típico das redes sociais de cada UBS. Em Sobral, a maioria das redes (75%) segue o formato da figura abaixo⁶⁷:

⁶ As figuras apresentadas foram construídas a partir do módulo MDS do próprio software de construção de redes sociais – o Ucinet.

⁷ Os sociogramas apresentados correspondem a um sociograma médio das redes sociais de cada localidade.

Figura 2: Rede Social de ACS de Sobral

Fonte: elaboração própria

Este formato aponta para redes de tamanho médio, com alta centralidade no ego (ACS), mas com grupos conectados entre si, como se pode ver na extensão dos contatos.

Já em Taboão da Serra, todas as redes assumem um formato estrela, mais centralizado, com um núcleo forte e bem conectado, que se dispersa em outros vínculos ao redor dele, como o demonstra a figura abaixo:

Figura 3: Rede Social de ACS de Taboão da Serra

Fonte: elaboração própria

Pela figura, podemos ver que há forte centralização no ego e em torno dele, mas pouca relação estabelecida entre os demais contatos da rede, ou seja, as conexões estão mais voltadas para o próprio ACS, e não entre a comunidade ou as pessoas de sua rede.

Já em São Paulo, metade das redes sociais é similar ao formato de Sobral e metade é similar ao formato de Taboão da Serra. Isso demonstra que, em metade dos casos de São Paulo, as redes são mais centralizadas em torno do ego, e em metade há conexões entre as pessoas da rede.

Além das medidas de redes, também é interessante observarmos alguns atributos dessas relações, especialmente para compreender se os contatos existentes são provenientes ou não do exercício da profissão dos ACS. Para tanto, verificaremos agora o percentual dos contatos estabelecidos que são internos ou externos à localidade onde o ACS atua, ou seja, quantos dos contatos dos ACS são com pessoas para as quais trabalham. Considerando que o exercício da profissão do ACS tem uma relação direta com a territorialidade, a verificação da localidade dos vínculos torna-se importante para compreendermos a conexão entre a política pública e as redes sociais destes agentes. Vale ressaltar que temos por trás desse argumento a própria premissa do PSF de que a contratação de profissionais da localidade trariam o benefício de uso das redes sociais locais para implementação do programa (MINISTÉRIO DA

SAÚDE, 2005). Assim, observar a localidade dos contatos permite verificar se essa premissa tem sido, ou não, atendida.

A tabela abaixo demonstra o percentual de contatos, em cada UBS, que foram estabelecidos dentro ou fora da comunidade. Além das médias de cada UBS, é apresentada a média geral das redes e, na última coluna, os dados provenientes da pesquisa de Marques (2007) a respeito dos pobres.

Tabela 14: Percentual de contatos de dentro e de fora da comunidade

	Sobral	São Paulo	Taboão	Média	Marques (2007)
Dentro	72%	77%	62%	71%	63%
Fora	28%	23%	38%	29%	37%

Fonte: elaboração própria

Observando a tabela, vemos que as redes dos ACS possuem, em média, 71% dos contatos dentro do bairro onde atuam e vivem e 29% dos contatos fora, o que demonstra menor conexão para fora da comunidade do que a média encontrada por Marques (2007), de 37%. 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. Vemos, no quadro, que há uma diferença considerável nestes dados em relação a Taboão da Serra, onde os contatos de fora ainda são grandes (38% contra 62% dentro).

A própria diferença de Taboão da Serra e a comparação com os dados de Marques (2007) demonstram que o trabalho dos ACS promove, ao longo do tempo de profissão, um fortalecimento das redes dentro da comunidade e que tais atores se tornam elementos-chave para a conexão interna, para troca de informações e acesso a serviços e direitos. As diferenças de Taboão da Serra são explicadas justamente pelo pouco tempo de serviço dos agentes desta localidade, que ainda não conseguiram fortalecer as redes internas da comunidade.

Outro elemento para se considerar é o número de vínculos das redes anteriores e posteriores ao serviço, ou seja, quantos contatos foram estabelecidos depois que os ACS assumiram a profissão e quantos eram contatos anteriores à profissão de ACS. Estes dados são demonstrados na tabela abaixo:

Tabela 15: Percentual de contatos conhecidos antes ou depois da profissão

	Sobral	São Paulo	Taboão	Média
Antes	43%	52%	58%	51%
Depois	56%	48%	42%	49%

Fonte: elaboração própria

Os dados dos três municípios apontam que cerca de 51% dos vínculos dos ACS são anteriores ao trabalho e 49% são posteriores. Podemos afirmar, desta maneira, que o trabalho tem um impacto considerável nas redes destes agentes, em especial no que diz respeito aos vínculos de trabalho adquiridos após a contratação. Analisando cada uma das UBS, no entanto, vemos algumas diferenças. No caso de Sobral, os vínculos posteriores são maiores do que os anteriores; em contrapartida, em Taboão da Serra os vínculos anteriores são consideravelmente maiores do que nas demais UBS.

Estes dados também reiteram a ideia apresentada anteriormente de que o tempo de trabalho e exercício da função acaba por ter um impacto relacional grande. Assim, no caso de Taboão da Serra, em que a profissão é recente, os ACS ainda possuem muitos vínculos anteriores ao trabalho, o que diminui ao longo do tempo, provavelmente, como os dados de Sobral o acabam demonstrando. Ou seja, ao longo do tempo e exercício da profissão, parece haver uma tendência de mudança na rede social dos ACS.

Além disso, os dados abordados nos apontam que o impacto relacional maior se dá justamente no caso estudado, onde há maior estruturação do programa. Isso pode significar que a melhor estruturação do programa pode causar maior impacto em questões relacionais, segundo os dados acima colocados.

Podemos, a partir desses dados e das medidas anteriores, supor que o tempo de implementação do programa e de trabalho dos profissionais é responsável por aumentar o número de vínculos no local e, especialmente, por aprofundar e mudar o tipo de vínculo existente. Assim, em Taboão da Serra, por exemplo, podemos supor que os vínculos locais são mais intencionais, associados à entrada recente na profissão e, com isso, tendem a ser mais pontuais e relacionados às visitas. Ao contrário, podemos supor que, em Sobral, os vínculos vão-se fortalecendo ao longo dos anos de trabalho e, portanto, aprofundando e se complexificando.

As análises acima realizadas de vínculos dentro e fora da comunidade e de contatos antes e depois nos sugerem o impacto relacional que a profissão tem nas redes sociais dos ACS.

Para compreender ainda mais essas mudanças relacionais, é importante analisar a origem dos vínculos dos ACS. Para tanto, utilizamos como base as informações a respeito do contexto de origem dos contatos, levantado com a pergunta “onde você conheceu este indivíduo?”.

Esta análise resultou na tabela abaixo, que demonstra a média de contextos de entrada com o percentual de contatos de sua origem em cada um dos municípios e comparados com os dados encontrados por Marques:

Tabela 16: Percentual de contatos a partir das origens

Contextos	Sobral	São Paulo	Taboão da Serra	Média	Marques (2007)
Escola	2%	0%	5%	2%	4%
Igreja	5%	3%	2%	3%	4%
Vizinhança	30%	38%	25%	31%	25%
Trabalho (UBS)⁸	20%	15%	11%	15%	6%
Visita Domiciliar⁹	18%	22%	29%	23%	-
Família	23%	19%	14%	19%	26%
Contato (Rede)	0%	1%	12%	4%	28%
Lazer	4%	0%	1%	2%	-
Nº. de contextos de entrada	4,88	4,6	7	5,5	4,5

Fonte: elaboração própria

Sobre o contexto da origem de conexão, e comparando com as pesquisas de Marques (2007), em primeiro lugar podemos afirmar que o número de contextos de entrada é maior nestes atores do que nos pesquisados por Marques (2007). As redes demonstram que há, em

⁸ Os vínculos do contexto de Trabalho são adquiridos dentro das Unidades Básicas de Saúde, especialmente com outros profissionais do PSF ou com profissionais da prefeitura.

⁹ Os vínculos do contexto de Visita Domiciliar são adquiridos dentro dos domicílios dos usuários, ou seja, apenas com os moradores da comunidade que os ACS atendem.

média, 5,5 contextos de entrada, contra 4,5 encontrados por Marques (2007). Isso sugere que o trabalho destes ACS lhes permite uma complexificação em suas redes, como será visto em seguida.

Observando cada contexto especificamente, vemos que a escola possui mais impacto do que o apontado por Marques (2007). Isso pode ser explicado pelo próprio perfil dos ACS selecionados – após legislação de 2006 todos os ACS passaram a ter de passar por processo seletivo com prova, além da exigência de terem mais de 18 anos e ensino médio. Mesmo que haja ACS que ainda não seguem esta formação (especialmente em Sobral), a escola, a faculdade e o ensino técnico são fontes importantes de vínculos para eles.

A igreja tem pouca importância quando vista no agregado. No entanto, a observação detalhada permite ver que para alguns dos profissionais esta pode ser uma fonte considerável de contatos, em especial se eles frequentam a igreja.

O impacto baixo na esfera de contatos comparando com Marques (2007) demonstra também que os ACS estabelecem as relações de forma direta, e não através de intermediários – o que é típico da profissão, na medida em que precisam ir a campo para conhecerem as pessoas, legitimando boa parte das apresentações na função profissional.

Já a vizinhança também possui diferenças em relação aos dados encontrados por Marques (2007). Observando o quadro, podemos afirmar que no caso de Sobral e de São Paulo a vizinhança possui impacto significativo – perto de 30% dos vínculos se originam ali. Isso se explica novamente pela própria profissão dos ACS, que potencializa suas redes locais na comunidade. O fato de as redes de Taboão possuírem menos vínculos na vizinhança também evidencia este fato, na medida em que os ACS dali iniciaram os trabalhos há menos de 2 anos e, portanto, ainda estão em fase de construção de redes dentro da comunidade.

Embora os vínculos primários (de vizinhança e de família) não sejam tão diferentes em suas médias dos de Marques (2007), ainda assim têm relevância quando analisamos a estrutura relacional dos ACS. Isso é reforçado quando olhamos individualmente para os dados dos municípios. Em Sobral, por exemplo, o impacto da família é consideravelmente maior do que no caso de Taboão da Serra, e o mesmo acontece com relação ao impacto de Vizinhança em São Paulo. Além disso, considerando o impacto dos vínculos de família e vizinhança, podemos afirmar que o fato de eles aumentarem suas conexões e passarem a estabelecer redes para fora da comunidade torna-os mais capazes de trazer novas informações e fazê-las circular ali dentro.

É importante também analisar os contatos profissionais, aqui contemplados pelo Trabalho e pelas Visitas Domiciliares (VD). Contatos do Trabalho são formados por profissionais que atuam na UBS, na Secretaria de Saúde ou na Prefeitura, ou seja, são pessoas de fora da comunidade, com perfis diferentes dos ACS – o que significa que são contatos heterofílicos (vínculos entre pessoas com atributos diferentes). Já os contatos originados em Visitas Domiciliares são aqueles estabelecidos com os usuários do Programa pelos quais os ACS são responsáveis; isto significa que tendem a ser homofílicos (vínculos entre pessoas com os mesmos atributos).

No caso dos contatos de Trabalho, é interessante observar como sua incidência é bem maior que a apresentada por Marques (2007), o que sugere que a profissão permite a eles se apropriarem das posições estratégicas para criarem vínculos heterofílicos. Ao mesmo tempo, a incidência maior destes contatos nos casos de Sobral e de São Paulo também sugere que isso é efeito do tempo de serviço, já que em Taboão da Serra este percentual é menor. Ou seja, podemos concluir, por esta análise, que, ao longo do exercício da profissão, os ACS tendem a construir mais vínculos heterofílicos, com pessoas com atributos diferentes dos seus. Esta observação tem um impacto relevante quando consideramos a importância do efeito de contatos heterofílicos para diversificar o tipo de informações e o potencial de acessos que a heterofilia relacional promove.

Os contatos provindos de Visitas Domiciliares também apontam para o impacto que a profissão tem nas relações sociais dos ACS, já que, em média, 26% de seus contatos acabam se originando nas visitas que fazem, ou seja, no exercício da profissão.

Além disso, o alto percentual de vínculos provenientes da profissão (considerando Trabalho e Visita Domiciliar) demonstra também o quanto a profissão de ACS potencializa a conectividade destes atores. Como afirmamos anteriormente, esta grande e multiplexa conectividade permite-lhes trazer novas informações referentes a serviços e direitos, circular novidades dentro da comunidade e conectar pessoas de baixa renda ao estado e aos serviços. Neste sentido, cruzando as informações sobre as o contexto de origem com a localidade destes contatos, observamos que, em média, 15% dos vínculos profissionais residem fora da comunidade e 23% residem dentro.

Ao mesmo tempo, devemos ressaltar que, embora com forte impacto (especialmente se comparamos com a pesquisa de Marques, 2007), as relações de trabalho não são maiores que as relações de vínculos primários. Isso demonstra que a escolha dos ACS nos locais de moradia lhes causa uma mudança relacional (aumentando o impacto das relações de trabalho),

mas são ainda relevantes os vínculos pessoais no próprio exercício da profissão. Com relação a isso, aliás, é importante salientar que, na medida em que a ação dos ACS se dá dentro de sua própria comunidade, pode haver uma sobreposição no próprio entendimento do limite entre os contatos profissionais e os de vizinhança, na medida em que o agente circula pelo mesmo espaço físico, tanto em situações profissionais como em situações de morador do local.

Essa duplicidade de tipos de vínculos (pessoais/primários e profissionais) tem consequências quando analisamos a implementação das políticas públicas. É a partir destas conexões na esfera do trabalho que os ACS vinculam as comunidades a outras esferas de fora, ou seja, as conexões no mundo do trabalho significam a potencial abertura dos usuários ao mundo da política pública e do Estado. Ao mesmo tempo, é a partir das conexões pessoais que os ACS conseguem introduzir os elementos do Estado na vida comunitária e compreender as dinâmicas da comunidade para levá-las para dentro do Estado.

Outro elemento para compreender a rede social dos ACS é da esfera de sociabilidade, ou seja, onde os ACS encontram seus contatos. A literatura de redes sociais tem dado atenção especial à ideia de esferas que incluem conjuntos de indivíduos e de suas relações, bem como as identidades, signos e padrões discursivos existentes entre eles. Elas são resultado da especialização das atividades sociais e incluem círculos de interesse, de sociabilidade e convivência e de instituições específicas (MARQUES, 2007). A delimitação da esfera tem como origem também uma informação cognitiva, incluindo os espaços sociais ocupados e vivenciados pelos indivíduos em sua sociabilidade, ou seja, não são lugares físicos específicos, mas são espaços de vivência social reconhecida pelos próprios indivíduos (MARQUES, 2007). A vivência de um vínculo, portanto, não precisa ser limitada a uma esfera, podendo haver sobreposição de esferas na dinâmica da relação social.

Na medida em que a ideia de esferas de sociabilidade está ligada à construção de identidades e vivência das dinâmicas sociais, sua compreensão é central para, posteriormente, verificarmos como elas impactam na própria construção discursiva e de habilidades sociais dos agentes comunitários.

Estas informações foram obtidas através da pergunta “onde você encontra este contato” e foi permitido que, como resposta, fossem dadas até duas esferas diferentes de encontros. A tabela abaixo demonstra as médias de cada UBS, a média geral e a comparação com a pesquisa de Marques (2007):

Tabela 17: Percentual de contatos a partir das esferas

Esferas	Sobral	São Paulo	Taboão	Média	Marques (2007)
Vizinhança	36%	33,80%	19%	30%	31%
Família	12%	10,10%	12%	11,30%	38%
Amizade	17%	9,30%	8,6%	11,70%	6%
Trabalho	16%	35%	8%	20%	7%
VD	15%	9%	50%	25%	-
Igreja	3,8%	1,80%	1%	2,25%	6%
Associações	0,5%	0,00%	0,00%	0%	2%
Estudos	0,00%	0,50%	1%	0,5%	3%
Número de Esferas	6	5	6	5,7	3,9

Fonte: elaboração própria

Em primeiro lugar, chama a atenção o número de esferas encontradas: em média 5,7 contra os 3,9 demonstrados nas redes de Marques (2007), que comprovam, mais uma vez, a variabilidade da dinâmica relacional da rede dos ACS.

Analisando quais são essas esferas e seus impactos, podemos dizer que a vizinhança possui um impacto considerável, como era de se esperar, na medida em que o trabalho deles se dá em seu território de vizinhança, potencializando encontros. Já a família, diferentemente do apontado por Marques (2007), possui um impacto pequeno, cerca de 11% contra a média de 38% do autor. Isso aponta para o fato de que as redes dos ACS não se baseiam em vínculos familiares, mas possuem contatos fortes na vizinhança e, ao mesmo tempo, fortes na profissão, reforçando a ideia de vínculos primários combinados a vínculos profissionais, conforme mencionamos anteriormente.

A esfera profissional (somando VD e Trabalho) também possui um valor considerável, cerca de 44% dos encontros. Se, por um lado, isso demonstra como a profissão potencializa os encontros, por outro lado, aponta também como a questão das relações é um tema importante para analisar o trabalho desses agentes.

É interessante também diferenciar os contatos profissionais provindos do Trabalho e das Visitas Domiciliares. Como já dissemos, os contatos de Trabalho são estabelecidos com profissionais que não residem na comunidade, mas fazem parte do Poder Público. Ou seja, são contatos que tendem a ser heterofílicos e que ampliam a relação do ACS com o Estado. Tendo isso em vista, é interessante que, no caso de São Paulo, os ACS tenham 35% dos seus encontros em contatos desse tipo, ou seja, os contatos profissionais com pessoas do Trabalho

são bem maiores que com pessoas em VD. Uma das explicações para isso está na própria característica de organização da UBS verificada no capítulo anterior. Como apontamos ali, nessa localidade os ACS têm reuniões frequentes com os demais profissionais da equipe, além de conviverem tempo considerável dentro da UBS, em espaços formais e informais de conversa. Assim, acabam promovendo maiores contatos com pessoas do trabalho.

Neste caso, vale lembrar que os contatos de trabalho são com pessoas de fora da comunidade, com atributos diferentes e relacionados ao Estado (ou seja, heterofílicos). Isso reforça o caráter da ação destes ACS ser mais voltada para fora da comunidade, com tendências mais profissionais que comunitárias – como o próprio processo seletivo prioriza.

No caso de Sobral, vemos uma proporção mais igual entre os encontros com profissionais do Trabalho e com pessoas da VD, ou seja, metade dos encontros tende a ser mais homofílico e metade mais heterofílico. Podemos sugerir que isso seja consequência tanto do processo seletivo como das características de implementação do PSF nesse município. Há uma prevalência de seleção de pessoas da comunidade, o que reforça que seus contatos comunitários sejam fortes. Ao mesmo tempo, há uma estruturação e organização do serviço, de forma que mantenha estes ACS em contato constante com os profissionais da UBS – especialmente por meio das reuniões periódicas da UBS. Assim, acabam dividindo seus encontros entre pessoas da comunidade e pessoas do PSF.

Já o caso de Taboão da Serra é interessante para notarmos o impacto em relações heterofílicas que o Programa pode ter. Como vemos, a grande maioria de seus encontros profissionais se dá em Visitas Domiciliares, ou seja, são encontros homofílicos. A proporção de encontros com pessoas do Trabalho é bem pequena e com baixo impacto sobre o total de encontros existentes. Por um lado, isso pode sugerir que, ao longo do tempo de exercício da profissão, os ACS vão estabelecendo mais relações com profissionais do PSF ou da Prefeitura e que, portanto, a ação destes profissionais acaba potencializando encontros heterofílicos. Outra explicação para o baixo número de contatos de trabalho está relacionada às características da organização, uma vez que a UBS promove poucas reuniões sistemáticas e não há contato direto entre os profissionais das equipes, como demonstramos no capítulo anterior.

As conclusões acima colocadas são importantes para pensarmos na relação entre Estado e sociedade e sua permeabilidade, já que demonstra como as relações dos ACS são locais ou não e o quanto elas podem ser diversificadas e promover maior ou menor conexão

entre os usuários e o poder público. Também demonstram como a própria organização das rotinas de trabalho pode ter impacto na estrutura relacional destes burocratas.

Mas, para esta discussão, é fundamental também analisar a sobreposição de esferas, o que mostra se há contatos multiplexos, ou seja, com mais de um tipo de esfera de encontro e, portanto, de vínculo.

Tabela 18: Percentual de contatos com sobreposição

Sobreposições	Sobral	São Paulo	Taboão	Média
Média de Contatos com Sobreposição	62%	71%	37%	56%
Média de contatos profissionais que possuem sobreposição	92%	89%	55%	78%

Fonte: elaboração própria

Analisando as redes em questão, percebemos que cerca de 56% dos contatos, em média, possuem sobreposição, sendo que isso é bem mais impactante em Sobral e em São Paulo. Este dado revela que em mais da metade dos contatos há mais de um vínculo estabelecido, seja ele de vizinhança e amizade, de trabalho e vizinhança, de escola e trabalho etc.

A análise das sobreposições permite perceber que os contatos destes ACS possuem complexidade que pode refletir-se na forma como interagem com os demais. Assim, por exemplo, quando um ACS possui com a mesma pessoa um vínculo de religião e de trabalho, ele poderá, durante seu atendimento ao usuário, acionar referências religiosas e de saúde, como demonstraremos nos próximos capítulos. É a existência destas sobreposições de vínculos que permite aos ACS adaptarem as políticas à realidade local, pois conhecem os usuários além de seus vínculos profissionais.

Neste caso, isso fica evidente quando analisamos que cerca de 92% dos vínculos de ACS com usuários em Sobral (o que chamamos de contatos profissionais) passam também por outro tipo de vínculo (em especial de vizinhança ou familiar). Já em São Paulo, esta sobreposição chega a 89% e em Taboão a 55%, novamente demonstrando como estas questões são efeito do tempo de trabalho e das redes que vão sendo construídas ao longo da profissão. Assim, ao longo do tempo, os ACS vão estabelecendo novos tipos de vínculo com as pessoas que conhecem no campo profissional e na vizinhança, criando sobreposições.

Estas sobreposições, por sua vez, são importantes para compreender como os ACS utilizam os estilos de interação, já que conseguem, em um mesmo contato, ativar diferentes informações, recursos e linguagens. Assim, estas sobreposições podem se tornar condição para que o ACS consiga traduzir, triangular, alterar referências, estabelecer novos vínculos e ativar diferentes conhecimentos em um mesmo contato.

Na medida em que as relações estabelecidas e vivenciadas pelos ACS possuem mais de um tipo de vínculo, eles podem ser 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, mas também em termos dinâmicos, como veremos no capítulo sobre Estilos de Interação.

5.2 TIPOLOGIA DAS REDES SOCIAIS

Consideramos aqui que, além de pensar as redes sociais de forma comparada entre as UBS, como o fizemos anteriormente, é importante também observar as redes individuais, que podem apontar as diferenças relacionais entre os ACS e, posteriormente, dar indícios para o exercício da discricionariedade. Assim, iremos neste momento analisar e comparar as redes sociais, não entre as UBS estudadas, mas sim entre elas próprias, de maneira que possamos ver se há regularidades nas características dessas redes, tanto em termos de medidas, como em termos de sociabilidade.

Para tanto, realizamos análises fatoriais e roçamos clusters usando as seguintes variáveis para a análise:

- Número de contatos;
- Diâmetro;
- Densidade;
- *Closeness*;
- *Betweness*;
- Número de Esferas de Encontro;
- Número de Contextos de Entrada;

- Percentual de pessoas que moram dentro da comunidade;
- Percentual de pessoas que conheceu antes da profissão;
- Percentual de pessoas que trata.

A metodologia de clusters utilizada foi do método hierárquico com ligação de Ward e distância euclidiana quadrática, metodologia que nos gerou resultados mais apropriados. Em seguida, escolhemos quatro *clusters*; tomando como base a distância euclidiana dos indivíduos. Abaixo segue tabela demonstrando a média de cada medida de rede presente nos *clusters* construídos e, em seguida, a descrição de cada *cluster*:

Tabela 19: Resumo das características dos *clusters* de redes

	Clusters			
	Tipo 1	Tipo 2	Tipo 3	Tipo 4
	Média	Média	Média	Média
Número contatos	135,7	105,3	78,7	24,3
Densidade	0,043	0,03	0,075	0,16
Diâmetro	10	5,6	3,5	4,6
% Pessoas moram na comunidade	72%	47%	76%	82%
% Conheceu antes	51%	54%	25%	85%
% Pessoas que trata	46%	28%	29%	27%
Número esferas de encontro	5,48	6,6	5,7	4,6
Número de contextos de entrada	5,5	6,6	5,5	2,6
Closeness	0,7	0,6	0,8	0,87
Betwiness	0,82785	,8806	,8531	,6221
Número de indivíduos no cluster	4	3	41	3

Fonte: elaboração própria

Tipo de Rede 1 - Rede grande, pouco conectada e interna

As redes desta tipologia têm alto número de contatos (135) combinado a um alto diâmetro (10) e baixa densidade (0,043), ou seja, são redes grandes, mas pouco conectadas. Também possui alto número de esferas de encontro (5,4) e de contextos de entrada (5,52), o que significa que têm diversidade de esferas de sociabilidade. Tem um número médio de pessoas conhecidas antes do serviço (51%) e alto índice de pessoas que moram na comunidade (72%), ou seja, é uma rede interna à comunidade.

Figura 5: Rede Social Tipo 2

Fonte: elaboração própria

Tipo de Rede 3: Rede média, posterior e interna

Essas redes possuem tamanho médio, cerca de 78 contatos, e diâmetro pequeno, 3.5. Também têm como características fortes o baixo percentual de pessoas conhecidas anteriormente ao serviço (25%) – o que sugere que a maioria das pessoas foi conhecida depois da profissão. Também tem uma média alta de pessoas que moram na comunidade, o que demonstra ser uma rede interna à comunidade de atuação profissional (76%).

Fazem parte desta rede 4 ACS, sendo 3 de Sobral e 1 de Taboão da Serra. Segue a seguir um exemplo de rede social deste Tipo:

Figura 6: Rede Social Tipo 3

Fonte: elaboração própria

Tipo de Rede 4: Rede pequena, conectada, pouco diversa, anterior e interna

As redes dessa tipologia são bastante pequenas (cerca de 24 nós) e com altíssima densidade (0,1646), ou seja, são pequenas e bem conectadas. Também têm mais baixo número de esferas de encontro (4,6) e de contextos de entrada (2,66), o que significa que são menos diversas em sua sociabilidade. Por fim, são redes com alto índice de pessoas conhecidas antes do serviço (85%) e de pessoas que moram na comunidade (82%), ou seja, são redes de pessoas internas, mas que foram conhecidas antes do serviço.

Fazem parte dessa tipologia de rede 3 ACS, sendo 2 de São Paulo e 1 de Sobral.

Figura 7: Rede Social Tipo 4

Fonte: elaboração própria

Como podemos ver, a distribuição das UBS nos tipos de redes não é equilibrada, havendo algumas concentrações em tipos.

No caso de Sobral, por exemplo, há concentrações nos tipos 1 e 3. Ou seja, parte considerável das redes dos ACS estudados neste município são redes grandes, internas e pouco conectadas ou redes médias, internas e posteriores. Mesmo olhando para todas as redes desta UBS, vemos que apenas uma das oito se enquadra em uma tipologia com prevalência de

contatos externos à comunidade, ou seja, a grande maioria das redes estudadas em Sobral é interna à mesma, reforçando as evidências já colocadas da força de contatos dentro da comunidade, no caso de Sobral, em decorrência do próprio perfil dos ACS e de sua atuação e das características de vivência comunitária apontadas inicialmente.

No caso de São Paulo, a maioria das redes concentra-se na tipologia 1, na qual as redes são grandes, pouco conectadas e internas. Há também dois casos na tipologia 4, que é de redes pequenas, com alta conexão e pouca diversidade, interna mas anterior ao serviço. Também há neste caso apenas uma rede externa à comunidade. Neste sentido, reforça-se a ideia de que, na medida em que os ACS desta localidade residem ali há muito tempo e atuam há vários anos, acabam tendo também redes internas.

Já em Taboão da Serra, a maioria considerável das redes pertence ao tipo 1, que é marcado por redes grandes, pouco conectadas e internas. Ou seja, as redes neste caso contêm mais vínculos com pessoas da comunidade, com exceção de uma rede que é mais externa, o que reforça a evidência também encontrada de contatos homofílicos. Neste caso, podemos explicar o fato de a rede ser interna pelo perfil dos ACS que, embora não tenham vivências comunitárias fortes, são, em sua maioria, jovens e com pouca experiência profissional prévia e, desta forma, com pouca circulação para fora da comunidade. Dessa forma, espera-se que a maioria dos contatos que já estabeleceram ocorra justamente dentro do bairro onde residem e, em sua maioria, estudaram.

No caso desta tipologia, vale a pena também olharmos de forma geral para as diferentes incidências dos ACS nos tipos construídos. A maioria dos ACS encontra-se no tipo 1, dos casos de redes grandes, desconectadas e internas. A evidência é interessante sob diversos aspectos.

Em primeiro lugar, reforça o caráter comunitário dos ACS, com as redes internas à comunidade. Ao mesmo tempo, as redes grandes sugerem que a profissão, como já dissemos anteriormente, modifica suas redes, ampliando o número de contatos que possuem. No entanto, chama a atenção o fato de as redes serem grandes, porém pouco conectadas. Isso demonstra que, embora os ACS se conectem com mais pessoas no exercício de sua profissão, não necessariamente eles promovem maior conexão entre as pessoas. Ou seja, tendem a atuar mais como mediadores (sendo elo de conexão) do que como promotores de contatos dentro da comunidade – ou articuladores dos contatos entre si.

Este processo de conexão entre os contatos só aparece no tipo 4 das redes, em que as redes são menores, internas e mais conectadas. Podemos então imaginar que, pelo perfil relacional, os ACS tendam a ser disseminadores de informações, tornem-se o elo entre as conexões, conectem o Estado e os usuários, mas há poucas evidências relacionais de que eles promovam a articulação dos contatos entre si e, portanto, processos de mobilização comunitária. Veremos no próximo capítulo como essas diferentes características de redes incidem sobre o uso de práticas de ação e estilos de interação; como poderemos observar, realmente o processo de mobilização acaba sendo potencializado apenas por aqueles ACS com redes pequenas e conectadas.

Em termos de processo de mediação, esses elementos relacionais apontam que os ACS tendem a promover maior permeabilidade entre o Estado e os usuários – especialmente sendo a ponte desta permeabilidade, mas que não fortalecem necessariamente o aspecto de união dentro da comunidade que poderia, por sua vez, apontar para a ideia de mobilização comunitária.

5.3 ANÁLISE DA SOCIABILIDADE

Para analisar a sociabilidade das redes sociais e verificar se há diferenças fundamentais entre elas, construímos também *clusters* considerando o percentual de relações presentes em cada uma das esferas e, também, o grau de sobreposição das redes estudadas. Como método para elaboração dos *clusters*, utilizamos novamente o hierárquico com ligação de Ward e distância euclidiana quadrática, que nos deu um agrupamento mais adequado e consistente. A partir do resultado da clusterização, selecionamos 3 grupos diferentes, cada um com suas características próprias, evidenciadas pela tabela abaixo e explicadas em seguida na descrição dos grupos. Como veremos, os elementos centrais para diferenciação dos grupos são: o grau de sobreposição (alto, médio ou baixo¹⁰), o percentual de contatos profissionais e de contatos de sociabilidade primária.

¹⁰ Vale lembrar que a sobreposição mede o percentual de vínculos profissionais que possuem também sobreposição com vínculos pessoais, ou seja, quantos por cento das pessoas atendidas pelos ACS também possuem outro tipo de relação com eles.

Tabela 20: Resumo dos *clusters* de sociabilidade

	Clusters de Sociabilidade		
	Tipo 1	Tipo 2	Tipo 3
	Média	Média	Média
Sobreposição	92%	79,50%	24,00%
Igreja	3,45%	10,60%	0,00%
Vizinhança	24,60%	39,15%	9,10%
Trabalho	30,00%	5,45%	12,90%
Visita Domiciliar	24,15%	17,85%	50,20%
Família	15,60%	17,90%	12,90%
Número de ACS	9	12	3

Fonte: elaboração própria

Sociabilidade 1: Redes de alta sobreposição, contatos profissionais e contatos de sociabilidade primária

Nas redes desse tipo de sociabilidade há uma média alta de sobreposição dos vínculos (92%) e, ao mesmo tempo, alto índice de vínculos profissionais (30% de Trabalho e 24% de Visita Domiciliar) e alto índice de vínculos primários (24,6% de Vizinhança, 15,6% de Família).

Ou seja, são redes sociais nas quais as relações pessoais e as profissionais se sobrepõem e estão equilibradas entre si. São, portanto, redes que tendem a diminuir a separação entre a política pública e a vida comunitária. Imagina-se que ACS com este tipo de rede social sejam mais capazes de realizar mediações, na medida em que sobrepõem seus vínculos de contatos de ACS com contatos de pessoas de outra ordem.

Fazem parte desta tipologia 9 ACS, sendo 5 de Sobral e 4 de São Paulo.

Sociabilidade 2: Redes de alta sobreposição e contatos de sociabilidade primária

Neste tipo de rede há alto índice de sociabilidade primária (46,4% Vizinhança e 14,9% Família) combinado com alto grau de sobreposição (83%). Isso significa que a maioria dos contatos da rede é de família ou de vizinhança, e, ao mesmo tempo, que os contatos profissionais existentes (que são poucos), são sobrepostos por outros tipos de vínculos. Ou seja, são redes com mais vínculos pessoais, especialmente de vizinhança, mas que se sobrepõem a vínculos profissionais. Espera-se, portanto, que estes ACS utilizem mais elementos e referências dos vínculos pessoais no processo de implementação, na medida em que suas relações estão mais baseadas em vínculos primários. Além disso, devido ao alto

índice de contatos na vizinhança, espera-se que estes ACS utilizem elementos da vida e dinâmica comunitária em seu serviço.

Esta é a tipologia mais incidente, havendo 12 ACS nela, dos quais 5 são de Taboão da Serra, 3 de Sobral e 4 de São Paulo.

Sociabilidade 3: Redes de baixa sobreposição e contatos profissionais

Nestas redes há um forte componente profissional (50,2% Visitas Domiciliares e 12,9% Trabalho) combinado com baixa incidência de vínculos primários (9,1% Vizinhança, 12,9% Família). Ao mesmo tempo, há um baixo grau de sobreposição da rede (apenas 24%). Assim, estas redes têm como característica central serem redes profissionais sem sobreposição.

Redes desta tipologia não geram muita relação entre contatos pessoais e profissionais e imagina-se que ACS com esse tipo de rede tendam a ter posturas mais técnicas e profissionais com os usuários, na medida em que não compartilham outros tipos de vínculos.

Fazem parte desta tipologia 3 ACS, sendo todos eles de Taboão da Serra. Como já apontamos anteriormente, na medida em que a experiência desta UBS é ainda recente, há maior tendência de que os vínculos sejam menos pessoais e menos sobrepostos, já que ainda estão se formando e se transformando.

Embora não haja equilíbrio entre as UBS, há aqui maior dispersão dos mesmos na tipologia.

No caso de Sobral, a maioria dos casos está na tipologia 1, de redes sobrepostas, profissionais e de sociabilidade primária. Isso fortalece a tese de que os ACS desta localidade possuem fortes vínculos comunitários com os quais, inclusive, implementam a política pública e, portanto, criam relações profissionais. Vale ressaltar que uma das origens disso está no próprio processo seletivo dos ACS. Na medida em que a prefeitura privilegia contratação de agentes com vivência comunitária prévia (especialmente ligados à pastoral da criança ou a movimentos sociais), acaba contratando pessoas que já possuem vínculos comunitários fortes e que podem, ao mesmo tempo, usar esses vínculos para realização de seu trabalho. Assim, se torna um próprio requisito, no processo seletivo, que estes agentes possuam vínculos fortes na comunidade que, portanto, podem sobrepor-se ao longo do exercício da profissão.

No caso de São Paulo os casos se dividem entre o tipo 1, de redes sobrepostas, profissionais e de sociabilidade primária, e o tipo 2, também de redes sobrepostas, mas aqui

focadas em sociabilidade primária. Como a maioria dos casos de Sobral e de São Paulo está nas mesmas tipologias, mais uma vez evidenciamos os efeitos colocados anteriormente da profissão sobre as redes dos ACS, ou seja, ao longo do exercício da profissão, os ACS vão sobrepondo suas redes, fortalecendo os contatos internos à comunidade e os contatos no Estado. No entanto, diferentemente do caso de Sobral, como a prefeitura de São Paulo não privilegia contratação de agentes com vivência comunitária, podemos ver que o efeito acaba sendo a divisão em duas tipologias, a 1 e a 2, em que a segunda é formada por ACS com fortes vínculos primários, mas não profissionais.

Em Taboão da Serra há novamente uma concentração de casos em dois tipos de sociabilidade: na sociabilidade 2, caracterizada pela alta ou média sobreposição e contatos primários, e pela tipologia 3, de baixo grau de sobreposição e alto grau de contatos profissionais. Vale ressaltar que todos os casos de Taboão da Serra possuem sobreposição média ou baixa.

Novamente, podemos supor que o próprio exercício da profissão e a maturidade do programa, baixos no caso deste município, acabam impactando a baixa sobreposição. Ou seja, ao contrário das evidências de São Paulo e Sobral, no caso de Taboão da Serra, a baixa sobreposição pode ser explicada pelo tempo pequeno de implementação do programa, que se reflete em sua baixa maturidade e no curto tempo de serviço dos ACS. Além disso, o alto grau de contatos de sociabilidade primária (da tipologia 2) também aponta neste sentido, considerando-se que os ACS ainda estão fortalecendo as redes profissionais; portanto, a sociabilidade primária possui um impacto considerável.

De forma geral, também é interessante notar que a maioria das redes dos ACS está dividida nas tipologias 1 e 2, ou seja, possuem sobreposição alta ou média. Esta evidência sugere que a profissão do ACS tende a gerar maior sobreposição nos vínculos dos ACS, o que complexifica sua rede social e, acima de tudo, constrói a permeabilidade entre o Estado e os usuários por meio das relações que estabelece. Ao mesmo tempo, a alta sobreposição também nos aponta para uma característica importante para o processo de mediação, já que os ACS acabam podendo mediar e aproximar as políticas dos usuários pelo próprio perfil relacional que acabam tendo.

Ao mesmo tempo, a alta incidência de casos em contatos de sociabilidade primária (apenas a tipologia 3 não o tem), também demonstra a importância do componente local/comunitário nestes profissionais. Isso quer dizer que, mesmo havendo vieses diferentes

de seleção, o próprio pertencimento deles à comunidade traz para a política pública burocratas com alto grau de relações primárias.

5.4 CRUZAMENTO DAS TIPOLOGIAS

Após a criação das duas tipologias, de medidas de redes sociais e de sociabilidade, cruzamos ambas para verificar como se relacionavam os grupos. O cruzamento gerou a tabela bivariada abaixo, na qual são apresentados, nas linhas, os quatro clusters de sociabilidade e, nas colunas, os cinco clusters de rede. Cada célula apresenta o número de casos pertencentes a ambos os grupos.

Tabela 21: Cruzamento das Tipologias de Sociabilidade e de Redes

		Tipologia de Redes				
		1 - Grande, pouco conectadas e interna	2 - Média, pouco conectada, externa	3 - Média, posterior e interna	4 - Pequena, conectada e interna	Total de casos
Grupos de Sociabilidade	1-Alta sobreposição, prof. e de sociab. primária	3	2	3	1	9
	2-Alta e média sobreposição, sociab. primária	9	1	0	2	12
	3-Sobreposição baixa, profissional	2	0	1	0	3
	Total de casos	14	3	4	3	24

Fonte: elaboração própria

Pela tabela apresentada podemos levantar algumas evidências importantes. É interessante notar que as redes com sociabilidade primária (grupo 2 de sociabilidade) se combinam com as redes grandes, pouco conectadas e internas. O fato de ser interna tem uma relação direta com a sociabilidade primária, já que a maioria dos contatos é com vizinhança ou família. O fato de ser uma rede grande e pouco conectada pode ser resultado da dinâmica de trabalho dos ACS. Boa parte dos agentes presentes nestas duas tipologias é de Taboão da Serra que, como dissemos, tendem a ter muitos contatos superficiais, decorrentes de quem já conheciam antes da profissão ou dos usuários que conheceram depois, mas com quem não

tendem a ter sobreposição de vínculos. Dessa forma, acabam possuindo redes grandes, mas pouco conectadas.

Vemos também que as redes internas, pequenas e conectadas têm, em sua maioria, alta ou média sobreposição e sociabilidade primária. Há uma coincidência novamente entre a sociabilidade primária e o fato de serem redes internas à comunidade. Ao mesmo tempo, imagina-se que o fato de serem pequenas facilita o processo de sobreposição das redes, já que são poucos contatos, inseridos na comunidade, e, assim, as pessoas atendidas pelos ACS acabam tendo também outros tipos de vínculos com ele. Os agentes presentes neste cruzamento de tipologias são de Sobral ou de São Paulo, ambas experiências com maior maturidade de implementação e agentes com tempo maior de exercício profissional, o que lhes possibilita construção de vínculos sobrepostos.

Outra relação existente também é entre as redes posteriores, internas e médias (Tipo 3) e as redes onde há contatos profissionais (Grupos 1 e 3 de sociabilidade). Em ambos os casos, o próprio fato de as redes serem posteriores já atesta a existência de contatos provindos da profissão, na medida em que o número de contatos cresceu após a entrada do ACS na profissão. Assim, tende-se a imaginar que os contatos seriam profissionais (embora pudessem ser ou não sobrepostos), construídos pelos contatos que os ACS adquirem ao longo de sua profissão, realizando visitas domiciliares.

As redes médias, externas e desconectadas (tipo 3), estão relacionadas com grupos de sociabilidade que possuem contatos de sociabilidade primária (grupo 2) e de sociabilidade primária ou profissional (grupo 1). O fato de as redes serem externas e terem contatos primários podem indicar que, neste caso, os contatos devem ser mais de família que de vizinhança, já que não necessariamente as famílias residem na mesma comunidade. Além disso, a relação com os contatos profissionais se justifica porque, normalmente, os contatos de trabalho não residem na comunidade. Podemos, assim, compreender por que estas redes são externas.

5.5 ANÁLISES DOS IMPACTOS DAS REDES SOCIAIS

Vimos ao longo deste capítulo que as redes sociais das diferentes UBS possuem características próprias, tanto em termos de medidas de redes como em relação à sua sociabilidade. O cruzamento das tipologias de redes com as tipologias de sociabilidade

apontou alguns achados interessantes em termos de características esperadas para atuação dos ACS em questão, considerando sua inserção na comunidade, a prevalência de pessoas tratadas e a sobreposição de vínculos, entre outros elementos.

Resumiremos agora alguns desses achados a respeito da ligação entre estes fatores relacionais e a atuação dos ACS.

Vimos, em primeiro lugar, que a atuação profissional dos ACS acaba gerando-lhes impacto em termos de tamanho de contatos de suas redes. Comparamos os resultados encontrados por nossas pesquisas com os de Marques (2007) e constatamos que há um número maior de contatos na rede social dos ACS do que das demais pessoas. Como dissemos, isso é resultado da própria profissão, na medida em que os ACS precisam se articular e conhecer pessoas da comunidade e têm sob sua responsabilidade cerca de 200 famílias com as quais, ao longo do tempo de serviço, tendem a estabelecer contatos. Isso é reforçado pela evidência encontrada de que há maior número de contatos estabelecidos a partir da esfera do trabalho no caso dos ACS.

Em seguida, vimos que sua atuação tem impacto no número de contatos dentro da comunidade. Novamente comparando os resultados das pesquisas, percebemos que, ao trabalharem dentro da comunidade onde vivem, os ACS acabam criando mais contatos internos à comunidade.

Vimos ainda que tanto o número de contextos de entrada como o número de esferas de encontro aumenta com o tempo de serviço, o que significa maior variabilidade da dinâmica relacional e maior complexidade nas redes sociais dos ACS, também devido à profissão.

Há, inclusive, algumas evidências que foram comprovadas pela comparação entre as três experiências analisadas e que se devem, especialmente, à questão de tempo de serviço do ACS ou de maturidade na implementação do PSF, ou seja, elementos que mostram que, ao longo do exercício profissional, as redes sociais dos ACS se alteram.

É o caso, por exemplo, dos achados relacionados ao número de contatos adquiridos depois de assumirem a profissão. Vimos que a proporção entre contatos anteriores ou posteriores ao serviço muda bastante entre ACS que assumiram o trabalho recentemente ou ACS mais antigos. Ou seja, ao longo dos anos de serviço, aumenta-se o número de contatos dos ACS, o que evidencia mais um impacto da profissão sobre a rede social do ACS.

Também vimos que, ao longo do tempo de serviço, a densidade e, portanto, a conexão da rede tende a aumentar. Ou seja, com os anos de trabalho, os ACS tendem a conectar mais

as pessoas de sua rede social. Este é um fator importante para compreender o papel do ACS enquanto mediador ou enquanto articulador entre pessoas, como vimos também anteriormente. Assim, observamos que, ao longo do tempo, os ACS tendem a construir redes mais conectadas entre si, de forma que acabam promovendo maior articulação entre as pessoas.

Outro impacto do tempo de serviço está relacionado aos contatos de vizinhança que também crescem em relação aos anos de serviço do ACS. Vimos que nas experiências com maior tempo de implementação e, portanto, maturidade, os ACS tendem a ter mais contatos na vizinhança, o que significa que estão mais imbricados na dinâmica comunitária. Isso, por sua vez, potencializa sua capacidade de gerar permeabilidade entre o Estado e a sociedade.

Ainda com relação à permeabilidade, percebemos que a sobreposição de contatos tende a ser maior ao longo do tempo de serviço também, quando comparamos a experiência mais recente com as mais antigas. Dessa forma, ao longo dos anos de trabalho, os ACS tendem a construir relações multiplexas, que tenham conteúdo profissional e pessoal ao mesmo tempo. Este elemento é central para que o ACS possa promover maior permeabilidade entre o Estado e a sociedade, já que sua própria rede social acaba tendo esta permeabilidade, sem distinção entre os conteúdos profissionais e os pessoais. Este fato também é importante para aumentar a possibilidade de o ACS implementar as políticas contemplando elementos da comunidade – como é o caso dos estilos de comunicação. Como veremos adiante, a sobreposição acaba tendo uma relação direta com o uso de estilos e com a adoção de algumas práticas que aproximam o Estado dos usuários.

Por fim, também vimos que, ao longo do tempo, os ACS tendem a ter mais contatos heterofílicos – o que significa contatos com pessoas de atributos diferentes dos seus. Estes contatos são importantes porque trazem para os ACS acesso a novas informações, novos padrões de relação e novas potencialidades para sua atuação enquanto burocrata. A heterofilia é apontada pela literatura como um componente importante no processo de diminuição de pobreza ou de segregação social.

Para esta literatura, que analisa redes sociais e segregação social (MARQUES, 2005; TORRES, 2005; SUNKEL, 2003; BRIGGS, 2001), a redução do contato entre diferentes grupos sociais interfere na extensão e diversidade dos vínculos de indivíduos em comunidades segregadas e, por sua vez, acaba restringindo os contatos ou pontes para fora das comunidades e o acesso a recursos materiais e imateriais. Indivíduos de um mesmo grupo social, que habitam local de composição homogênea e características socioeconômicas negativas tendem

a apresentar características semelhantes às dos outros membros de seu grupo, partilhando das mesmas informações e recursos – processo denominado de homofilia (GRANOVETTER, 1973).

A literatura aponta que, para estes indivíduos, o acesso a informações diferentes depende do estabelecimento de vínculos ou pontes que unam seu grupo social a outros grupos, provocando um processo de interação heterofílica. Como pudemos ver pelas evidências apontadas, os ACS podem tornar-se os indivíduos que promovem os contatos heterofílicos, pelas próprias características de suas redes, que congregam pessoas internas e externas à comunidade e ao poder público. Na medida em que constroem relações e interações com pessoas de características diferentes ao longo do exercício profissional, amplia-se o potencial de acesso a informações ou a recursos fora da comunidade.

Ao mesmo tempo, a sobreposição alta dos vínculos permite-lhes trazer estas informações e recursos de volta à comunidade, na medida em que compartilham com ela – os usuários da política – outros tipos de vínculos relacionais.

O papel que os ACS assumem pode transformá-los em pontes (LIN, 2001), por estarem na fronteira entre seu grupo social e os grupos que conseguem conectar. Como diz Burt (1992), acabam assumindo posições estratégicas em buracos estruturais que, no caso de comunidades com segregação, podem aumentar a possibilidade de acesso a novos recursos e oportunidades (LOTTA e PAVEZ, 2009).

A partir desta potencial atuação enquanto ponte – comprovada pelas redes sociais acima estudadas – os ACS acabam tendo um poder de conexão vertical, que decorre tanto do contato com a população local (enquanto moradores da comunidade), como com funcionários do poder público. Ao mesmo tempo, possuem um poder de conexão horizontal, que potencializa a mobilização e a troca de informações internas na comunidade. Neste processo de conexões verticais e horizontais, as redes sociais dos ACS nos mostram que eles podem construir uma interface relacional entre o Estado e os usuários, bem como entre a comunidade e os demais profissionais do Programa, atuando enquanto mediadores que promovem maior permeabilidade entre estes grupos.

Os elementos das redes sociais aqui analisadas demonstram que o tempo de implementação do programa, especialmente sua maturidade e os anos de exercício profissional dos ACS, têm impacto na sociabilidade destes agentes, em termos de aprofundar seus contatos, complexificar a estrutura social e o localismo dos vínculos. Assim, percebe-se

que o exercício profissional e as características do programa permitem que estes burocratas de rua estabeleçam conexões mais complexas com a comunidade e com o poder público.

Como vimos no início do capítulo, consideramos que as redes sociais se tornam estruturas dentro das quais as dinâmicas relacionais operam e, assim, influenciam a própria ação dos atores nela inseridos. Na medida em que vemos redes sociais alteradas ao longo do exercício da profissão, podemos imaginar que essa variação altere a própria capacidade de atuação dos burocratas, na medida em que estabelecem vínculos sobrepostos com mais pessoas, tanto locais como profissionais, tanto internos como externos. Podemos supor que todas essas características relacionais possibilitam aos agentes a utilização de repertórios diversos, provenientes da inserção nessa estrutura social diversificada.

Neste capítulo, analisamos os fatores relacionais que impactam, ou são impactados, na atuação dos ACS. Observamos como diversos elementos relacionais das redes sociais estão relacionados às especificidades da profissão destes burocratas que residem na comunidade. Apesar de nos esclarecer diversos elementos importantes, a análise de redes sociais acaba tendo um limitante por ser estática e não capturar a dinâmica das relações, ou seja, observamos a estrutura relacional, mas não o conteúdo que perpassa cada relação.

Nos próximos capítulos, buscaremos avançar nesta lacuna, observando os elementos dinâmicos do processo de implementação, em especial as ações colocadas em prática e os estilos de interação que caracterizam o processo de implementação das políticas públicas.

Mais adiante, retornaremos às análises das redes sociais, buscando cruzar estes achados com as dinâmicas da implementação.

CAPÍTULO 6: ANÁLISE DA IMPLEMENTAÇÃO: AS PRÁTICAS DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

Nos capítulos anteriores, analisamos algumas características individuais, relacionais e de afiliação dos Agentes Comunitários de Saúde, para mapear e compreender elementos que podem influenciar a maneira como os ACS constroem suas ações e, portanto, implementam a política pública. Dando prosseguimento ao entendimento mais aprofundado desses burocratas de rua, neste e no próximo capítulo analisaremos os dois aspectos centrais do processo de implementação conduzido pelos ACS: as práticas e os estilos de interação. Entendemos que tanto as práticas como os estilos são centrais para entender a forma como a política pública é implementada; ao mesmo tempo, buscaremos compreender como esses elementos operam na ação dos Agentes Comunitários.

Este capítulo será dedicado especificamente às práticas levantadas na pesquisa, comparando-as com as práticas formalmente atribuídas. Também buscaremos compreender como elas se organizam, como incidem em cada caso, como se estruturam e alguns elementos que ajudem a explicar como acontecem.

6.1 PRÁTICAS DESENVOLVIDAS PELOS ACS

A fim de analisar o processo de implementação do Programa Saúde da Família com base nos agentes implementadores - os Agentes Comunitários de Saúde -, decidimos fazer um levantamento de todas as ações que eles realizam em sua rotina de trabalho, seja dentro das Unidades Básicas de Saúde, seja dentro dos domicílios ou na comunidade. Entendemos aqui que compreender as ações desenvolvidas pelos ACS é um dos componentes centrais para compreender o processo de implementação, especialmente quando lembramos a ideia de Lissky (1980) de que a ação dos agentes implementadores corresponde à ação do Estado.

Neste sentido, concordamos com Pupin e Cardoso (2008), ao buscar entender a formação do ACS enquanto burocrata como um processo em constante construção.

“Refletir acerca dos sentidos de ser agente nos permite perceber que a constituição do ACS como tal caracteriza-se como um processo, ou seja, não existe um agente comunitário de saúde a priori, mas ele se constitui agente a partir de suas vivências no cotidiano do trabalho que, por sua vez, é contextualizado sócio-historicamente” (PUPIN e CARDOSO, 2008, p. 162).

A análise das ações que os ACS desenvolvem nas visitas domiciliares também é importante, uma vez que são entendidas como a função central dos agentes; as visitas

domiciliares são compreendidas como importantes no processo do PSF, por estarem relacionadas à formação de vínculo e integralidade (MENDONÇA, 2008).

Para analisar estas práticas, primeiramente levantamos todas as ações que são delegadas formalmente a eles pela legislação do Ministério da Saúde ou pelos documentos oficiais que regem o Programa. Como veremos em seguida, a legislação é demasiadamente ampla e generalista, o que possibilita interpretação por parte de todos os atores envolvidos na cadeia de implementação do programa e, especialmente, pelos próprios ACS. Em seguida, levantamos todas as ações observadas, de fato, na atuação dos ACS, estivessem elas, ou não, colocadas na legislação. Novamente reforçamos, com isso, a concepção de que a ação dos agentes implementadores se torna a ação do Estado de fato (LIPSKY, 1980), sejam essas ações aquelas predeterminadas, ou as ações realizadas a partir do exercício da discricionariedade dos agentes.

Iniciaremos as análises apresentando abaixo as atribuições dos ACS determinadas pela legislação vigente¹¹. Apresentaremos um resumo dessas atribuições, descritas na íntegra no anexo.

Segundo a Portaria 648 e a Lei 11.350/2006, é função específica dos ACS:

- Trabalhar em uma base geográfica definida e fixa, na qual deve desenvolver ações que integrem as equipes de saúde e os usuários;
- Realizar ações de promoção e prevenção das doenças e de vigilância por meio de visitas domiciliares periódicas;
- Orientar as famílias sobre os serviços de saúde;
- Realizar atividades de educação para a saúde individual e coletiva;
- Realizar e manter atualizados os cadastros das famílias e o registro de agravos através do preenchimento de fichas;
- Utilizar instrumentos para diagnóstico demográfico e sociocultural da comunidade;
- Estimular a participação da comunidade nas políticas de saúde;

¹¹ Embora a Portaria 1886/1997 apresentasse uma lista mais específica, com 33 atribuições dos ACS, ela foi revogada pela portaria 648/2006, que resumiu as atribuições em apenas 8.

- Participar de ações que fortaleçam os elos entre o setor de saúde e outras políticas de qualidade de vida; e
- Realizar atividades nas UBS, desde que vinculadas às atividades acima descritas.

Além destas duas legislações, há outra específica para a atuação dos ACS na prevenção de malária e dengue (Portaria 044/2002), que estabelece como funções dos ACS:

- Realizar ações de educação em saúde e mobilização social para controle dos vetores, inclusive nos domicílios;
- Investigar casos na comunidade, identificar os sintomas de malária e dengue e encaminhar paciente para tratamento;
- Orientar o uso de medidas de proteção individual e coletiva;
- Acompanhar pacientes em tratamento;
- Preencher notificação dos casos de malária;
- Vistoriar os cômodos das casas para identificar locais de existência de larvas ou mosquitos;
- Comunicar os serviços de saúde sobre os criadouros de larvas ou sobre necessidade de intervenção da vigilância sanitária.

Por fim, outro documento importante para identificação das atribuições dos ACS é o Referencial Curricular, que define as Competências do Técnico em Agente Comunitário de Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE e MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2005). Embora não seja uma lei, o referencial serve como base para que os estados e municípios construam seus próprios cursos de formação técnica para ACS e é, portanto, uma referência interessante para compreendermos as funções esperadas pelos ACS.

De acordo com o referencial, são competências dos ACS:

- Desenvolver ações que integrem as equipes de saúde e os usuários;
- Realizar atividades de planejamento e avaliação das ações de saúde;

- Desenvolver ações de promoção e proteção e de desenvolvimento de cidadania, buscando melhoria da qualidade de vida da população e o controle social da mesma sobre as ações de saúde; e
- Desenvolver atividades de prevenção e monitoramento para agravos e grupos específicos, bem como para situações de risco ambiental e sanitário, segundo os protocolos de saúde.

Como apontamos anteriormente, embora a legislação seja bastante específica em relação a alguns pontos e funções dos ACS, ela é, ao mesmo tempo, bastante ampla em outros pontos. Assim, a própria legislação que define as atribuições dos ACS permite uma interpretação grande e, ao mesmo tempo, espaço para construção de ações que não são previstas, mas tampouco são proibidas na ação dos ACS.

Como veremos na próxima sessão, essa amplitude e ambiguidade causarão interpretações diferentes e resultarão, portanto, em práticas diferentes na atuação dos ACS, tanto entre UBS diferentes como dentro das mesmas.

A fim de entender o exercício da discricionariedade dos ACS e dos demais atores na implementação do PSF, fizemos um levantamento das ações efetivamente realizadas pelos ACS, tanto em visitas domiciliares como nas comunidades e nas Unidades Básicas de Saúde. Este levantamento ajuda a compreender quais são, de fato, as ações realizadas pelos ACS, que constituem seu processo de implementação de políticas públicas, ou seja, permite-nos compreender como de fato exercem seu papel de burocratas implementadores, para além das ações que lhes são formalmente designadas.

No levantamento das ações praticadas pelos ACS, entendemos que há adaptações ou exercício de discricionariedade por parte de vários atores. Ou seja, entendemos que parte das ações levantadas é delegada formalmente, seja pela Secretaria Municipal de Saúde, seja pelos gerentes das UBS, pelas enfermeiras coordenadoras das equipes ou por demais profissionais das equipes de saúde da família, da UBS ou do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Essa ideia foi apresentada quando discutimos a cadeia entre formulação e implementação de políticas públicas, especialmente no caso do PSF. Ao mesmo tempo, isso é reforçado pela própria literatura de implementação, que considerava as possíveis diferentes interpretações das ações, a falta de clareza, o excessivo número de atores envolvidos e a relativa autonomia

das agências como elementos importantes para compreender a própria implementação (PRESSMAN e WILDAVSKY, 1973; GUNN, 1978; SABATIER e MAZMANIAN, 1978).

Considerando essa complexidade de atores e interpretações na cadeia de implementação do PSF, entendemos também que não é possível identificar quais ações foram em algum momento delegadas, a não ser aquelas que presenciamos. No entanto, a análise do número de ACS que desempenha cada uma das práticas ajuda-nos 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 escolhas dos próprios agentes no momento da implementação. Neste sentido, concordamos com Silva e Dalmaso (2002), quando argumentam que “no dia-a-dia, os agentes são colocados diante de contradições sociais, o que é ‘muito pesado’ e, por isso, eles fazem determinadas opções, segundo as exigências, as recompensas e suas referências” (SILVA e DALMASO, 2002, p. 76).

Todas as atividades observadas foram sistematizadas, para que pudéssemos analisá-las e compará-las em diferentes contextos, resultando em 108 práticas diferentes, que são exercidas ao menos por um dos ACS estudados. Após esta síntese, organizamos as práticas nos locais onde são desenvolvidas: UBS, Domicílios ou Comunidades. Por fim, organizamos as práticas em algumas categorias gerais, inspiradas na legislação, nas classificações adotadas pela Atenção Básica e no trabalho de Cohn (2009). A lista completa das 108 práticas está no Anexo 2.

Em seguida, dividimos as ações entre aquelas que estão previstas e aquelas não previstas para exercício dos ACS. Para esta divisão, consideramos a legislação acima colocada, 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.

Assim, por exemplo, classificamos como ações não previstas aquelas que geram algum tipo de discussão no Programa, especialmente as questões relacionadas a sigilo das informações (como HIV, informações pessoais das famílias, acesso a prontuários etc.). Também consideramos ações não previstas aquelas que interferem nas competências dos demais profissionais, como prevêm a legislação do Ato Médico e as resoluções do Conselho de Enfermagem. Desta forma, todas as ações relacionadas a diagnósticos, exames, indicação de medicamento ou tratamento clínico foram consideradas como não previstas para a ação do ACS. Isso não quer dizer que todas as práticas “não previstas” sejam ilegais, mas sim que elas

não foram atribuídas formalmente aos ACS ou que haja controvérsias a respeito de os ACS poderem ou não desempenhá-las.

Vale fazer algumas ressalvas. Em primeiro lugar, esta classificação e organização foram feitas apenas para efeito de simplificação das análises, não sendo uma categorização estanque. Assim, provavelmente, há algumas ações que poderiam ser alocadas em outras categorias, mas como esta classificação não causa grande interferência na análise, isto se torna irrelevante neste momento.

Em segundo lugar, vale ressaltar que a síntese das práticas vem a partir das observações feitas em campo, ou seja, elas não possuem pressupostos anteriores nem têm como base a legislação e as atribuições que deveriam ser feitas. Elas apontam apenas o que de fato é realizado e foi observado. Neste sentido, a divisão entre o que é previsto ou não para os ACS pode gerar também algumas discussões, na medida em que a legislação permite interpretações diversas. Para isso, vale destacar que as dúvidas a respeito do que pode ou não ser feito apenas reforçam o argumento de que há espaço para exercício da discricionariedade e não afetam as análises abaixo colocadas.

Por fim, vale ressaltar que estas práticas não esgotam toda realidade vivenciada pelos ACS, na medida em que elas são fruto de uma observação relativamente curta em alguns contextos específicos. A síntese que fizemos também não revela a intensidade do exercício de cada uma das práticas, o que limita analisarmos quanto tempo os ACS gastam desenvolvendo cada atividade. No entanto, entendemos que o levantamento feito já nos dá subsídios suficientes para compreender o exercício da discricionariedade e a variabilidade de formas de implementação do programa.

Para cada ação analisamos individualmente se os ACS as desempenhavam ou não, com respostas do tipo Sim e Não (0 e 1). Foram construídas tabelas analisando as ações de cada ACS, individualmente, depois agrupadas pelos ACS de cada UBS e, posteriormente, comparando-se todos os ACS.

Faremos agora algumas análises a respeito das práticas desempenhadas pelos ACS, considerando, em primeiro lugar, um olhar geral das ações; em segundo lugar, uma comparação entre as UBS. Mais adiante, usaremos estas informações para fazer uma comparação individual entre os ACS.

6.2 ANÁLISE GERAL DAS PRÁTICAS

A fim realizar uma análise geral das práticas feitas pelos ACS durante seu trabalho, fizemos um levantamento do percentual de prevalência de cada tipo de prática com relação ao total de práticas realizadas. Para tanto, foi levantado o número de incidências de práticas de cada tipo e relacionado com o total de práticas desenvolvidas. Esta análise levou-nos à tabela abaixo, que condensa as 108 práticas detalhadas no Anexo 2:

Tabela 22: Percentual de Incidência das Práticas

Categorias de Práticas	% médio de incidência
Perguntas sobre condições de saúde (ações em VD)	3%
Orientações, informações e encaminhamentos para serviços de saúde (ações em VD)	11%
Orientações, informações e encaminhamentos para serviços fora da saúde (ações em VD)	2%
Ações de mobilização ou de direito (ações em VD)	4%
Orientações ou práticas de tratamento clínico (ações em VD)	6%
Atividades de controle (ações em VD)	23%
Ações de prevenção e promoção em saúde (ações em VD)	5%
Outras conversas fora da saúde (ações em VD)	1%
Ações de assistência social (ações em VD)	3%
Ações de orientação (ações em VD)	4%
Ações de Gestão (ações em VD)	2%
Ações de gestão da informação (ações em UBS)	18%
Ações de suporte à equipe (ações em UBS)	17%
Ações de formação e aprendizagem (ações em UBS)	0,5%
Ações de mobilização comunitária (ações na comunidade)	2%

Fonte: elaboração própria a partir dos dados de campo

A primeira constatação que fazemos ao analisar de forma geral as práticas é de que, no cotidiano da implementação do Programa, prevalecem, em média, as ações de controle (23%), de gestão da informação (18%) e de suporte à equipe nas Unidades Básicas de Saúde (17%). Isso significa também que cerca de 35%, ou seja, um terço das práticas realizadas pelos ACS ocorrem dentro das Unidades Básicas de Saúde.

Segundo a portaria 648/2008, é permitido aos ACS “desenvolver atividades nas unidades básicas de saúde, desde que vinculadas às atribuições acima”, ou seja, às atribuições descritas anteriormente. No entanto, quando analisamos o quadro detalhado das práticas por

elas desenvolvidas, vemos que boa parte delas não constitui atribuições necessariamente descritas para os ACS, como atuação em serviços de outros profissionais, atendimento em processos internos, marcação de consultas, acolhimento ou coleta de exames, entre outros.

Com relação ao grande número das atividades de controle, podemos considerar que uma boa parte delas está prevista nas ações a serem desenvolvidas pelos ACS, embora haja controvérsias sobre o que se pode ou não fazer (especialmente nas atividades de vistoria, de controle de receitas e de medicamentos). Quanto a estas atividades de controle, é interessante notar que elas se somam ao que alguns pesquisadores têm apontado como a dificuldade de diferenciação entre o público e o privado na implementação do PSF (COHN, NAKAMURA e GUTIERRES, 2009).

Segundo as autoras, o acompanhamento das ações do PSF permite observar que há um processo de normatização social a partir das práticas dos profissionais do PSF, tanto relacionadas à saúde como em outras questões sociais. “(...) o papel assumido pelo ACS, na realidade, consiste em reforçar nas visitas as ações de rotina do serviço de saúde previstas no PSF” (COHN, NAKAMURA e GUTIERRES, 2009, p. 153). As autoras ainda reforçam o fato, também verificado por nós, de que a entrada dos ACS nos domicílios lhes propicia controle e fiscalização sobre outros aspectos, além dos relacionados à saúde, levando-se ao que chamam de uma “normatização da vida privada das famílias” (COHN, NAKAMURA e GUTIERRES, 2009, p. 154).

No caso das práticas elencadas, isso se demonstra pela vistoria que alguns ACS fazem nos domicílios, por vezes procurando focos de dengue, mas também atentando para aspectos de violência doméstica, higiene, saneamento, entre outros.

A título de análise, é interessante também comparar estes dados aqui levantados com aqueles sistematizados pelo *survey* realizado por Nakamura, Gutierrez e Cohn (2009). Em entrevistas a 1401 famílias de diferentes UBS da região metropolitana de São Paulo, a pesquisa apontou as principais atividades desenvolvidas pelos ACS, segundo a percepção das famílias. Buscamos abaixo comparar as frequências de respostas encontradas pelo *survey* com os percentuais por nós encontrados. Vale ressaltar que fizemos algumas aproximações, na medida em que nossa base analítica é diferente da adotada pelo *survey*, mas algumas informações podem ser comparáveis.

Segundo o *survey*, 68,5% responderam que os ACS fazem perguntas sobre condições de saúde. No nosso caso, no entanto, as perguntas ocupam apenas 3% das práticas realizadas

pelos ACS. Pelo *survey*, 27,5% fazem orientação, avisos e informações sobre atividades da UBS, enquanto, segundo nossos dados, isso corresponde a 11% das práticas estabelecidas. As ações de prevenção e promoção do *survey* têm 13,1% de frequência e, para nossas análises, 5%. Já as orientações e auxílios em tratamento, que correspondem às nossas ações de tratamento clínico, correspondem a 9,5% no *survey* e 6% em nosso levantamento. Por fim, as outras conversas tomam 5,8% do *survey* e apenas 1% na nossa pesquisa.

As comparações permitem percebermos que há diferenças grandes entre o que as famílias percebem enquanto ações e o que a observação da prática dos ACS estabelece. Uma das explicações para esta diferença pode estar no fato de que a pesquisa tinha atividades preestabelecidas e que, em geral, correspondiam à área de saúde, enquanto nossa observação não se restringiu às ações de saúde nem trabalhou com lista prévia. Além disso, como as classificações são diferentes, algumas ações colocadas em nossa pesquisa, enquanto controle, podem ter assumido outra classificação no *survey*.

Um dado que chama a atenção é em relação às atividades de promoção e prevenção em saúde, que chegam a apenas 5% de incidência¹². No entanto, isso reforça o que é encontrado por Almeida (2008,), quando analisa as atividades desenvolvidas pelos agentes e levantadas por meio de entrevistas:

“observa-se, na prática, que durante a capacitação rotineira do Agente Comunitário de Saúde não são seguidos, obrigatoriamente, os conceitos de promoção em saúde, apesar do Ministério da Saúde preconizá-los na proposta dos cinco eixos de competências dos ACS” (ALMEIDA, 2008, p. 23).

Outro dado interessante diz respeito ao número de atividades que são desenvolvidas dentro das Unidades Básicas de Saúde ou que correspondem a atividades administrativas. No caso, encontramos mais de 35% da incidência de atividades nesta categoria. Por um lado, esta informação poderia indicar-nos que os ACS podem estar dando suporte às equipes, o que poderia evidenciar um trabalho conjunto entre os profissionais. Por outro lado, esta observação pode reforçar a ideia de que os ACS realizam um excesso de atividades administrativas e burocráticas, fato encontrado por Silva e Dalmaso (2002). Para as autoras, através das pesquisas de avaliação do programa, o excesso de atividades administrativas dos ACS, como cadastros, preenchimento de fichas, elaboração de relatórios etc., pode fazer com

¹² Vale fazer uma ressalva de que não são estanques as atividades que podem ser incluídas nesta categoria, havendo autores que colocam praticamente todas as ações dos ACS dentro dela.

que as visitas se tornem uma atividade-meio, perdendo a prioridade no Programa (SILVA e DALMASO, 2002).

Constatação semelhante é feita por Ferraz e Aertz (2005), que, depois de entrevistarem 114 ACS de Porto Alegre, concluíram que os agentes relatavam que permaneciam boa parte do tempo de trabalho auxiliando as equipes em trabalhos burocráticos.

“Vale lembrar que o tempo que o agente permanece nas unidades de saúde diminui sua disponibilidade para as visitas. Outra ressalva é de que em alguns casos as visitas podem estar sendo realizadas muito rapidamente, comprometendo a qualidade da atenção à população assistida. O trabalho de suporte que o agente vem prestando às equipes de saúde sinaliza que, além de ser sobrecarregado com tarefas de sua atribuição, passa a ser um “tapa-buraco” da carência de outros profissionais nos serviços de saúde.” (FERRAZ e AERTZ, 2005, p. 354)

Assim, podemos constatar que o levantamento das nossas práticas e as análises da literatura apontam para a alta incidência de práticas administrativas no cotidiano dos ACS. Considerando-se a importância de os agentes estabelecerem a relação entre Estado e sociedade e as características centrais de sua função, podemos concluir que há na prática um grau de alocação de seu tempo em atividades que os tiram da comunidade e que, portanto, podem resultar em um desvio de função. Ao mesmo tempo, esta constatação pode sugerir que os ACS acabam atuando pouco tempo enquanto mediadores entre a política de saúde e os usuários, o que pode causar um prejuízo nos resultados que se esperam da política pública para sua atuação.

Outra análise geral das práticas diz respeito à incidência de ações desenvolvidas que são previstas e aquelas não previstas para os ACS. Os dados apontam que cerca de 63% das ações desempenhadas pelos ACS não estão diretamente previstas na legislação ou atribuições elencadas, enquanto 37% das práticas estão previstas. Como dissemos acima, isso não quer dizer que a maioria das ações praticadas seja ilegal, já que a não previsão pode dizer respeito às controvérsias ou à excessiva generalidade a respeito da prática. No entanto, evidencia algumas questões: em primeiro lugar, a excessiva generalidade das práticas, que permite interpretações e adequações tanto dos ACS como dos demais profissionais do programa. Em segundo lugar, demonstra uma possível falta de controle das equipes a respeito do que os ACS podem ou não fazer. Demonstra também, em parte, o grau de exercício de discricionariedade dos ACS ou decisão das equipes, que podem atuar de diferentes maneiras, algumas legais, outras ilegais.

Por fim, outra análise interessante é a respeito do número de ACS que desenvolvem as práticas, ou seja, quantas práticas são desenvolvidas por muitos ou por poucos ACS. Esta questão ajuda-nos a analisar se as práticas dos ACS estão mais homogêneas ou se são muito dispersas, dependendo de escolhas ou fatores individuais.

Analisando-se a média das ações, observamos que 18% das práticas são desenvolvidas por metade ou mais da metade dos ACS, ou seja, são práticas que poderíamos chamar de mais homogêneas no trabalho dos agentes. No entanto, cerca de 82% das práticas são feitas por menos da metade dos ACS. Isso demonstra que a maioria das práticas realizadas por ACS são heterogêneas; não são comuns a todos e, portanto, são influenciadas pelo exercício de discricionariedade de algum ator. No que diz respeito a esta questão, segundo Tomaz (2002), a falta de clareza na delimitação dos trabalhos dos ACS acaba gerando distorções nas suas funções o que, por sua vez, gera uma sobrecarga de trabalho.

Em seguida, olharemos para estas informações comparando cada um dos municípios, o que nos dará uma visão um pouco mais específica a respeito do processo de implementação em cada UBS.

6.3 ANÁLISES DAS PRÁTICAS DE CADA UBS

Seguindo a lógica adotada anteriormente, em primeiro lugar vamos analisar o percentual de incidência de cada tipo de prática em cada UBS.

Tabela 23: Percentual de incidência das práticas nas UBS

Categorias de Práticas	% médio de incidência das práticas		
	Sobral	São Paulo	Taboão da Serra
Perguntas sobre condições de saúde (ações em 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%
Ações de mobilização comunitária (ações na comunidade)	2%	3%	1%

Fonte: elaboração própria

Analisando a tabela acima, percebemos que há muitas semelhanças na distribuição das ações entre os ACS pelos tipos de ação. É interessante ressaltar que 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 em São Paulo a 19%. Para compreendermos a diferença, vale atentarmos para o que estas atividades significam. As atividades de controle contemplam o acompanhamento dos encaminhamentos feitos, a checagem de receitas, a verificação de medicamentos tomados,

entre outras práticas. Em primeiro lugar, estas atividades de controle têm como pressuposto um acompanhamento próximo dos ACS quanto às suas famílias. Também significa que possuem registro e memória das informações que poderão cobrar e controlar depois.

Analisando as informações, uma das conclusões possíveis é de que há acompanhamento mais próximo das famílias em Sobral, o que será justificado, posteriormente, pela forma como os ACS se relacionam com as famílias. O controle menor em São Paulo pode ser explicado pela 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. Como dissemos, 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 desta UBS no que diz respeito à prevenção e promoção, que pressupõem conhecimento da saúde, experiências anteriores ou capacitação e formação permanentes.

Também vale a pena analisar as práticas realizadas dentro das Unidades Básicas de Saúde. 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 que 17% são em gestão das informações e 21% em suporte. Já São Paulo tem 36%, sendo 21% em informações e 15% em suporte da equipe.

Analisando-se a situação encontrada nas três UBS, podemos tirar as seguintes conclusões: o índice maior de ações de informação em São Paulo justifica-se pela própria prioridade que a gerente da UBS dá para ações deste tipo. Como apresentamos na descrição das questões institucionais/organizacionais, 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 destas atividades com relação a Sobral e Taboão.

Já a maior incidência das práticas de suporte na UBS em 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, portanto, utiliza os trabalhos dos ACS.

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 em outros momentos, 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.

Tabela 24: 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: elaboração própria

A tabela permite-nos ver que não há diferenças significativas entre o percentual de ações previstas ou não em cada uma das UBS. Isso significa que em todas as UBS há uma incidência considerável de atividades não previstas, cujas análises de consequências fizemos anteriormente. Quanto a esta questão, Ferraz e Aertz (2005) constataram também, em pesquisa em Porto Alegre, que “o estudo mostrou que o agente vem desenvolvendo algumas atividades que descaracterizam o seu papel, uma vez que não estão preconizadas pelo Ministério da Saúde.” (FERRAZ e AERTZ, 2005, p. 354). Vale ressaltar que a realização de práticas não previstas pode ser tanto fruto de escolhas individuais dos ACS, exercício de discricionariedade como determinações provindas 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. Estas informações seguem na tabela a seguir.

Tabela 25: Percentual de ações desenvolvidas em cada município

	Sobral	São Paulo	Taboão da Serra
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 1 ACS	18%	31%	21%

Fonte: elaboração própria

A tabela acima 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, se comparadas com Taboão da Serra. O número maior de atividades demonstra que nestas localidades os ACS realizam ações mais variadas e diferentes. Isso pode ser explicado pelo fato de que em ambos os municípios os ACS estão há mais tempo em exercício e, por isso, têm mais liberdade e capacidade de realizar um número maior de práticas diferentes.

Este fato também é relatado por Bachilli et al.(2008). Os autores realizaram pesquisa em dois municípios do interior paulista, sobre o processo de trabalho e os fatores para a construção da identidade do agente comunitário de saúde. Para eles, uma das constatações é de que os ACS desconheciam a profissão para a qual ingressavam, ou seja, eles não sabiam quais seriam suas funções quando iniciaram o trabalho. Assim, foi durante o exercício e a prática da profissão, que descobriram o que ela significava. Ao mesmo tempo, continuam os autores, foi ao longo do tempo que os ACS conseguiram aprimorar seus trabalhos, trazendo para eles conteúdos criativos, uma vez que entenderam, então, a amplitude de seu papel.

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. Como falamos anteriormente, esta 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 de quais ações 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, como o controle e acompanhamento constantes dos trabalhos dos ACS, como vimos anteriormente.

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, ou seja, que os ACS atuam de maneira diferente entre si – seja isso decorrente da falta de instruções, de controle ou do excesso de exercício de discricionariedade por parte 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 optarem, e não necessariamente seguindo as regras, instruções ou condições colocadas pela UBS. Em São Paulo, há um número grande de ações que são desempenhadas por apenas um ACS, demonstrando alta diversidade nas atuações dos agentes e 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, sugerem-nos que, em localidades onde as UBS estão mais estruturadas e organizadas e onde há maior controle – caso de Sobral – há tendência de as práticas desenvolvidas pelos ACS serem mais padronizadas; ao contrário, quando as rotinas de trabalho são menos organizadas e controladas – caso de São Paulo - ou ainda estão se estruturando – caso de Taboão da Serra, isso se reflete na própria heterogeneidade de práticas desenvolvidas pelos ACS.

Esta constatação reflete-se na própria discussão a respeito do exercício da discricionariedade ou do controle da ação dos burocratas de rua. Como podemos constatar, 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.

Neste sentido, ainda, outra análise importante diz respeito às ações que são realizadas por diversos ACS e que, de alguma maneira, podemos dizer que 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 um resumo dessa tabela, contendo os itens mais relevantes para as análises e que correspondem às práticas com maior incidência na média. No entanto, o leitor encontra a tabela completa, com todos os percentuais e a lista completa de 108 práticas no Anexo 2.

Tabela 26: Percentual dos ACS em cada tipo de atividade

AÇÕES EM VISITAS DOMICILIARES	Sobral	SP	Taboão	Média
PERGUNTAS SOBRE CONDIÇÕES DE SAÚDE				
Previstas em lei				
Perguntar à família o que médico recomendou ou diagnosticou na consulta	50%	63%	38%	50%
Perguntar ao paciente questões técnicas de saúde	88%	38%	25%	50%
ORIENTAÇÕES, INFORMAÇÕES E ENCAMINHAMENTOS EM SERVIÇOS DE SAÚDE				
Previstos em lei				
Encaminhar pacientes para procedimentos de saúde (testes de gravidez, vacina, exames etc.)	63%	88%	38%	63%
Encaminhar pacientes para grupos (hipertensos, diabéticos, gestantes, adolescentes, de planejamento familiar, de terapia comunitária, de fisioterapia, grupos de relaxamento, grupos de caminhada, acolhimento)	38%	75%	38%	50%
Encaminhar pacientes para médicos/enfermeiras da equipe	88%	50%	63%	67%
Ensinar serviços e procedimentos de saúde (dentro e fora da UBS, ex: como marcar consulta, como agendar exame especializado, como fazer exame na UBS)	88%	50%	75%	71%
Não previstos em lei				
Ensinar ao paciente procedimentos mais baratos ou mais fáceis	75%	25%	50%	50%
Entregar ao paciente resultados de exames realizados	38%	25%	100%	54%
ORIENTAÇÕES OU AÇÕES DE TRATAMENTO CLÍNICO				
Não previstas em lei				
Ensinar qual medicamento tomar ou como tomar o medicamento (com ou sem receita)	88%	50%	13%	50%
Ensinar práticas locais de medicina, inclusive remédio caseiro	88%	13%	75%	58%
Examinar e realizar diagnóstico (gripe, febre, dor em alguma parte do corpo do paciente, feridas)	100%	63%	88%	83%
ATIVIDADES DE CONTROLE				
Previstas em lei				
Cobrar as pessoas pelos procedimentos encaminhados pelos ACS	100%	38%	25%	54%
Não previstas em lei				
Controlar a receita de medicamentos (verificar validade, comparar com o número de medicamentos existentes)	63%	75%	38%	58%
AÇÕES DE ASSISTÊNCIA SOCIAL				
Perguntar sobre questões pessoais ou sociais (se há violência doméstica, se há drogas, problemas com tráfico, questões familiares, como separação)	100%	63%	38%	67%
Fazer aconselhamento psicológico	50%	38%	63%	50%
AÇÕES DE INTERAÇÃO				
Previstas em lei				
Interagir com crianças nas visitas (pegar no colo, brincar)	88%	38%	50%	58%
2. AÇÕES EM MÚLTIPLOS ESPAÇOS				
Gestão das informações				
Previstas em lei				

Preencher fichas	100%	100%	100%	100%
Preencher prontuário	100%	63%	0%	54%
Cadastrar famílias (primeira vez), mudar cadastro das famílias (inclusão ou exclusão de membros)	100%	100%	100%	100%
Não previstas em lei				
Organizar prontuários	0%	100%	100%	67%
3. AÇÕES NA UBS				
3.1 Suporte e equipe				
Previstos em lei				
Passar para enfermeira/médico informações sobre os pacientes	100%	25%	88%	71%
Auxiliar no acolhimento (receber famílias, preencher prontuário, acompanhar exames)	63%	13%	100%	58%
Organizar e participar de grupos – hipertensos e diabéticos, criança, gestante, fisioterapia, terapia comunitária, atividades esportivas	38%	25%	100%	54%
Ajudar no planejamento da equipe e da UBS	100%	100%	0%	67%

Fonte: elaboração própria

Analisando-se de forma geral, podemos ver que, na média, a maior incidência de atividades homogêneas (feitas por mais da metade dos ACS), está nas categorias de Perguntas sobre as Condições de Saúde, Orientações, Informações e Encaminhamentos em Saúde, Orientações ou tratamentos clínicos, Atividades de Controle, de Assistência Social, Gestão das Informações e Suporte à Equipe. Nestas categorias, entre 30 e 40% das ações são realizadas por mais da metade dos ACS, o que nos permite inferir que são categorias mais homogeneizadas, ou institucionalizadas, enquanto práticas que os ACS devem desempenhar em seu trabalho.

Esta proporção de ações homogêneas entre os ACS permite-nos observar como é baixo o número de ações comuns, o que comprova que há um grande espaço para exercício da discricionariedade, adaptação e transformação das ações do Programa, na medida em que poucas ações são, de fato, comuns entre todos os agentes.

De todas as práticas, vale ainda ressaltar que apenas cinco das 108 levantadas são feitas pela grande maioria dos ACS (aqui considerados acima de 71% dos ACS). Estas práticas são:

- Passar para enfermeira/médico informações sobre os pacientes
- Ensinar serviços e procedimentos de saúde
- Examinar e realizar diagnóstico
- Preencher fichas
- Cadastrar famílias

No entanto, destas 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 vistas de forma homogênea, quando colocadas em prática. Isso demonstra que, mesmo sendo uma política normatizada em nível federal, seu processo de implementação leva a grandes diferenças na prática.

Quando saímos da média geral e analisamos cada uma das UBS, temos algumas conclusões diferentes, que demonstram o poder de adaptação que há na cadeia de implementação, ou seja, o quanto municípios e UBS adaptam as políticas antes de elas chegarem aos agentes implementadores que, por sua vez, também fazem suas adaptações.

Quando comparamos cada uma das UBS individualmente, percebemos que há maior proporção de ações homogêneas realizadas entre os ACS e que, na média entre as UBS, isto se dilui. Ou seja, há muitas diferenças de ações entre as UBS, mas, internamente a cada unidade, as ações são mais homogêneas.

Isso nos leva a concluir que há um forte exercício de adaptação do Programa em nível local, mesmo que as ações localmente determinadas sejam contrárias às diretrizes federais. Vemos, dessa maneira, que tanto a secretaria de saúde como o gerente de UBS ou enfermeira determinam as ações que seus ACS irão realizar, o que, por sua vez, tende a padronizar mais as práticas dentro de cada UBS, mas as diferenciando das práticas dos demais ACS de outras localidades.

Neste sentido, se observarmos Sobral, podemos ver que cerca de 30% das ações são realizadas pela grande maioria (mais de 75%) dos ACS, e que 13 ações (cerca de 15%) são feitas por todos os ACS, ou seja, são práticas totalmente homogêneas.

Em Taboão da Serra, cerca de 24% das ações são realizadas pela grande maioria (mais de 75%) dos ACS, e, destas, 8 práticas (cerca de 14%) são realizadas por todos os ACS. Por fim, em São Paulo 10% das ações são feitas pela maioria dos ACS (mais de 75%) e, destas, 5 práticas (cerca de 6%) são padronizadas e feitas por todos os ACS.

Isso reforça o que colocamos anteriormente: em Sobral, há maior homogeneidade nas práticas realizadas pelos ACS, o que podemos atribuir à gestão da UBS e das equipes do PSF.

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, isto 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 SIAB -, que é padronizado e controlado tanto pela secretaria municipal de saúde como pelo Ministério da Saúde. Para este sistema, há uma série de protocolos de preenchimentos e fichas padronizadas que, de alguma maneira, exigem maior homogeneidade nas ações.

No segundo caso, do suporte da UBS, podemos concluir que a homogeneidade está mais presente na medida em que as ações dentro das 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 exercício de discricionariedade.

Uma das possíveis conclusões a respeito das ações realizadas por todos os ACS (100%) é de que estas ações seriam determinadas pela equipe, pela gerente da UBS ou pela secretaria de saúde, enquanto ações obrigatórias a serem desempenhadas pelos ACS.

Neste sentido, podemos identificar algumas diferenças de organização do serviço que cada UBS tem. Isso é o caso, por exemplo, da ação relativa à organização de prontuários. Observando o quadro, vemos que tanto em São Paulo como em Taboão da Serra 100% dos ACS desempenham esta atividade, enquanto em Sobral ela não é realizada por nenhum ACS. Isso nos leva a concluir que nos dois primeiros municípios a organização de prontuários passou a ser uma das tarefas dos ACS, enquanto no último não o é. Quanto a este assunto, especificamente, vale retomarmos o embate apresentado anteriormente, que diz respeito a isso ser ou não atividade dos ACS (enquanto parte da legislação diz que sim, teóricos e profissionais são contrários, devido às questões de sigilo médico).

Assim, a própria ideia de que algumas UBS colocam para os ACS a atribuição de organizarem o prontuário e outras não, demonstrada pelos dados acima, aponta a capacidade de adaptação do programa dentro da cadeia de formulação-implementação, para além das determinações realizadas em nível federal.

Vale aqui também analisarmos algumas 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. Esta ação chama atenção pela homogeneidade, uma vez que não é uma ação que os ACS deveriam, em tese, realizar. Neste 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 dos ACS, por não terem formação própria para isso¹³. No entanto, mesmo havendo restrições, inclusive legais, para que os ACS desempenhem esta ação, há uma homogeneidade grande em sua realização. Tal fato nos leva a questionar se isso é fruto do exercício da discricionariedade dos ACS, das exigências das equipes ou da própria falta de respaldo do sistema de saúde, que leva os ACS a exercerem práticas para além de suas atribuições.

Quanto ao último argumento, o caso de Sobral nos leva a esta conclusão, na medida em que, nas diversas pesquisas realizadas na UBS, sempre houve uma falta considerável de médicos e consultas, o que levava os ACS a precisarem ser mais resolutivos, sem depender do resto do sistema de saúde.

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 maior homogeneidade em algumas ações deste tipo, além da maior variedade de ações assim. Sobre isso, uma das conclusões possíveis está relacionada à seleção dos ACS, tratada em capítulo anterior. Como já dissemos, no caso de Sobral há um privilégio à contratação de ACS com vínculos comunitários e históricos de liderança local – de forma que, por exemplo, vários ACS pertencem ou pertenceram às pastorais da criança. Esta seleção diferenciada pode explicar, em parte, o maior número de ações e homogeneidade no que diz respeito à mobilização.

Ao mesmo tempo, outra explicação pode vir do próprio sistema de saúde construído, que incluiu diversos mecanismos de participação e representação da população e que estimula os ACS a se envolverem nas questões – como é o caso da própria conferência das cidades que ocorre no caso de Sobral.

Também chamam atenção às ações de cobrança e controle que, apenas no caso de Sobral, são mais homogêneas. Uma das possíveis explicações é de que a própria continuidade do programa e dos agentes no serviço faz com que eles tenham capacidade de cobrar, acompanhar e controlar a saúde da população de forma mais constante, como apontamos anteriormente.

¹³ Para maiores informações, consultar discussão a respeito do Ato Médico – Projeto de Lei 25/2002.

6.4 ANÁLISE ESTRUTURAL DAS PRÁTICAS

Uma das maneiras de compreender as práticas e como elas operam é observar a estrutura de relação entre elas, ou seja, quais práticas estão conectadas a outras a partir de sua incidência. Para tanto, podemos usar uma metodologia que nos permita observar os padrões de associação entre elas, buscando compreender como essas práticas estão estruturadas em sua totalidade a partir das similaridades ou diferenças entre seus usos (MOHR, 1994). A metodologia das redes sociais pode ajudar-nos neste sentido, se utilizada de forma diferente da que fizemos anteriormente. Em vez de pensar na rede social enquanto conexão entre os indivíduos, podemos aplicar aqui a metodologia para observar como as práticas estão conectadas entre si pelos seus usos (MOHR, 1994), levando-nos a mapear a estrutura de práticas existentes.

Essa análise não nos levará à conclusão de que práticas são mais parecidas entre si em termos de conteúdo das ações, mas sim, em termos de como se estruturam, se relacionam e como são usadas; teremos, então, uma comparação dos padrões de relação existentes entre as práticas, o que nos permitirá compreender sua estrutura e como elas se organizam entre si (MOHR, 1994).

Para tanto, construímos um sociograma baseado nas práticas realizadas pelos ACS, a partir de uma matriz que correlacionava cada prática entre si. Devido à complexidade e amplitude do sociograma decorrente desta análise, optamos por não colocá-lo no trabalho, já que apresenta dificuldades para análises visuais. No entanto, a aplicação de algumas medidas de análises de redes nos leva a interessantes análises.

Uma das medidas interessantes para compreender a estrutura das práticas é o *Closeness*, que é calculado a partir da ideia do número de passos necessários para se chegar de uma prática a outra. Assim, as práticas com maiores índices de *closeness* são as mais centrais, ou seja, as que mais articulam outras práticas. De certa maneira, podemos dizer que as ações mais centralizadas são as mais estáveis na prática dos ACS e que, portanto, podem nos dar evidências sobre o que articula, centraliza ou mobiliza a profissão de um Agente Comunitário de Saúde em termos práticos – e não teóricos ou legais.

A medida de *closeness* da rede leva-nos às seguintes práticas como mais centrais:

- 1) Cadastrar famílias (primeira vez), mudar cadastro das famílias (inclusão ou exclusão de membros) – medida de *closeness*: 2.273

- 2) Preencher fichas - medida de *closeness*: 2.273
- 3) Examinar e realizar diagnóstico (gripe, febre, dor em alguma parte do corpo do paciente, ferida) - medida de *closeness*: 2.272
- 4) Passar para enfermeira/médico informações sobre os pacientes - medida de *closeness*: 2.271
- 5) Encaminhar pacientes para médicos/enfermeiras da equipe - medida de *closeness*: 2.270
- 6) Perguntar sobre questões pessoais ou sociais (se há violência doméstica, se há drogas, problemas com tráfico, questões familiares, como separação) - medida de *closeness*: 2.270

O grau de centralidade destas práticas é bastante próximo e similar, como demonstrado pelos valores de *closeness* acima apontados, embora estejam aqui colocados na ordem dos resultados que apresentam. Há algumas constatações interessantes a serem feitas a respeito destas práticas.

Em primeiro lugar, vemos que as duas práticas mais centrais são aquelas obrigatórias, padronizadas e constantes dos ACS, pois estão ligadas ao preenchimento do sistema de informação. Como já dissemos anteriormente, toda a lógica de controle e financiamento do PSF está ligada ao preenchimento deste sistema – SIAB -, que serve como base para repasse dos recursos do governo federal para municípios. Assim, é de se esperar que as atividades de preenchimento do SIAB sejam centrais e condicionantes para a existência do Programa – podemos questionar se os sistemas são bem preenchidos ou não, mas, independentemente da qualidade da informação, o preenchimento se torna uma atividade de muito controle sobre os ACS. Neste caso, podemos ver a existência direta de recursos, incentivos e punições atuando na escolha dos ACS, já que eles são obrigados (e controlados) a preencherem as fichas. Considerando este contexto, é de se esperar que estas duas práticas sejam centrais.

Não podemos dizer o mesmo com relação à terceira prática mais central: a de realização de exames e diagnóstico. Esta atividade é extremamente delicada na discussão sobre as atribuições do ACS, visto que eles não possuem formação específica e, portanto, legalidade para executarem ações que são de obrigação da enfermeira ou do médico. Como apontamos anteriormente, inclusive, esta ação pode ser atribuída ao Ato Médico e, portanto, não poderia ser realizada por um ACS. No entanto, esta ação é central no sociograma construído e, como vimos nas incidências, acontece com bastante frequência. Esta prática, ao mesmo tempo em que pode ser considerada ilegal para a atuação dos ACS em termos de

saúde, torna-se muito central em sua atuação, e acaba por representar um dos atributos que definem o que é a profissão do ACS em termos práticos e não normativos.

As outras duas práticas subsequentes em termos de centralidade - Passar informações e Encaminhar Pacientes -, também são interessantes para compreender o que é central na ação dos agentes comunitários. Ambas as práticas têm como característica o exercício da mediação, sendo que na primeira o ACS leva para dentro do serviço informações sobre a população, e na segunda encaminha a população para os serviços de saúde. É interessante, portanto, observar, como as próprias práticas realizadas pelos ACS de fato acabam fazendo com que ele atue enquanto mediador do serviço – a maneira como isso acontece será abordada em seguida, quando analisarmos os estilos de interação.

Assim como o olhar para as práticas mais centrais nos dá evidências interessantes a respeito do que é central na atuação de um ACS, vale também observarmos as práticas com menor centralidade, para verificar aquilo que pode ser considerado como prática mais isolada em sua atuação. As práticas com menor índice de *closeness* são:

- 1) Dar orientação a respeito de drogas e DST/AIDS;
- 2) Recolher larvas de dengue com rede;
- 3) Distribuir camisinhas;
- 4) Encaminhar pessoas para conselho tutelar;
- 5) Colar cartazes;
- 6) Ensinar a conseguir vaga na creche.

Analisando as práticas acima colocadas, podemos observar que boa parte delas está relacionada a ações muito específicas e que, portanto, acabam se tornando ações com baixa centralidade. Além disso, duas dessas práticas (a 4 e a 6) estão relacionadas a outras políticas, e não diretamente à saúde. Ambas as afirmações podem ser explicadas pelo fato de algumas dessas ações serem fruto de decisões organizacionais ou individuais. É o exemplo da distribuição de camisinha, da ação para colher larvas de dengue e da ação de colar cartazes: todas elas acontecem apenas quando as UBS decidem que os ACS devem realizá-las e, portanto, constroem contextos específicos que dependem de distribuição de material, de recursos e de incentivos.

Esses exemplos reforçam novamente a ideia de que aspectos organizacionais e decisões providas da cadeia de atores inserida no PSF têm impacto na forma como a política

será implementada. Ou seja, se depender de escolhas da secretaria, da gerência da UBS ou da coordenação das equipes, os ACS irão ou não implementar algumas práticas específicas, na medida em que as instituições criam incentivos e disponibilizam (ou não) recursos que constroem as alternativas dos atores, impactando sobre seu repertório de escolhas (PIERSON, 1992). A ideia é de que as organizações criam contextos e recursos específicos e, portanto, moldam a capacidade de escolhas dos indivíduos. No entanto, mesmo nestes casos, podemos verificar que, embora moldadas, as decisões dos indivíduos ainda estão presentes, em algum grau.

É o caso, por exemplo, da distribuição de camisinhas, quando então os ACS podem decidir distribuí-las ou não. Isso foi identificado em alguns casos de ACS acompanhados, e que se recusavam a distribuir a camisinha por questões religiosas. Ou seja, a Unidade Básica determinava se o agente podia ou não distribuir camisinhas (se há ou não disponibilização do recursos necessários); no entanto, a escolha final fica por conta dos próprios ACS, na medida em que não há controles (ou incentivos e punições) específicos para esses casos.

As ações de ensinar os usuários a como conseguirem vaga em creche e a de ensinar acesso ao conselho tutelar também dependem de que o ACS tenha acesso à informação e que os usuários o questionem sobre isso. O fato de essas ações não serem centrais na ação dos agentes e, portanto, serem menos institucionalizadas, pode significar também que elas não recebem um suporte direto da UBS ou da política de saúde para que se tornem atribuições dos ACS – o que significa menor difusão das informações e de materiais/recursos necessários para elas. O mesmo podemos dizer com relação à ação de dar informações a respeito de drogas e DST/AIDS que, por algum motivo, acabam não sendo centrais na prática cotidiana dos ACS, embora se entenda que deveriam ser priorizadas, dadas sua importância e sua relação direta com as políticas de saúde.

A análise das práticas comparadas e de sua estrutura permite-nos ver que a forma como os serviços são organizados e gerenciados acaba influenciando o tipo de práticas realizadas pelos ACS e o grau de padronização das mesmas – especialmente através dos recursos e incentivos distribuídos ou não. Assim, percebemos que alguns elementos organizacionais – como as determinações locais, a história e o tempo de funcionamento do Programa, as prioridades estabelecidas etc. - podem permitir/estimular maior ou menor capacidade de exercício de discricionariedade dos ACS com relação às práticas o que, por sua vez, se reflete na maior ou menor padronização das ações. Reiteramos, dessa forma, a importância dos aspectos organizacionais e institucionais sobre a construção dos contextos de

implementação e, posteriormente, sobre a capacidade de decisão dos atores, na medida em que as organizações podem, ou não, disponibilizar recursos específicos, criar sistemas de punição e de incentivo que, portanto, constroem e moldam a capacidade de escolha dos atores.

Ao mesmo tempo, a obrigatoriedade de práticas a partir de protocolos estabelecidos em nível nacional também acaba pressionando no sentido de padronização de algumas ações e diminuição da discricionariedade. Essa obrigatoriedade reforça um argumento apresentado pela literatura de implementação de que o excesso de autonomia das agências implementadoras diminuiria o controle, resultando, portanto, em maiores diferenças de implementação (PRESSMAN e WILDAVSKY, 1973; GUNN, 1978).

Ainda com relação ao impacto das questões organizacionais sobre as práticas, percebemos também, pelos casos analisados, que o local onde os serviços são mais antigos, estruturados, organizados e normatizados – como é o caso de Sobral – acaba gerando menor margem para exercício de discricionariedade dos ACS com relação às práticas.

Ou seja, podemos constatar que as organizações moldam a capacidade de escolha dos indivíduos a respeito das práticas que exercem, na medida em que distribuem (ou não) recursos, em que constroem esquemas de punição e incentivo a práticas específicas (determinando o que o agente pode ou não fazer). Ao mesmo tempo, na medida em que o exercício das práticas dos ACS se dá nos domicílios, longe dos olhos do restante da equipe, acaba-se criando espaço, mesmo que informal, para o exercício da discricionariedade com relação às práticas. No entanto, vemos que nos casos em que há controle mais direto, ou em que há consolidação e gerência mais constantes, o exercício de discricionariedade individual sobre as práticas tende a diminuir. Isso acontece, mais especificamente, em relação a práticas com controle direto e, inclusive, exigido por nível federal (como a gestão das informações).

Esta constatação é importante porque, quando tratamos da discricionariedade de práticas, estamos abordando algo que, no limite, pode gerar um processo de implementação ilegal ou fora de padrões regulamentados. Ao mesmo tempo, o exercício da discricionariedade pode abrir margem para que os burocratas adaptem as ações e, acima de tudo, tenham autonomia para resolver os problemas da forma necessária. Ou seja, por um lado, o controle da discricionariedade sobre as práticas ajuda a diminuir o exercício de ilegalidade ou mesmo a ação equivocada; por outro lado, o controle diminui a capacidade de adaptação e construção de ações a partir da necessidade constatada e das condições disponíveis no momento da prática.

Neste capítulo, analisamos as práticas exercidas pelos ACS, comparando a incidência das mesmas entre as UBS e com a legislação que rege a atuação dos agentes. Percebemos que as práticas são fortemente influenciadas pelos aspectos organizacionais que, como dissemos, distribuem (ou não) recursos, bem como incentivos e punições que moldam as escolhas dos agentes. Ao mesmo tempo, vimos que, em práticas onde há menor controle, há maior tendência de exercício de discricionariedade individual, o que é oposto a práticas onde há maior controle e, portanto, centralidade e incidência em sua realização.

Como dissemos anteriormente, consideramos que o processo de implementação é constituído não apenas pelas ações realizadas pelos burocratas de rua, mas também pela forma como se relacionam com os usuários do serviço. Assim, após termos concluído as análises gerais a respeito das práticas, debruçar-nos-emos agora sobre os estilos de interação, foco do próximo capítulo.

CAPÍTULO 7: ANÁLISE DA IMPLEMENTAÇÃO: OS ESTILOS DE INTERAÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

Como argumentamos anteriormente, 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, já que consideramos a implementação como um processo de interação. Esta questão é ainda mais central neste caso, em que analisamos a atuação de um burocrata de rua que tem, como função, conectar os usuários aos serviços públicos e que, além do mais, residem na comunidade onde trabalham. O olhar para os estilos de interação será o foco deste capítulo.

7.1 ESTILOS DE INTERAÇÃO USADOS PELOS ACS

Como dissemos anteriormente, uma das maneiras de compreender como os vínculos são estabelecidos e a política implementada é observar a maneira como os burocratas de rua 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 estes contextos limitam (ou moldam) os tipos de práticas que podem ser articulados.

A ideia presente aqui é de que uma das variabilidades da implementação diz respeito a como os atores contextualizam as mensagens e a linguagem ao longo do processo de implementação (CLINE, 2000). Ou seja, uma questão diz respeito às atividades realizadas pelos atores (aqui definidas pelas práticas) e outra trata da 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 são 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 de os atores escolherem instrumentalmente as práticas de interação. Além disso, os atores negociam as relações pelos significados que dão às palavras e, no processo de interação, 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 interação que aparecem no processo de implementação das políticas públicas, entendendo que demonstram diferentes habilidades de mediação dos atores, bem como sua potencial multivocalidade (MISCHE, 2007). 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, estes estilos não foram construídos a partir de uma lista prévia de possíveis formas de comunicação, mas sim, frutos das próprias observações do campo e, posteriormente, agrupados e sintetizados, para que pudéssemos fazer uma análise dos padrões de relacionamento estabelecidos pelos ACS durante a implementação das políticas públicas.

A análise dos estilos de interação levou-nos a identificar 24 estilos, agrupados em quatro grupos, explicados abaixo. Vale ressaltar que esta organização em grupos é apenas para facilitar o entendimento:

1) Estilos que promovem mediação

Estilos que promovem mediação são aqueles que permitem aos ACS implementar as políticas de acordo com o entendimento ou a necessidade do usuário. Ocorrem por meio 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. Neste grupo encontramos basicamente três estilos, abaixo explicados:

- **Triangulação:** estilo a partir do qual o ACS se coloca enquanto intermediador entre o usuário e os serviços ou profissionais da saúde. Exemplo de comunicações onde aparece a triangulação: “vou fazer a pergunta pra enfermeira e depois eu te digo”.
- **Tradução:** a partir deste estilo, o ACS transforma o que está sendo dito ou realizado em uma linguagem comum entre interlocutores. Assim, eles atuam traduzindo termos tanto para linguagens técnicas como transformando a linguagem técnica em linguagem do cotidiano da comunidade. É demarcado pelo uso de termos 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 técnicas adotadas pelos profissionais de saúde, como adaptar os procedimentos

para uso de medicamentos, associar as recomendações médicas a práticas cotidianas etc. A tradução pode ser também em termos práticos, não apenas de comunicação. Neste caso, um exemplo de situação é quando os ACS dividem os medicamentos do usuário e colocam símbolos para que eles lembrem.

Para exemplificarmos o estilo de tradução da comunicação apresentamos outros dois casos: No primeiro, uma senhora chama o ACS na rua e diz que não entendeu a receita médica. O ACS pega os três remédios, examina a receita e diz: “tu tá vendo essa laranja? Ele lembra suco que a gente toma de manhã, então tu toma esse laranja todas as manhãs e esses dois remédios brancos tu toma com leite, que também é branco, na hora de dormir”.

No segundo caso, em uma visita a uma puérpera, a agente explica para a mãe sobre a assadura: “Não pode usar talco porque o talco tampa os poros do pulmão. O pulmão é cheio de furinho, que nem a nossa pele onde nascem os pelos que é cheio de furinho para respirar. O talco é tão fino que pode tampar os furinhos do pulmão”.

2) 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 aos procedimentos e informações que estão transmitindo. Alguns desses estilos têm como característica a demarcação de referências, na qual os ACS demonstram que tipo de informações pode ser acionado, legitimam a ação dos agentes e a comunicação que estabeleceram naquele processo de interação. Outros estilos deste grupo atuam com a demarcação de molduras de saberes, que podem ser mais técnicos ou mais locais ou populares; também podem ser de conteúdo da política pública ou de conteúdo mais pessoal dos ACS, e que não possuem relação com as ações que devem desenvolver. Também faz parte deste grupo os estilos de mudança entre os tipos de saberes ou conteúdos, chamado aqui de *switch*. Seguem abaixo os estilos que fazem parte deste grupo:

- **Acionam referências de família:** neste estilo os ACS acionam referências de pessoas da família dos usuários para exemplificar ou para situar sua recomendação ou comunicação.
- **Acionam referências de pessoas comuns:** neste estilo 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:** neste estilo os ACS acionam referências à religião durante sua fala ou sua recomendação. São exemplos deste estilo o uso de termos como: “Deus abençoe que dê tudo certo”; “Graças a Deus”; “Fique com Deus”; “Vai ficar bem, graças a Deus”.
- **Acionam referências da vizinhança:** neste estilo os ACS acionam referências da vizinhança para exemplificar sua comunicação ou recomendação. Neste caso, diferentemente do caso de referência a pessoas comuns, o ACS não cita nomes de pessoas, mas sim, fala genericamente da vizinhança, de pessoas desconhecidas, mas que podem estar próximas ou compartilham o mesmo contexto ou situação.
- **Acionam referência da própria história:** neste estilo o ACS aciona referências de sua própria vida para exemplificar ou situar a recomendação para o usuário. Desta maneira, consegue legitimar ou falar com maior propriedade o que deseja comunicar. Exemplos deste estilo são frases como “isso já aconteceu comigo antes”, ou “quando eu tive isso, fiz assim (...)”.
- **Acionam referência da história da saúde:** neste estilo os ACS acionam referências da história de saúde do usuário para situar sua recomendação, de forma que trazem à tona, na relação, questões do passado de saúde do usuário que legitimam sua comunicação. Exemplo deste estilo: “lembra quando você ficou doente da outra vez e eu te trouxe um remédio? Então, agora é parecido”.
- **Acionam referência da história social:** neste estilo os ACS acionam também referências da história do usuário, mas neste caso é da história social, ou seja, não da saúde. Este estilo demonstra a proximidade entre o ACS e o usuário, já que o primeiro conhece o passado social ou questões pessoais da vida do segundo.
- **Uso de linguagem local:** ocorre quando o ACS utiliza linguagem popular ou local durante sua fala ou sua recomendação. Exemplo onde aparece linguagem local: “ela é sempre bonequinha assim pra comer?”.
- **Uso de linguagem técnica:** ocorre quando o ACS utiliza linguagem técnica para explicar procedimentos ou questões de saúde. Exemplo de uso de linguagem técnica: “Muito peso ou inchaço pode aumentar a pressão arterial e eles precisam medir a pressão para não ter problema”.

- **Switch entre saber técnico e local:** este estilo surge a partir de expressões ou palavras específicas que mudam o molde dentro do qual a interação vinha se dando, relacionado a termos técnicos ou locais de saúde. Assim, há uma nova demarcação dos moldes daquela interação e do que pode aparecer naquele momento específico. Exemplo: 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, neste há uma mudança de moldes na qual a interação se dava. No entanto, diferentemente do anterior, neste estilo a mudança de molduras se dá entre os assuntos pessoais e os profissionais.
- **Didatismo:** alguns ACS transmitem suas informações ou recomendações de forma bastante clara e buscando se fazer entender a partir de estilos didáticos de comunicação. Para tanto, por exemplo, contextualizam as situações de que falam, exemplificam, ou simplificam linguagem etc.

3) Estilos que Horizontalizam a Relação

Este grupo de estilos aparece na forma como os atores, no processo de interação, assinalam como a reciprocidade se está dando naquele momento específico. A reciprocidade aparece em um *continuum*, que vai de algo mais assimétrico (no qual um dos interlocutores se coloca em um papel de autoridade sobre o outro), até algo mais simétrico (no qual um interlocutor se coloca na mesma posição estrutural que o outro). Neste grupo, especificamente, colocamos apenas aquelas formas de reciprocidade que horizontalizam a relação entre os usuários aos ACS. No grupo 4 colocamos os estilos que hierarquizam a relação.

Neste 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-se 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). Neste grupo também colocamos apenas os estilos que demarcam proximidade, já que os que demarcam a diferença estão no grupo 4. Fazem parte deste grupo:

- **Estabelecimento de reciprocidade:** este estilo aparece na forma como os atores, no processo de interação, assinalam como a reciprocidade está se dando naquele momento específico. Ou ainda aparece quando os agentes comunitários utilizam expressões como “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:** alguns ACS são muito solícitos durante seu trabalho, acionando formas de comunicação que demonstram estarem disponíveis para resolverem os problemas ou necessidades dos usuários. Exemplo de comunicações solícitas: “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:** neste estilo 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. Exemplos de frases deste estilo: “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:** este estilo se expressa tanto a partir de gestões, como abraçar ou beijar os usuários, pegar crianças no colo, quanto a partir de alguns 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.
- **Mostra-se igual:** com este estilo, o ACS busca se mostrar em igual posição ou condição com os usuários, aproximando-os ou legitimando sua ação pela igualdade. Exemplo de uso do estilo: “comigo também foi assim” ou “eu sei disso, já passei pela mesma coisa”.
- **Valoriza conquista do outro e compartilha:** com este estilo os ACS valorizam ou compartilham a alegria ou as conquistas dos usuários, seja ou não esta conquista no campo da saúde. Neste caso, por exemplo, vemos os ACS parabenizando os usuários por conseguirem manter um tratamento, melhora etc. Exemplo deste estilo: “você tá de parabéns por ter conseguido tomar todo o remedinho”.

4) Estilos que Hierarquizam a Relação

Como já dissemos, o grupo 4 aparece como o oposto do grupo 3, ou seja, aqui são colocados os estilos que provocam diferenciação entre usuários e ACS ou que, de alguma maneira, fazem o acesso aos ACS ser mais hierárquico. Fazem parte deste grupo:

- **Assimetria da Relação:** neste estilo há uma reciprocidade mais assimétrica, quando os ACS se colocam em posição superior de entrega aos usuários. Exemplos de comunicação com assimetria: “eu faço, mas diga, por favor, pra ela porque não é obrigação dela marcar isso, é favor”.
- **Autoridade:** neste estilo os ACS mostram-se em uma relação autoritária com os usuários, ao cobrar deles, controlar, dar bronca ou criar alguma relação de ameaça. Ele pode exercer-se tanto no conteúdo do que o ACS fala como na maneira como se expressa. Exemplo deste estilo: “no mês que vem quando eu vier aqui quero ver os remédios aqui dentro, hein?” (Fala com tom autoritário de ameaça).
- **Ameaça:** este estilo estabelece um distanciamento entre o ACS e o usuário a partir da ameaça do primeiro em relação a atitudes que o segundo deve ter. Exemplo de uso da ameaça: “se você não fizer o que eu peço, vou contar para teu pai que vai ficar bravo com você”.
- **Diferenciação por pronomes:** este é um estilo de diferenciação que acontece por meio do uso de pronomes que diferenciam os usuários dos ACS. Um dos exemplos é quando os agentes comunitários tratam os usuários de “você” e os profissionais de saúde de “nós”, mostrando uma diferença entre ambos.

Para cada um destes estilos levantados, analisamos individualmente se os ACS os utilizavam ou não em sua comunicação com os usuários, usando para isso respostas do tipo Sim e Não (1 e 0). Foram construídas tabelas analisando os estilos de cada ACS, individualmente, depois agrupadas pelos ACS de cada UBS e, posteriormente, comparando-se todos os ACS.

Faremos agora algumas análises a respeito dos estilos utilizados pelos ACS, considerando, em primeiro lugar, um olhar geral sobre eles; em segundo lugar, uma comparação entre as UBS. Mais adiante, usaremos estas informações para fazer uma

comparação individual entre os ACS, que nos permitirá avançar na construção dos estilos de implementação.

7.2 ANÁLISES GERAIS DOS ESTILOS

A fim de realizar uma análise geral dos estilos de interação utilizados pelos ACS durante seu trabalho, fizemos um levantamento do percentual de incidência de cada grupo de estilos, que aparece na tabela abaixo, organizada pelos grupos de estilos apresentados anteriormente (vale lembrar que cada ACS pode acionar diversos estilos):

Tabela 27: Percentual de incidência dos grupos de estilo de interação

Estilos (por grupos)	% de incidência
Estilos que Promovem Mediação	79%
Estilos que Facilitam o Entendimento	69%
Estilos que Horizontalizam a Relação	62%
Estilos que Hierarquizam a Relação	44%

Fonte: elaboração própria

A tabela acima evidencia que o grupo com maior incidência de estilos é o de mediação, o que diz respeito, diretamente, ao que se espera dos agentes comunitários de saúde, visto que eles são selecionados dentro da própria comunidade para estabelecerem o elo entre os usuários e as políticas de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005). Esta evidência também reforça os argumentos apresentados por Bornstein (2009) e Lotta (2006) de que o exercício da mediação acaba por tornar-se o ponto central da atuação dos ACS.

O segundo grupo mais recorrente, de facilitação do entendimento, diz respeito às ações que permitem traduzir os termos técnicos para termos mais comunitários. A alta incidência deste estilo aponta para o exercício de interações que promovem saberes da saúde coletiva (KLUTHCOSKY e TAKAYAHAGUI, 2006), e de tradução e triangulação (LOTTA, 2006). Já a incidência do terceiro grupo de estilos, que Horizontalizam a Relação, comprova ser efetiva a expectativa colocada pelo Ministério da Saúde de que os ACS, por serem da comunidade, podem orientar melhor as famílias, na medida em que vivem uma vida igual à de seus vizinhos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Por fim, a menor incidência do grupo de estilos que hierarquizam a relação é um aspecto positivo para o próprio programa, como veremos posteriormente, na medida em que diminui o potencial de exercício de clientelismo e de práticas autoritárias dos ACS sobre a população.

A análise das informações consolidadas na tabela demonstra que, dos 24 estilos apresentados anteriormente, cerca de 70% deles são exercidos por mais da metade dos ACS acompanhados, enquanto 30% são exercidos por menos da metade. Essa evidência aponta que os estilos acontecem de forma mais homogênea entre os ACS, em comparação com as práticas. Ou seja, a maioria dos estilos é exercida por diversos ACS. Ao mesmo tempo, analisar 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” enquanto forma de relacionamento estabelecida pelos ACS com os usuários da política pública.

A fim de analisar mais profundamente o significado dos estilos mais recorrentes, vamos observar atentamente os estilos que aparecem em mais de 75% dos casos. Eles são: Estilos de Referência a (1) Religião, (2) História Social, (3) História de Saúde e (4) Família, Estilo de (5) Triangulação e de (6) Tradução, Estilo de (7) Linguagem Local, Estilo de (8) Aproximação e de (9) Vínculo.

De forma geral, boa parte destes estilos tem 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 destes estilos, os ACS contextualizam e personalizam a informação ou recomendação, considerando elementos da realidade particular do usuário que estão tratando.

A alta incidência destes estilos que permitem personalização e contextualização da política pública pode ser, em parte, explicada pelas redes sociais anteriormente analisadas. 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 demonstramos anteriormente, as redes sociais dos ACS possuem um alto grau de sobreposição de vínculos, especialmente com relação aos vínculos profissionais. Assim, na medida em que os ACS possuem vínculos sobrepostos, eles podem 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 menos incidência também é interessante, por se tratar do estilo de Assimetria de Relação, com 27%. Por trás deste estilo há uma questão delicada, relativa ao uso do poder dos ACS, que tratamos anteriormente quando apresentamos a literatura que discute a questão de mediação e do papel dos mediadores.

Um dos elementos da discussão a respeito do 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, retomando Nunes (1997), o clientelismo é caracterizado por situações que envolvem assimetria de poder com aparente solidariedade mútua, bem como exploração e coerção potencial com relações voluntárias e obrigações mútuas. Ou seja, há a ideia de combinação entre solidariedade e obrigações, que acabam 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 esta ideia entre assimetria de poder, aparente solidariedade com exploração ou coerção. Considerando esta situação, podemos afirmar que a baixa incidência deste estilo pode ser um ponto positivo para pensarmos que os ACS não necessariamente estão atuando e operando em contextos clientelistas. Isso é reforçado pela contraposição dos demais estilos, especialmente aqueles que operam em situações de igualdade ou de aproximação entre usuários e ACS e que, como consequência, levam a situações com menor assimetria de poder.

A fim de verificar se as questões acima colocadas se mantêm quando analisamos os contextos específicos, procuraremos agora aprofundar a análise para cada UBS.

7.3 ANÁLISES DOS ESTILOS DE CADA UBS

O quadro a seguir a incidência dos estilos para cada UBS estudada.

Tabela 28: 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%
Solicita	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 da tabela acima leva-nos 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.

Assim como em relação às práticas anteriormente analisadas, 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, de alguma forma, padronizando os estilos de interação, que ficam mais homogêneos no processo de implementação.

Vale também ressaltar que, 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 interação 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 compreender 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 estes estilos são usados por todos os ACS estudados, uma das explicações é de que pode haver certos incentivos, formais ou informais, seja da população ou do Estado, para que a política pública seja implementada desta maneira ou que o próprio perfil dos ACS aponte para esta incidência. É interessante observar que o uso de referências de religião é bastante comum nesse município.

Isso também pode ser explicado pelo próprio perfil dos ACS de Sobral. Como vimos anteriormente, todos os ACS desta localidade têm alguma religião, sendo que 75% deles são praticantes (católicos ou evangélicos). O fato de participarem ativamente de uma religião pode ter como consequência o uso deste repertório religioso em sua prática profissional, o que só se efetiva na medida em que os ACS sabem que o uso de questões religiosas será legitimado pela população usuária do serviço. Além disso, como relatamos, é muito comum que os ACS de Sobral se refiram a elementos religiosos ou participem de atividades comunitárias relacionadas às igrejas. Isso demonstra que características individuais podem influenciar a escolha e o uso dos estilos – fato que será analisado no próximo capítulo.

Com relação especificamente à religião, sabemos que outras análises poderiam ser feitas a respeito das questões culturais dessa localidade, e que poderiam levar os ACS a utilizarem referências religiosas para legitimar suas ações. Não é objetivo desta pesquisa, no entanto, aprofundar a discussão sobre os dados culturais da localidade.

A questão do uso das Referências, da Aproximação e de ser Solícito também podem ser explicadas, em parte, pelas redes sociais dos ACS de Sobral e por seu perfil de afiliação. Como apresentamos anteriormente, no caso destes agentes, há sobreposição de vínculos em cerca de 92% dos usuários que atendem e que pertencem à sua rede, de forma que possibilitam acionar estas outras referências, bem como personalizar e aproximar a política pública na medida em que suas relações com os usuários são multiplexas.

A vivência comunitária dos ACS de Sobral também pode explicar o uso constante das referências. Como apontamos, a dinâmica da região onde atuam promove encontros constantes e uma vivência comunitária entre os moradores do bairro, que se apropriam mais dos espaços coletivos e públicos. Assim, os ACS podem conviver mais constante e coletivamente com os usuários do Programa e podem utilizar mais referências e ser mais próximos no processo de implementação. Essas características, portanto, apontam que aspectos relacionais e de perfil de afiliação podem ter efeito direto sobre o uso dos estilos – elemento que também será estudado no próximo capítulo.

A questão do uso da linguagem local também pode ser explicada pelo próprio processo histórico da implementação do Programa no município de Sobral 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 é perpetuada dentro do Programa. Como concluímos em pesquisas anteriores (LOTTA, 2006), o uso da linguagem local e da tradução tornou-se 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.

Assim como observamos no caso de Sobral, boa parte destes 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. Os três casos estudados aqui reforçam a ideia de que os aspectos relacionais podem ter importância para a compreensão do uso estilos por parte dos ACS.

No caso de São Paulo, o Autoritarismo chama a atenção. Várias poderiam ser as explicações para isso, inclusive sociológicas, antropológicas ou culturais. No entanto, em termos de política pública, uma das formas de entender isso é através do próprio gerenciamento do serviço. Como dissemos no capítulo 4, a gerência desta UBS é bastante diretiva, cobrando resultados e acompanhando de perto os indicadores de cada ACS. Assim, os próprios agentes são pressionados a atingirem resultados, o que, provavelmente, os faz cobrar da população o cumprimento das recomendações feitas de forma autoritária. O uso deste estilo também se reflete pelas práticas de controle anteriormente apresentadas e que correspondem a cerca de 19% das práticas desempenhadas pelos ACS estudados em São Paulo.

No entanto, aqui vale justamente a ressalva da diferenciação entre a prática e o estilo. Os ACS das demais localidades também possuem alto índice de práticas de controle; no entanto, possuem índices menores de estilos autoritários. Isso quer dizer que podem fazer o controle (checar medicamento, verificar receitas, questionar sobre recomendações etc.) sem serem autoritários.

Analisando agora o caso de Taboão da Serra, o estilo prevalecente em todos os ACS é o de Acionar Referências da História Social. Este 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-lo para dentro das suas ações. Pressupõe-se, assim, que ou o ACS está questionando elementos da história social em suas práticas ou que ele conheça o usuário em outros contextos além do trabalho.

Para tanto, voltamos para a análise das práticas e das redes sociais dos ACS de Taboão da Serra. Apenas 38% deles conversam sobre questões sociais ou pessoais com os usuários. Ao mesmo tempo, cerca de 55% dos usuários das redes possuem vínculos sobrepostos. Assim, podemos imaginar que, para que o ACS utilize comumente esta referência, sua fonte vem tanto das conversas feitas com os usuários como das informações provenientes dos vínculos multiplexos, ou seja, das pessoas que encontram além do exercício da sua profissão.

Alguns outros estilos valem uma análise, como 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 estes 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, leva-os a ter formas específicas de implementar as ações. Uma delas é de se basear em sua própria experiência no momento de dar orientações e

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 destes agentes. Na medida em que ainda não são muito experientes ou 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.

Este argumento reforça-se 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 de que no caso de todos estes 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 ao lidar com a população. O fato de Sobral e de São Paulo terem ACS mais antigos e experientes, reflete-se no fato de estes ACS utilizarem estilos de Tradução, Triangulação, Didatismo, Uso de Linguagem Local e *Switch* com maior frequência do que aqueles de Taboão da Serra.

Ao mesmo tempo, vale ressaltarmos o argumento de que o uso destes 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).

7.4 ANÁLISE ESTRUTURAL DOS ESTILOS

Assim como o fizemos anteriormente com as práticas desenvolvidas pelos ACS, realizaremos agora uma análise estrutural dos estilos de interação. Vale ressaltar que dissemos anteriormente que esta análise não aponta estilos que, em termos de conteúdo, sejam

parecidos entre si, mas sim, estilos que tenham estruturas relacionais similares aos demais e que, portanto, nos mostrem a estrutura de relação entre eles.

Após a construção da rede social dos estilos, aplicamos também a medida de *closeness* para identificar aqueles estilos centrais em termos relacionais. No entanto, diferentemente do resultado apresentado para as práticas, a medida de *closeness* para estilos levou-nos à identificação de 13 estilos com igual valor de centralidade alta e apenas dois estilos com centralidade mais baixa.

Os estilos com centralidade inferior são Assimetria e Diferenciação por Pronomes. Isso significa que estes dois estilos são os menos centrais na atuação dos ACS e, portanto, dependem mais de decisões particulares ou específicas para seu uso. No caso do estilo de Assimetria, como abordamos anteriormente, isso é positivo na medida em que diminui a centralidade de um estilo que pode gerar clientelismo na prática dos ACS. Ou seja, o estilo que potencialmente pode gerar situações de clientelismo não é central na estrutura dos estilos utilizados pelos ACS.

Já a existência de 13 estilos com igual *closeness* significa que eles tendem a ser fortemente centralizados e que não há grande variação entre eles. A baixa variação de uso entre eles nas UBS evidencia que os estilos tendem a ser mais homogêneos no uso dos ACS, e não tão determinados por questões organizacionais. Podemos, portanto, imaginar que os fatores organizacionais não tenham impacto tão forte sobre os estilos em comparação com as práticas que, como vimos, são fortemente influenciadas pelos fatores organizacionais.

Neste capítulo vimos o segundo elemento constituinte da implementação: os estilos de interação, observando sua incidência nas UBS. De forma geral, percebemos que há algumas diferenças de incidência explicadas pelos perfis dos ACS e, especialmente, pelos aspectos relacionais. No entanto, percebemos também que os estilos tendem a ser menos influenciados pelas questões organizacionais e, portanto, a ter centralidade mais homogênea. As análises a respeito dos aspectos organizacionais, individuais e relacionais sobre as práticas e estilos serão objeto do próximo capítulo, no qual analisaremos a influência de todos esses elementos a partir dos indivíduos.

**CAPÍTULO 8: O EXERCÍCIO DA DISCRICIONARIEDADE
NO PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO ou COMO OS
AGENTES ALTERAM AS POLÍTICAS PÚBLICAS**

Como já dissemos anteriormente, consideramos que o entendimento do processo de implementação de uma política pública passa também pelo entendimento do papel e da atuação dos burocratas diretamente envolvidos no processo, na medida em que a atuação dos agentes de rua estrutura o contexto de interação e a forma como as políticas serão implementadas (LIPSKY, 1980).

Nas sessões anteriores observamos de forma geral o papel desses burocratas, considerando o contexto organizacional das Unidades Básicas onde estão inseridos para analisar suas práticas e a forma como se relacionam. No entanto, consideramos também que estes burocratas de rua, aqui observados pela atuação dos Agentes Comunitários de Saúde, exercem sua discricionariedade em parte influenciados por questões organizacionais, relacionais e do contexto e em parte baseados em escolhas individuais de atuação.

Assim, para compreendermos o papel dos burocratas no processo de implementação de uma política pública, também é importante analisarmos individualmente sua atuação, buscando compreender quais os aspectos organizacionais que lhes permitem ou limitam o exercício individual da discricionariedade. Para tanto, iremos agora analisar os ACS não mais a partir do consolidado médio das Unidades Básicas, mas sim, individualmente, tendo como fonte de análise os elementos colocados em capítulo anterior, ou seja, as práticas e os estilos relacionais.

8.1 O USO INDIVIDUAL DAS PRÁTICAS

Para analisar as práticas exercidas individualmente pelos ACS, apresentadas e discutidas no capítulo anterior, optamos por utilizar novamente a representação gráfica extraída da metodologia das redes sociais. Neste caso, a construção do sociograma demonstra a proximidade entre as práticas dada a sua utilização e, aqui, teve como base as práticas desempenhadas (ou não) pelos ACS, de forma que foi construído um sociograma que aproximasse os ACS pelas atividades que exercem. Ou seja, no sociograma abaixo descrito, os ACS estão conectados a partir dos padrões de exercício das 108 práticas. Vemos abaixo o sociograma construído a partir das práticas - as formas correspondem a cada uma das UBS.

Figura 8: Sociograma de uso comum das práticas

Legenda: Triângulos correspondem a ACS de São Paulo, quadrados a ACS de Taboão da Serra e círculos são ACS de Sobral

Fonte: elaboração própria a partir dos dados coletados na pesquisa de campo

A principal observação que tiramos desta rede social diz respeito à proximidade entre os ACS de uma mesma UBS. Ou seja, há uma indicação de que uma explicação para a similaridade no exercício das práticas entre os ACS seja o pertencimento à mesma Unidade Básica de Saúde. Isso pode levar-nos a reforçar o argumento já colocado anteriormente de que o padrão de exercício de práticas está mais ligado à forma como os ACS são gerenciados, ao contexto institucional/organizacional onde estão inseridos e menos a decisões individuais. Retomamos aqui as ideias apresentadas no capítulo anterior de que as organizações constroem contextos específicos de implementação, por meio da distribuição de recursos, incentivos e punições, que moldam a própria capacidade de escolha dos agentes (PIERSON, 1992). Vemos que, no caso das práticas, as decisões tendem, efetivamente, a ser mais moldadas pelos contextos e fatores organizacionais.

A análise dessas práticas também nos conduz a observar que a atuação dos ACS está mais ligada às adaptações do Programa exercidas anteriormente à sua atuação; considerando a cadeia de implementação de que tratamos em capítulo anterior, há uma série de interpretações

e adaptações que são feitas no Programa e que leva os ACS a realizarem práticas diferentes no geral, mas comuns em uma mesma Unidade Básica de Saúde.

Ou seja, no que tange às práticas exercidas pelos ACS, a análise pode indicar que parte importante do padrão de execução das práticas está ligada aos contextos organizacionais e institucionais dos municípios e das UBS, e não tanto à atuação individual do Agente Comunitário, embora apontemos em diversos momentos que ainda assim há algum espaço para escolhas individuais de práticas. Isso reforça o papel da cadeia de atores envolvidos, as particularidades do contexto federativo do Programa e o argumento de que parte do exercício da discricionariedade em relação às práticas acaba sendo mais ou menos controlado pela forma como cada UBS se organiza.

Outra análise interessante diz respeito à centralidade dos ACS de Sobral na rede construída. Sua centralidade reforça o argumento apresentado anteriormente sobre a maior padronização existente entre estes ACS nas práticas por eles realizadas e, ao mesmo tempo, o grande espectro de práticas que realizam – e que se refletem nas práticas das demais UBS.

Também vale observarmos os ACS que ficaram isolados na rede – o isolamento na rede significa que os ACS possuem padrões de atuação diferentes dos demais. Dois deles pertencem à UBS de São Paulo e três pertencem a Taboão da Serra.

No caso de São Paulo, uma das explicações para essa diferença está na própria característica destes dois ACS. Ambos têm um envolvimento comunitário histórico e forte e participam do Conselho Local de Saúde, o que poderia levá-las a ter um padrão de ações diferente das demais. Essa diferença de dois ACS com relação aos demais aponta que, embora haja questões organizacionais importantes na construção das práticas, ainda assim existe alguma margem para exercício de discricionariedade individual – caso contrário não haveria agentes atuando de maneira diversa. E, neste caso, vemos que o espaço para exercício da discricionariedade é condicionado por elementos do perfil e das afiliações dos ACS em questão.

No caso das ACS de Taboão da Serra, os três ACS são relativamente mais novos no serviço do que os demais, o que também poderia explicar padrões de atuação diferentes dos demais ACS e apontar a importância da questão temporal (de serviço) na construção das ações e na atuação dos burocratas de rua.

Mais adiante, buscaremos analisar outras formas de explicar as diferenças de práticas e estilos a partir das características individuais e relacionais dos ACS.

Vale aqui uma ressalva metodológica. A fim de podermos analisar de forma geral as práticas dos ACS e sua atuação cotidiana, alguns microelementos ligados às práticas foram desconsiderados das análises. Estes elementos, no entanto, poderiam demonstrar-nos algumas formas de exercício individual da discricionariedade e que são delegados aos ACS. Ou seja, além das práticas gerais elencadas acima, internamente a elas há elementos que suscitam decisões individuais dos ACS e, portanto, o exercício da discricionariedade, e que não aparecem aqui por estarmos realizando uma análise mais geral.

Entre alguns microelementos do processo de implementação que poderiam levar-nos a observar o exercício da discricionariedade nas práticas estão:

- Decidir a organização do território – nome de ruas, numeração etc.: isso ocorre especialmente em áreas de favela onde a ocupação não é regulamentada.
- Determinar áreas de risco: tanto em São Paulo como em Sobral os ACS possuem a incumbência de determinar quais áreas de atuação são de risco¹⁴.
- Determinar a gravidade dos pacientes ou o risco das gestantes: em São Paulo, por exemplo, as enfermeiras ensinam os ACS a avaliarem e em Sobral os ACS recebem um formulário que deve ser preenchido e os leva a determinar o risco das gestantes.
- Optar se devem (ou não) levar os prontuários nas visitas domiciliares.

Assim, analisando as práticas de forma geral, concluímos que a principal fonte de estruturação e explicação delas está nas questões organizacionais colocadas pelas UBS ou pelas secretarias, com menor influência de decisões individuais. Ao mesmo tempo, internamente a estas práticas, há pequenas decisões que os ACS precisam tomar durante a implementação e que os levam a exercer a discricionariedade individualmente.

8.2 O USO INDIVIDUAL DOS ESTILOS DE INTERAÇÃO

Do mesmo modo como o fizemos com relação às práticas, optamos por construir um sociograma que conecta os ACS a partir dos estilos de interação de que se utilizam. O sociograma abaixo demonstra a conectividade e a aproximação dos ACS a partir dos padrões

¹⁴ Trabalho desenvolvido por Bornstein et al.(2010) aborda a ideia de construção do conceito de risco por parte dos ACS.

de uso dos estilos. Assim como no gráfico anterior, as figuras são relativas a cada uma das UBS.

Figura 9: Sociograma de uso comum dos estilos

Triângulos correspondem a ACS de São Paulo, quadrados a ACS de Taboão da Serra e círculos são ACS de Sobral

Diferentemente da rede das práticas demonstrada anteriormente, esta não tem uma organização ligada às UBS aos quais os ACS pertencem. Como podemos observar pelas figuras, a rede conecta os ACS em uma lógica diferente da de Unidades Básicas, ao mesmo tempo em que coloca vários ACS desconectados dela, por terem padrões de exercício dos estilos diferentes dos demais ACS. Esta evidência reforça o que abordamos no capítulo anterior a respeito dos estilos: eles tendem a ser menos influenciados por aspectos organizacionais e, por isso, a conexão dos ACS em torno deles, mostrada por este sociograma, não se organiza em torno das Unidades Básicas.

Assim, diferentemente das conclusões a que chegamos a respeito das práticas, tendemos a dizer que o uso de estilos de interação depende mais de decisões individuais e do exercício da discricionariedade do que de questões de contexto ou organizacionais das UBS.

Essa conclusão é interessante na medida em que nos leva a observar que as ações que os ACS desempenham em sua prática estão mais ligadas a decisões organizacionais (embora operem escolhas individuais em menor intensidade), enquanto a forma como os colocam em prática, relacionando-se com os usuários dos serviços, depende mais de questões individuais (embora também operem algumas questões organizacionais).

Ou seja, os ACS de uma mesma localidade podem realizar as mesmas atividades; porém, enquanto um o faz exercendo autoridade ou ameaçando, outro o faz traduzindo ou utilizando referências. Consideramos que o processo de implementação depende não apenas das ações realizadas, mas também da forma como os ACS se comunicam com a população. Isto nos leva mais uma vez à conclusão de que existem padrões muito diversos de implementação da mesma política a partir das decisões tomadas, tanto em nível organizacional como pelos burocratas de rua.

A partir desta análise sobre os estilos, vem novamente à tona a discussão a respeito da mediação. Como expusemos anteriormente, consideramos que o processo de mediação consiste nas práticas comunicativas de grupos parcialmente desconectados, em que ocorre uma conciliação provisória do processo de comunicação e das práticas entre o implementador e os usuários do serviço. Consideramos também que é a partir do uso de estilos de interação que os agentes implementadores atuam enquanto mediadores e constroem, mesmo que provisoriamente, a conciliação entre o Estado e os usuários do serviço.

Na medida em que a escolha do uso dos estilos é mais individual que organizacional, como mostramos aqui, podemos concluir que são os próprios burocratas que acabam optando pela forma como construirão a mediação e que, portanto, o próprio processo de mediação entre Estado e usuários pode ter resultados muito diversos a partir das escolhas feitas pelos indivíduos.

Ou seja, pensando em termos de ação do Estado e controle sobre os burocratas, os dados nos levam a concluir que o Estado consegue ter mais controle e normatizar as práticas dos ACS, o mesmo não ocorrendo com relação à forma como se comunicam, interagem e constroem a mediação com os usuários.

8.3 RELACIONANDO OS FATORES: PRÁTICAS, ESTILOS REDES SOCIAIS E PERFIS DE AFILIAÇÃO

A constatação de que há diferenças no processo de implementação, considerando práticas e estilos de interação, faz-nos questionar o que se relaciona com essas diferenças. Nas análises anteriores, pudemos observar que a variação das práticas tem um grau de relação com os diferentes contextos institucionais, deixando menos espaço para as decisões individuais. Vimos também que ocorre o contrário quando se trata dos estilos, nos quais há uma carga considerável de decisões individuais.

No capítulo 2, ressaltamos a importância de compreender os fatores relacionais para observar sua influência sobre os estilos e sobre a comunicação que os atores estabelecem. Afirmamos também que, para compreender as escolhas e o exercício da discricionariedade, é importante observar como os atores estão posicionados no ambiente relacional e como são suas afiliações. O capítulo 5 já nos apontou algumas evidências de que é importante olharmos para o perfil e para os aspectos relacionais e organizacionais, para compreender a diferença entre os estilos e as práticas.

Assim, nesta sessão, analisaremos os fatores relacionais e individuais que podem ajudar-nos a compreender as diferenças do processo de implementação. Utilizaremos diversos elementos já analisados e consolidados anteriormente, como os grupos de redes sociais e de perfis de sociabilidade que levantamos, bem como as características individuais e os perfis de afiliação.

Para iniciar nossas observações e possibilitar seu enriquecimento, optamos por realizar algumas análises exploratórias, utilizando consagrados métodos da literatura estatística. Assim, em primeiro lugar, decidimos organizar os estilos e as práticas, criando grupos (*clusters*) que juntassem cada um desses elementos a partir de seu uso e incidência por parte dos ACS.

Realizamos dois processos de *clusterização*: primeiramente, apresentaremos a *clusterização* das práticas e depois dos estilos. No caso da *clusterização* das práticas, tivemos que utilizar um método especial, já que havia 108 práticas, o que dificultaria qualquer análise exploratória. Em primeiro lugar, optamos por usar como base analítica 22 grupos de práticas que representassem as 108 anteriores a partir de sua média de incidência no Anexo 2. A síntese de 22 grupos deu-se a partir dos grandes tipos de práticas que já apresentamos e

analisamos anteriormente, mas considerando a diferença entre as práticas previstas e as não previstas. Com base nos 22 grupos selecionados, fizemos uma análise fatorial e, a partir dela, optamos por trabalhar com 7 fatores que explicavam quase 82% da variância.

Com base nestes fatores selecionados, realizamos a *clusterização*. Em primeiro lugar, usamos o método Ward com distância euclidiana e padronização das variáveis. Selecionamos então 4 *clusters*, considerando a distância euclidiana dos indivíduos, e optamos por realizar os *clusters* pelo método K-means, que nos pareceu dar resultados mais apropriados de agrupamento. Embora saibamos que o número de quatro *clusters* acaba dissolvendo os ACS estudados, visto que é um universo pequeno de 24, optamos por manter este número de *clusters*, já que eles evidenciam condições muito diferentes de implementação que, por sua vez, nos ajudam a ter uma perspectiva mais clara de como os indivíduos agem e que tipo de práticas são mais comuns, em conjunto, em cada contexto estudado. Iremos agora explicar o que compõe cada um dos *clusters*.

Cluster de Práticas 1: Práticas de Orientação e Informações em Saúde (PL¹⁵); Práticas de Interação (PL); e Práticas de Controle (NPL)

Neste cluster são mais impactantes dois grupos de práticas previstas em lei e um grupo de práticas não previstas. Em todos os casos, as ações são voltadas ao atendimento e prestação de serviço ao usuário, como as ações de orientação, a interação que se estabelece nas Visitas Domiliares (VD) e as práticas de controle já discutidas ao longo deste capítulo. No caso da orientação, os ACS deste *cluster* realizam ações, como, por exemplo, de encaminhamento a serviços de saúde, marcação de consultas, fornecimento de informações sobre procedimentos etc. Estes ACS também tendem a interagir com crianças durante suas VDs, ação que marca o grupo de práticas de interação. Como exemplos das práticas de controle não previstas em lei estão a verificação de receitas, a cópia das receitas em caderno, e outras ações a que os ACS têm acesso e controle de informações que não fariam parte de seu escopo, devido a questões médicas.

Fazem parte deste *Cluster* 5 ACS, sendo 2 de SP e 3 de Taboão da Serra.

¹⁵ PL significa Previstas em Lei
NPL significa Não Previstas em Lei

Cluster de Práticas 2: Práticas de Mobilização Comunitária e Direitos (NPL); Práticas de Interação (PL); e Práticas de Aprendizagem

Este *cluster* é composto principalmente por práticas que dizem respeito à inclusão social do usuário ou à aproximação do mesmo no processo de implementação e também práticas ligadas à formação do ACS. Ou seja, são práticas ligadas à ampliação do acesso dos usuários aos serviços, mesmo que não previstas em lei e à formação dos agentes. É o caso das práticas de mobilização comunitária não previstas em lei, que contemplam, por exemplo, estimular as pessoas a estudarem, ensinar como funcionam processos judiciais etc. Já no caso das atividades de interação previstas em lei, temos novamente o caso da interação com as crianças durante as visitas domiciliares. Já as práticas de aprendizagem dizem respeito à formação no trabalho que os ACS realizam com os demais profissionais.

Fazem parte deste *cluster* 7 ACS, sendo um de Taboão da Serra, três de São Paulo e três de Sobral.

Cluster de Práticas 3: Práticas de Gestão de Informações (NPL); e Práticas de Suporte à Equipe (PL)

Este *cluster* é composto por duas práticas que não são voltadas, diretamente, a atendimento. É o caso da gestão de informações não prevista em lei, por exemplo, que comporta práticas como cadastrar famílias em programas sociais, criar fichas próprias ou organizar prontuários. Já as ações de suporte à equipe são realizadas dentro das UBS e são compostas de ações como acompanhar pacientes na UBS, passar informações para profissionais de saúde, auxiliar no acolhimento, entre outras. Pode-se supor que os ACS deste grupo de práticas realizam suas ações dentro das UBS e têm menor contato com a comunidade.

Fazem parte deste *cluster* 4 ACS, sendo 2 de Taboão da Serra e 2 de São Paulo. Essa divisão reforça a constatação que fizemos anteriormente de que, por questões gerenciais, os ACS destas unidades básicas desempenham mais práticas gerenciais ou internas à UBS que os demais agentes.

Cluster de Práticas 4: Práticas de Orientação e Informações em Saúde (PL); Práticas de Interação (PL); e Práticas de Suporte à Equipe (PL)

Este *cluster* tem incidência grande de práticas, tanto de prestação de serviço direto ao usuário como de suporte à equipe. No entanto, os três grupos principais são previstos em lei.

No primeiro caso, as ações de orientação e informação são de encaminhamento do usuário, informações sobre o serviço etc., ou seja, são práticas que auxiliam os usuários a acessarem o sistema. O segundo grupo de práticas é composto por ações de interação, especialmente com crianças, que faz as visitas domiciliares serem mais próximas. O terceiro grupo, de práticas de suporte à equipe, é realizado dentro da UBS e composto de ações como acompanhamento dos usuários, encaminhamento dentro da UBS, transmissão de informações aos profissionais, entre outras.

Este *cluster* tem 8 ACS, sendo 5 de Sobral, 1 de São Paulo e 2 de Taboão da Serra.

Tabela 29: Incidência dos Grupos de Práticas em cada UBS

Grupos de Práticas				
UBS/Grupo de Práticas	Orientação e Controle	Mobilização e Interação	Gestão Info. e Suporte à Equipe	Orientação e Suporte à Equipe
Sobral	0	3	0	5
São Paulo	2	3	2	1
Taboão da Serra	3	1	2	2
Total	5	7	4	8

Fonte: elaboração própria

A análise dos grupos acima reforça alguns argumentos apresentados quando descrevemos as práticas anteriormente. Um deles era de que, em locais onde há maior estruturação e organização dos serviços, as práticas tendem a ser mais homogêneas e menos dispersas ou frutos de discricionariedade dos agentes. Quando argumentamos isso, estávamos tratando do percentual de práticas desempenhadas pela maioria dos ACS em um mesmo município; concluímos, então, que o caso de Sobral é o mais homogêneo, enquanto Taboão da Serra e São Paulo possuíam grande dispersão das práticas.

A mesma conclusão pode ser tirada observando os *clusters* criados. No caso de Sobral, cinco ACS estão localizados no *cluster* 4 de práticas, enquanto três ACS estão no *cluster* 2. Ou seja, há concentração dos agentes de Sobral em dois *clusters*, o que reforça a ideia de padronização das práticas deste município colocadas em capítulo anterior.

O mesmo não ocorre em Taboão da Serra, onde os ACS estão dispersos em quatro *clusters* diferentes, com pequena incidência em cada um. É o que ocorre também em São Paulo, com maior peso, onde os ACS estão divididos em quatro *clusters* com grande distribuição entre eles.

Além disso, a divisão permite-nos reforçar o argumento apresentado anteriormente de que nos casos de Taboão e São Paulo, devido a questões institucionais, os ACS possuem maior incentivo (ou obrigação) de realizarem ações gerenciais ou de suporte na própria UBS. Ao mesmo tempo, em Sobral, há maior incidência de práticas de mobilização, de orientação sobre os serviços, de aprendizagem e de interação, também devido a questões organizacionais e ao próprio perfil do PSF no município.

A partir da *clusterização* das práticas e suas análises, reforçamos a ideia de que os aspectos e fatores organizacionais e institucionais têm um impacto considerável para entender como elas operam.

No caso dos *clusters* de estilos, para a operacionalização, consideramos que temos dados binários e que a coincidência positiva é mais representativa que a coincidência nula, ou seja, dois ACS que praticam um determinado estilo são mais parecidos que outros dois que não praticam esse determinado estilo para determinar o número de *clusters*. Assim, rodamos *clusters* dos estilos, utilizando o método Centroid com distância de Jaccard¹⁶. Além disso, como o número de estilos era igual ao número de indivíduos (que poderia comprometer a técnica fatorial), utilizamos análises com métodos hierárquicos de *cluster*. Após rodar as análises, selecionamos 5 *clusters* de estilos de interação.

De posse dos grupos, foi criada uma variável para cada grupo que é a média dos estilos, ou seja, foi atribuído a cada grupo um número que representasse a média dos valores de incidência dos estilos naquele grupo. Por exemplo, ao grupo um foi atribuída a média 0.8, que significa que, naquele grupo, 80% dos indivíduos utilizam os estilos ali presentes. Após esta atribuição de variáveis para cada grupo, utilizamos o método Ward com distância

¹⁶ O método Jaccard é indicado para variáveis binárias, Ele pode ser descrito pela proporção de semelhanças positivas entre os grupos, ou seja, ao comparar o indivíduo A com o indivíduo B, ele conta quantas variáveis os dois têm positivamente em comum, numericamente valores 1's. Resumidamente a fórmula pode ser expressa:

$$J = \frac{M_{11}}{M_{01} + M_{10} + M_{11}} \text{ em que:}$$

M_{11} é o número total de atributos em que os indivíduos possuem valor 1

M_{01} é o número total de atributos em que o indivíduo A possui valor 1 e o indivíduo B possui valor 0.

M_{10} é o número total de atributos em que o indivíduo B possui valor 1 e o indivíduo A possui valor 0

M_{00} é o número total de atributos em que os indivíduos possuem valor 0

euclidiana e padronização das variáveis para criar grupos entre os ACS a partir do uso individual dos estilos de interação. Com posse das análises e do dendograma, selecionamos três *clusters* explicados abaixo.

Grupo de Estilos 1: Estilos de Referências, Triangulação, Assimetria e Autoritarismo

Neste grupo de estilos prevalecem aqueles relacionados ao acionamento de referências (família, história de saúde, a própria história); no entanto, há, ao mesmo tempo, estilos relacionados à assimetria e à autoridade. Ou seja, os ACS pertencentes a este grupo em geral acionam as referências, mas tratam os usuários com autoridade e se mostram diferentes deles.

É interessante observar que os estilos de uso de referências aparecem em conjunto com o de assimetria e autoritarismo. Para que um ACS utilize referências em sua prática, pressupõe-se que conheça a realidade vivida pelos usuários, para poder utilizá-la em seu discurso. Assim, é necessário um grau considerável de proximidade, conhecimento e compartilhamento de vivências, para que um ACS use referências. Nesse caso, ao mesmo tempo em que o ACS utiliza referências, está criando relações assimétricas e se valendo de autoritarismo. Isso nos faz supor que, justamente por ter proximidade com os usuários e compartilhar elementos comuns, ele acaba criando relações assimétricas e usa sua autoridade para conseguir colocar em prática suas ações. Ou seja, os ACS deste grupo acabam acionando ao mesmo tempo elementos comuns de vivência com os usuários e elementos próprios de seu papel de burocrata pertencente ao Estado – que lhes possibilita serem assimétricos e autoritários.

O uso da triangulação aponta uma diferença importante no processo de mediação conduzido por esses ACS, já que a triangulação pressupõe uma mediação mais física e menos discursiva, ou seja, os ACS mediam fisicamente a relação entre Estado e usuários e não usam necessariamente elementos das vivências comuns – apenas o caso da religião apontado neste grupo.

Pressupõe-se que os ACS em questão utilizem elementos de duplo pertencimento, ou seja, elementos originários de sua vivência comunitária (que lhe possibilitam triangular) e elementos originários de seu papel como burocrata (que os fazem ser diferentes e ter relações assimétricas). Os ACS deste grupo também podem ser considerados como mediadores, por

adotarem essas características, mas com um processo de mediação diferente, mais física que discursiva.

Podemos dizer que é um estilo típico de quem pertence aos dois mundos e que precisa se valer de características de ambos para implementar suas ações. Esse grupo de estilos, portanto, demarca o duplo pertencimento vivenciado pelos ACS em seu trabalho – pertencimento comunitário e pertencimento ao Estado. Retomando as ideias de um mediador apresentadas pela literatura, podemos também concluir que este é um estilo que pode ser atribuído a quem exerce processo de mediação, com pertencimentos a ambos os mundos e utilizando elementos deles para realizar suas ações.

Fazem parte deste grupo 6 ACS, sendo 3 de São Paulo, 2 de Sobral e 1 de Taboão da Serra.

Grupo de estilos 2: Estilos de Didatismo, Tradução, Linguagem Local e Vinculação

Este grupo de estilos é marcado por elementos de tradução, didatismo, uso de linguagem local com *switch* e, ao mesmo tempo, vinculação e aproximação. Tendo em vista a conjunção destes estilos, podemos imaginar dois processos diferentes de atuação dos ACS: um, que incorpora elementos locais para a política, construindo ações com didatismo, tradução e uso de linguagem local, e outro, que constrói ações, vinculando os usuários de maneira mais personalista.

A primeira conjunção que podemos observar, de localismo, é característica do processo de implementação mais comunitarista encontrado por Lotta (2006), no qual os ACS utilizam elementos do local para adaptar a política pública aos contextos vivenciados pelos usuários; para tanto, acabam traduzindo, sendo didáticos e se valendo da linguagem local na implementação.

A segunda conjunção pode indicar um processo de implementação mais personalista, como o apontado por Nunes (1997) quando trata das trocas pessoais. Retomando a ideia de trocas pessoais, elas pressupõem situações de aparente solidariedade, combinando atributos específicos da relação entre os clientes e os padrões e que culminam em uma personalização da ação, vinculando determinados atores a seus padrões. O elemento da vinculação presente neste grupo de estilos pode apontar para uma relação mais clientelista, na qual os elementos

do local e os processos de tradução contribuem para estabelecimento de relações pessoais e vinculantes.

Fazem parte deste grupo 13 ACS, sendo 7 de Taboão da Serra, 4 de Sobral e 2 de São Paulo.

Grupo de estilos 3: Estilo Técnico, Triangulação e Referências, mas sem Vinculação

Este estilo é marcado também pela triangulação e pelo acionamento de referências. No entanto, neste estilo há a não-vinculação e a não-aproximação dos usuários. A conjunção de elementos técnicos com triangulação e referências e, especialmente, a não-vinculação apontam para um estilo de atuação mais técnico e menos pessoal. Ao mesmo tempo, a união destes estilos tende a gerar acesso da população aos serviços por meio da triangulação e facilitar seu entendimento por meio das referências.

Fazem parte deste grupo 5 ACS, sendo 2 de Sobral e 3 de São Paulo.

O quadro a seguir resume a incidência de cada UBS nos grupos de estilos de interação.

Tabela 30: Grupo de Estilos por Município

Grupos de Estilos			
UBS	1 – Referências, Triangulação e Assimetria	2 – Localismo, Tradução e Vinculação	3 – Técnico sem Vinculação
Sobral	2	4	2
São Paulo	3	2	3
Taboão da Serra	1	7	0
Total	6	13	5

Fonte: elaboração própria

Como podemos ver na tabela anterior, há uma distribuição dos ACS de cada UBS pelos grupos de estilos criados. No caso de Sobral, a maioria dos ACS está no grupo 2, que tem como características elementos de localismo, de tradução e de vinculação. Isso reforça os resultados encontrados por Lotta (2006), de que os ACS daquela localidade estabelecem fortes processos de tradução e de uso de elementos do local para implementação das políticas públicas. Este processo, por sua vez, relaciona-se diretamente com o perfil dos ACS

selecionados naquele município, que devem pertencer à comunidade e ter história de mobilização e liderança comunitária, bem como com os incentivos colocados pela Secretaria de Saúde, que promove ações de mobilização e envolvimento dos ACS com a comunidade. Além disso, como apontamos no perfil de afiliação, os ACS desta localidade possuem uma vivência comunitária mais forte e constante, inclusive pelas características da região. Isso se reflete na dinâmica das interações que estabelecem no uso de referências.

No caso de São Paulo, há uma distribuição mais homogênea, sendo que a maioria pertence ao grupo 3, dos técnicos que não vinculam. Pode-se compreender esta maioria no grupo 3 pelo próprio perfil dos ACS daquela localidade e pelo processo de seleção dos mesmos. Como apresentamos anteriormente, a seleção de ACS em São Paulo não privilegia ACS com envolvimento comunitário, mas sim, ACS que possuam mais condições técnicas e de ensino. Além disso, vimos, pelo perfil, que os ACS desta localidade tendem a ter mais formação – em nível técnico ou universitário, formação essa que tem sido incentivada pela própria Unidade de Saúde. A partir de ambos os elementos, podemos supor que os ACS em questão tendam a ter perfis de atuação mais técnicos e menos localistas ou comunitários, como a incidência nos *cluster* acaba apontando.

Já no caso de Taboão da Serra, não podemos ver esse equilíbrio, estando a grande maioria no grupo 2, de vinculação, localismo e tradução. Como apontamos na descrição deste grupo de estilos, sua conjunção pode apontar tanto para um processo mais localista de implementação – como é claramente visto no caso de Sobral – como para um processo mais personalista e vinculante de implementação, onde os usuários são vinculados pessoalmente aos ACS (o que pode remeter à ideia de trocas pessoais levantada por Nunes, 1997). Analisando o caso de Taboão da Serra, podemos imaginar que os sete ACS presentes neste grupo de estilos se dividam entre os dois tipos possíveis de estilos deste grupo.

Isso pode ser concluído observando novamente as redes sociais destes ACS, levantadas em capítulo anterior. Para lembrar, parte considerável dos ACS de Taboão tinha redes sociais com alto grau de sobreposição e contatos de sociabilidade primária, e parte menor destes ACS tinha redes com baixo grau de sobreposição e alto índice de contatos profissionais. A compreensão do poder das redes sociais na atuação dos ACS, como temos visto nesta pesquisa, leva-nos a supor que ACS com redes primárias e sobrepostas possam realizar ações mais personalistas e vinculadoras, na medida em que atuam com pessoas de suas relações próximas, com as quais compartilham outros universos de sociabilidade e cognitivos. Ao contrário, pode-se supor que ACS com redes sem sobreposição e altos

contatos profissionais podem ser mais tradutores e didáticos, sem personalizar as ações pelo próprio perfil de suas redes sociais.

A *clusterização* dos estilos de interação e suas análises mostram-nos, portanto, que as redes sociais dos ACS e seu perfil tendem a ter impacto sobre a conjunção dos estilos.

Para verificar a relação entre estilos e práticas, decidimos cruzar os dois agrupamentos que fizemos, para verificar se haveria incidências comuns de ACS nos grupos construídos. A questão que está por trás desta análise é se as práticas e os estilos se relacionam ou se é possível observar e explicar a conexão entre eles. A tabela a seguir mostra-nos o número de ACS que pertencem aos *clusters* de mecanismos e, ao mesmo tempo, aos *clusters* de práticas. Sabemos que a conjunção dos três *clusters* de estilos com quatro de práticas iria fazer a incidência de ACS ser baixa em cada um, na medida em que há apenas 24 casos estudados. No entanto, entendemos que essa diferença é relevante, já que cada *cluster* tem particularidades únicas, que evidenciam condições específicas de cada contexto e, além disso, reforçam a ideia de que há fortes elementos individuais e organizacionais influenciando a atuação dos ACS. Veremos abaixo a incidência dos ACS nestes *clusters*.

Tabela 31: Cruzamento da incidência de *clusters* de estilos com *clusters* de práticas

		Clusters de Estilos			
		Referência, Assimetria, Autoritarismo	Didatismo, Tradução, Ling Local e Vinculação	Técnico, Triangulação, Referências sem Vinculação	Total
Clusters de Práticas	Orientação e Controle	1	3	1	5
	Mobilização e Interação	1	4	2	7
	Gestão Info. e Suporte à Equipe	1	1	2	4
	Orientação e Suporte à Equipe	3	5	0	8
	Total	6	13	5	24

Fonte: elaboração própria

A tabela acima aponta-nos algumas questões interessantes. Observando os grupos de práticas, vemos que há concentrações de alguns deles em determinados grupos de estilos. Com base nas informações acima colocadas, há algumas correspondências entre estilos e práticas que valem análises mais detalhadas.

Em primeiro lugar, podemos ver pelas correspondências que, por diversas vezes, as práticas de Controle aparecem em conjunto com os estilos de Vinculação. Isso aponta que os ACS que exercem controle tendem a ter ou exercer vinculação com os usuários. As atividades de Controle são, por exemplo, a verificação de receitas, cópia das mesmas ou checagem de informações específicas, que não fazem parte das atribuições dos ACS. Podemos supor que o acesso a essas informações e a realização destas ações pressupõe proximidade, confiança ou subordinação das famílias aos ACS; caso contrário, poderiam recusar-se a fornecer as informações. Nesta lógica, faz sentido que o ACS precise estabelecer vínculos com os usuários para poder exercer atividades de controle, o que explica a conjunção desta prática com este estilo.

Outra conjunção interessante é de atividades de Orientação e Informação com estilos de Tradução, Didatismo e Uso Linguagem Local. Isso significa que os ACS que realizam ações de orientação e informação tendem a fazê-lo por meio da tradução, sendo didáticos e empregando linguagem local. Esta evidência reforça aquelas encontradas por Lotta (2006), de que os ACS orientam as famílias, traduzindo os termos e utilizando elementos didáticos e da linguagem local para serem compreendidos. Vale dizer, no entanto, que tanto o processo de tradução como o de orientação e uso de linguagem local pressupõem que os ACS tenham amplo entendimento, tanto de termos técnicos como dos elementos locais, para poderem traduzir e repassar as informações. Esta conjunção, portanto, aponta para um exercício de mediação dos ACS, no qual eles acionam tanto elementos de origem comunitária como elementos de seu conhecimento técnico para implementar suas ações.

Há também outra simultaneidade no que se refere às ações de Interação tanto com o estilo de Vinculação como com o de Triangulação. Esta coincidência sugere-nos que, para realizar ações de interação – nas quais são necessárias proximidade e confiança – os ACS precisam estar vinculados às famílias; caso contrário, a interação não seria factível. Ao mesmo tempo, pode-se imaginar que as ações de interação ajudam no processo de triangulação, já que, por interagirem, os ACS conseguem proximidade com as famílias, compreendendo suas necessidades e linguagem e, portanto, podem triangular a relação com o Estado.

Novamente vemos na conjunção entre Interação e Triangulação o exercício da mediação por parte dos ACS. Ou seja, na medida em que interagem, têm proximidade e conhecem a realidade, podem realizar ações de triangulação entre usuários e profissionais de

saúde ou entre Estado e Sociedade. A junção deste estilo com esta prática aponta, portanto, para o processo de mediação estabelecido por estes burocratas de rua.

O cruzamento entre as práticas e os estilos nos mostra que há também uma coincidência entre as práticas de Ações Realizadas na UBS (Suporte à Equipe e Gestão da Informação) e o Uso da Linguagem Técnica. Neste sentido, podemos imaginar que, por conviverem mais na UBS com outros profissionais de saúde, os ACS assimilam mais a linguagem técnica. Ao mesmo tempo, a atuação dentro da UBS exige deles um uso mais formal e técnico de linguagem e de conhecimentos, já que atuam diante de outros profissionais. Esta constatação aponta-nos a ideia de que, quanto mais realizam atividades dentro das UBS, menos os ACS utilizam elementos do local (referências, linguagem etc.).

Isso, por sua vez, pode sugerir que acabam exercendo menos o papel de mediação, na medida em que utilizam apenas conhecimentos provindos de sua vivência burocrática, e não aqueles elementos originários da comunidade. Desta forma, quanto mais ligados às atividades da UBS os agentes estiverem, menor potencial de mediação eles possuem, o que se comprova pelos estilos que acionam quando realizam essas práticas.

Outra conjunção entre estilos e práticas diz respeito às ações de Aprendizagem que estão relacionadas tanto com estilo de Uso de Linguagem Técnica como com a Tradução. É interessante pensar que quanto mais aprendizagem, ou seja, quanto mais ações de formação o ACS tem, mais ele é capaz de se apropriar do discurso técnico e, ao mesmo tempo, de realizar ações de tradução. Isso significa que, por meio da aprendizagem, ele assimila o conhecimento técnico e burocrático e, na medida em que passa a ter domínio desses termos e conhece o campo da saúde, mais consegue fazer a tradução. Um processo de tradução pressupõe que um agente possua tanto os conhecimentos técnicos como os comunitários e que possa relacionar ambos. Assim, podemos dizer que a não assimilação profunda de conhecimentos técnicos poderia inibir o potencial de tradução, já que os ACS tenderiam apenas a reproduzir o discurso técnico escutado de outros profissionais ou a não utilizá-lo em suas práticas.

Ao mesmo tempo, o desconhecimento de conteúdos comunitários também não lhe possibilitaria traduzir a linguagem e torná-la mais local ou vice-versa. Assim, a conjunção deste estilo com esta prática indica-nos que, para se estimular o exercício da tradução nos ACS – o que significa exercerem mediação de conhecimentos – é necessário investir-se em atividades de aprendizagem e formação, para que eles tenham domínio sobre a linguagem técnica e possam utilizá-la com seus referenciais e, ao mesmo tempo, garantir ACS com convívio e conhecimento comunitário.

Por fim, a última correlação entre prática e estilo que vale uma análise é a de Ações de Mobilização que se relacionam com estilos de Tradução, Didatismo e Vinculação. Esta simultaneidade também é interessante para pensarmos no processo de mediação e de mobilização comunitária. As práticas de mobilização pressupõem que os ACS possuam um vínculo com a comunidade e que sejam compreendidos pela população, ou seja, precisam construir um discurso local e que faça sentido para os usuários. Assim, os ACS se valem da vinculação, bem como de tradução e de linguagem didática para realizarem ações de mobilização.

Todas essas conjunções entre estilos e práticas analisadas anteriormente apontam-nos algumas questões importantes no que diz respeito às ações desenvolvidas pelos ACS e à forma como se relacionam com os usuários e ao processo de mediação.

Como pudemos ver, o processo de mediação pressupõe que os ACS tenham tanto conhecimentos técnicos como conhecimentos/envolvimento comunitário. Assim, para que utilizem práticas e estilos que promovam a mediação, eles precisam ser estimulados, selecionados ou capacitados tanto em seu envolvimento comunitário como em vivências mais técnicas ou burocráticas. Como vimos, o próprio estímulo à formação pode promover maior capacidade de tradução, atividade típica do processo de mediação.

Ao contrário, como pudemos observar, caso os ACS permaneçam somente em atividades burocráticas ou dentro das UBS, menos eles exercem ou constroem relações que apontem para a mediação entre os usuários e os serviços de saúde.

Ao mesmo tempo, vimos que o exercício de atividades de mobilização comunitária ocorre em conjunto com a prática de estilos de tradução e uso de linguagem local, também parte do processo de mediação. Assim, caso se deseje que os ACS exerçam mobilização, é importante que eles tenham conhecimento, capacidade ou estímulo para serem tradutores o que, por sua vez, significa estimular seu potencial de mediação com conhecimentos técnicos e conhecimentos comunitários.

8.4 CRUZAMENTO ENTRE OS FATORES E O PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO

Após termos compreendido melhor tanto as práticas como os estilos, analisaremos a relação deles com os demais elementos abordados nesta pesquisa. Para tanto, faremos agora alguns cruzamentos entre estes grupos de estilos, grupos de práticas e outras variáveis relacionadas a: redes, aspectos individuais e perfil de afiliação. A questão que está por trás das próximas análises é se as práticas e estilos estão relacionados com os demais elementos analíticos que poderiam ajudar a explicar a forma de implementação das ações.

Consideramos cada uma das variáveis relacionadas aos aspectos relacionais, perfil de afiliação e às características individuais¹⁷ e as dividimos em tercís, que nos permitissem ver três grupos diferentes de valores gerados por elas. Fizemos então tabelas cruzadas com cada uma dessas variáveis (seus tercís) e os *clusters* de estilos de redes e com os *clusters* de práticas. Os resultados desses cruzamentos nos permitem apontar para alguns elementos de relação entre as variáveis e os *clusters* e, portanto, podem nos indicar possíveis interferências entre ambos. Vale ressaltar que optamos por não apresentar aqui as tabelas cruzadas realizadas, visto que as consideramos menos importantes que as análises em si, mas sim, apresentaremos as análises e conclusões relativas a cada uma delas considerando, cada dimensão/variável observada.

O argumento central constatado abaixo é de que existem elementos das relações sociais, da sociabilidade, do perfil dos ACS e de sua afiliação que têm impacto na maneira como os ACS utilizam alguns estilos de interação e algumas práticas – embora com menor impacto. O impacto menor destes elementos individuais nas práticas reforça a constatação apresentada anteriormente de que a escolha de práticas está mais relacionada a decisões organizacionais do que individuais, embora haja algum grau de discricionariedade, como poderemos ver em seguida.

Esta conclusão, como demonstraremos, leva-nos a pensar o processo implementação desejado considerando diferentes características pessoais e relacionais dos ACS. Ou seja, demonstra algumas diferenças dos ACS que contribuem para diferenças no processo de implementação da política pública.

¹⁷ Consideramos aqui: todas as medidas de redes já estudadas anteriormente, as afiliações a organizações, igrejas, movimentos, etc, e características individuais como idade, tempo de moradia no bairro, tempo de serviço e grau de instrução.

Uma das evidências demonstradas pelos cruzamentos é em relação à sociabilidade dos ACS e o uso de referências. Os dados apontam que, quanto mais esferas de contato os ACS têm, e quanto mais relações possuem em igrejas, mais referências fazem. Isso significa que a diversificação de esferas de sociabilidade e o convívio com pessoas da igreja contribuem para que os ACS se valham de referências. Já o alto grau de relações no trabalho interfere negativamente no uso de referências, o que significa que ACS que possuem mais vínculos profissionais são menos capazes de fazer referências.

Com relação ao perfil, constatamos que os ACS que nasceram na comunidade usam mais referências que os que não nasceram ali e que ACS que possuem afiliação em igrejas ou associações comunitárias também utilizam mais referências que os demais ACS.

Neste sentido, retomamos a discussão sobre o processo de interação realizada no capítulo 2. Como vimos, a literatura considera que a construção de habilidades sociais está diretamente ligada à vivência em diferentes esferas de sociabilidade que, por sua vez, ajudam na construção de repertórios específicos e na capacidade de os atores se valerem deles nos processos de interação (FLIGSTEIN, 2001). Assim, atores mais habilidosos são os que conseguem caminhar na complexidade de identidades e interesses, utilizando seus signos, identidades e terminologias específicas para construírem relações e práticas. Como podemos ver pelo cruzamento dos estilos, práticas e aspectos relacionais, a vivência em múltiplas esferas de sociabilidade acaba impactando justamente a construção dessas habilidades sociais, de maneira que os agentes implementadores podem utilizar amplo e diferenciado repertório para construir suas interações.

É interessante notar, portanto, que 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.

O uso de referências na ação dos ACS é uma das maneiras de os agentes adaptarem as ações e legitimarem suas práticas por meio de situações ou realidades locais. Este uso torna-se uma das consequências do programa, na medida em que utiliza burocratas que habitam a comunidade, legitima a ação destes 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 uso de referências pelos ACS.

Uma das evidências demonstradas aqui é de que, para que os ACS empreguem referências em sua prática profissional, é importante que tenham redes diversas, com contatos pessoais, tempo longo de vivência comunitária e afiliações diferenciadas, como em associações ou igrejas.

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.

Estas 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, caso se deseje que o ACS utilize referências em sua atuação, 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 (2005).

Está presente, novamente, o argumento de duplo pertencimento dos agentes comunitários de saúde como fator central, para que possam implementar as ações e se tornar, de fato, um elo ou uma ponte entre os usuários e o poder público (SILVA e DALMASO, 2002; NOGUEIRA, 2002).

Outra relação encontrada no cruzamento ocorreu entre as redes com alta sobreposição, alta centralidade e sociabilidade primária (principalmente vizinhança) e a realização de triangulação. Ou seja, quanto mais locais e pessoais forem os vínculos, 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.

Como as evidências o demonstram, 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. Vale lembrar que apontamos

anteriormente para o fato de que a triangulação ocorre, na maioria das vezes, em consonância com práticas de interação, que pressupõem também um grau de confiança e proximidade entre as famílias.

Isso reforça mais uma vez a constatação de que, para promover mediação e aproximar 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.

Estas conclusões fortalecem a ideia de uma seleção baseada em critérios de envolvimento comunitário e, por sua vez, são contrárias 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. O próprio movimento ocorrido há alguns anos de construir concurso público para os ACS contribuiria no sentido de contratar pessoas mais técnicas e bem formadas, desprivilegiando o foco em seleção de agentes da comunidade.

No entanto, segundo as evidências desta pesquisa, para que os ACS realizem ações com referências locais e promovam triangulação e maior mediação entre usuários e profissionais de saúde, é fundamental que o elemento comunitário prevaleça no processo de seleção.

Ao mesmo tempo em que apontamos para a importância de contatos primários na promoção de triangulação, os contatos primários altos e a centralidade na rede também são coincidentes com o estilo de diferenciação. Ou seja, ACS que têm redes com alto índice de contatos locais, pessoais (família e vizinhança) e que tenham centralidade na rede exercem com grande incidência o estilo de diferenciação.

Buscando compreender como isso opera, podemos imaginar que o processo de diferenciação é importante na medida em que o ACS possui muitos vínculos pessoais com os usuários. Os vínculos pessoais e primários significam que as relações são mais homofílicas, ou seja, entre pessoas iguais a ele. Assim, para atuar enquanto burocrata, é preciso diferenciar-se dos usuários. Para conseguir implementar suas ações com pessoas com as quais têm vínculos pessoais, os ACS precisam acionar sua diferença e seu lado de burocrata para, inclusive, ganhar legitimidade no discurso.

O uso da diferenciação e da assimetria também aparece muitas vezes em consonância com a triangulação e em ACS com redes pequenas, densas e locais. Isso reforça o argumento de que, para poder triangular com usuários próximos a ele, o ACS precisa diferenciar-se tanto

da comunidade como do poder público. Ou seja, o processo de triangulação é um exercício de dupla diferenciação e estabelecimento de assimetria, o que lhe permite mediar as relações.

Outra evidência demonstrada pelos cruzamentos é das redes pequenas, locais e sobrepostas com as práticas de orientação, controle, interação e mobilização. Retomando uma observação anterior, para que os ACS possam controlar, precisam ter relações mais próximas e vinculadas com os usuários; caso contrário, não haveria confiança para o exercício do controle. A necessidade de relações mais próximas e vinculadas é possibilitada justamente pelas redes pequenas, locais e sobrepostas. Ou seja, na medida em que possuem redes menores e mais locais, os ACS conseguem ter mais proximidade e vínculo com os usuários e exercer atividades de controle.

Ao mesmo tempo, podemos imaginar que o próprio processo de dar orientação e informações também dependa de confiança e abertura das famílias com relação aos ACS; também esta confiança é possibilitada pela existência de redes pequenas, locais e sobrepostas. A sobreposição é especialmente importante no caso de orientações já que, para que funcionem, elas pressupõem que as famílias tenham confiança pessoal ou profissional em quem está transmitindo a orientação. Neste caso, percebe-se que os vínculos são de ambos os tipos, pessoais e profissionais, sobrepostos, o que pode ajudar no processo de orientação. Além disso, como apontamos anteriormente, na maioria das vezes o processo de orientação acontece em conjunto com o estilo de tradução, o que também é possibilitado pelos vínculos sobrepostos que potencializam a mediação.

Ou seja, as redes pequenas, locais e sobrepostas ajudam a promover maior vínculo e proximidade entre ACS e usuários, o que, por sua vez, acaba contribuindo para o exercício de práticas de controle e de orientação.

As atividades de interação também acontecem com maior incidência com ACS que possuem redes pequenas, locais e sobrepostas. Vale lembrar que as práticas de interação costumam acontecer em conjunto com os estilos de vinculação e triangulação, que, em ambos os casos, pressupõem proximidade e confiança. Neste caso, é difícil estabelecer a causalidade, mas podemos imaginar que o tamanho da rede e os contatos pessoais possibilitam maior exercício de interação e que, por sua vez, o exercício da interação potencializa a personalização de contatos.

Já com relação às atividades de mobilização, é interessante pensarmos que elas 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.

Esta constatação faz-nos retomar novamente o perfil de seleção do ACS e as práticas por ele exercidas. Se for importante para a política de saúde que os ACS realizem atividades de mobilização, uma das formas de que isso seja mais garantido é ter ACS que pertencem à comunidade e que tenham conhecimento e proximidade com os usuários que atendem, com vínculos pessoais e sobrepostos.

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.

O fato de terem baixa sobreposição reforça um argumento que apresentamos anteriormente a respeito do estilo técnico. Como constatamos, os ACS que realizam mais ações dentro da UBS acabam acionando mais 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, neste 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 deste 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 vivencia pouco a comunidade, o que diminui sua capacidade de mediar e aumenta seu potencial de ser apenas burocrata. Este 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. Como vimos anteriormente, 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.

Assim, as evidências anteriores 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 destes ACS da comunidade, para que tenham domínio de conteúdos técnicos e possam realizar a mediação.

Outra análise importante, que aponta para a construção de processos de mediação e para o perfil de implementação diz respeito ao tempo de serviço dos ACS, elemento que pode ser importante para compreendermos a construção dos estilos e das práticas.

No universo de 24 ACS foram selecionados 6 que tivessem menos de seis meses de serviço. Analisamos estes ACS, para verificar em que medida suas práticas e seus estilos de interação os diferenciavam dos demais agentes.

Com relação às práticas, observamos que, comparativamente, estes ACS realizam menos ações ligadas às categorias de:

- Mobilização e direitos;
- Prevenção e promoção em saúde;
- Conversas fora da saúde;
- Atividades na Comunidade.

Assim, podemos concluir que práticas ligadas a estas categorias dependem de experiência e tempo de serviço, para serem mais exercidas. Observando o conteúdo dessas categorias parece simples imaginar isso, especialmente nas atividades que se relacionam à mobilização ou às interações com a comunidade, já que estas dependem da aquisição de confiança e de informações por parte dos ACS e, portanto, do tempo de serviço.

Há, no entanto, duas categorias de práticas que são exercidas com maior incidência por ACS novos:

- Práticas de gestão das informações;
- Práticas de suporte na UBS.

Essa diferença pode justificar-se na medida em que o ACS ainda está em processo de formação e, portanto, exerce muitas atividades na Unidade e próximo aos demais profissionais da equipe, para aprender como desenvolver o serviço. Já com relação às práticas de gestão das informações, podemos imaginar que estes ACS ainda estão aprendendo a executar esta função – que é extremamente técnica – e, portanto, precisam de maior concentração de tempo e de esforço para isso. Ao mesmo tempo, como as atividades de gestão das informações são obrigatórias e possuem controle direto, torna-se imprescindível que, mesmo os ACS mais novos, a realizem.

Já com relação aos estilos de interação, é interessante observar que estes ACS novos utilizam basicamente Uso de Referências e de Saberes. Fazem pouco uso de estilos de Reciprocidade ou de Aproximação, o que pode ser explicado pelo tempo de serviço, uma vez que estes estilos dependem da construção de conhecimento mútuo e de confiança com os usuários para serem utilizados.

Assim, podemos ver que o tempo de serviço acaba influenciando tanto as práticas exercidas pelos ACS como os estilos de interação adotados, para além do impacto relacional que causa, como foi observado em capítulo anterior.

Como vimos, há importantes elementos relacionados ao perfil de afiliação, às redes sociais e às características individuais que influenciam a capacidade do ACS de mediar, de estabelecer suas práticas e, especialmente, na interação. A ideia de habilidades sociais torna-se importante neste processo. Como vimos em capítulo anterior, o pertencimento a múltiplos grupos e esferas de atividade acaba impactando a capacidade dos agentes de acessar e adotar alguns estilos no processo de interação. E a capacidade de transitar com os estilos e adaptá-los depende de habilidades sociais que os ACS detenham. Essas habilidades tornam-se reflexo da

capacidade que os atores têm de promover a interação e de caminhar dentro da complexidade de identidades e interesses para construir práticas específicas (FLIGSTEIN, 2001). Assim, percebemos, no caso desses estudos, que o próprio desenvolvimento de habilidades sociais para implementação das políticas públicas depende de diversos elementos relacionados a características (relacionais, pessoais e de afiliação) dos burocratas implementadores.

Isso, por sua vez, se reflete no campo da seleção destes agentes comunitários – ou seja, os processos seletivos, considerando o perfil requerido, podem impactar a escolha de ACS que podem ter maiores ou menores habilidades sociais e se tornar, portanto, melhor ou pior mediadores no processo de implementação.

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 geram processos diversos de implementação das políticas públicas. Buscando compreender a complexidade deste processo, realizamos diversas análises exploratórias, cruzando estes fatores, mas que, de certa maneira, se mostraram 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 destas 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 de explicação da origem dos processos de implementação, por outro lado, nos ajuda a compreender o complexo contexto de implementação, ou seja, como há diversidade de elementos que incidem, de maneiras diversas, no processo de implementação das políticas públicas. Estes elementos, por sua vez, ajudaram-nos a compreender como características diferentes dos ACS (seja relacional, de perfil, de afiliação etc.) podem ajudar a explicar as diferentes formas de implementação das políticas – especialmente no caso dos estilos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS ou ALGUMAS CONSEQUÊNCIAS DA IMPLEMENTAÇÃO

Ao longo desta pesquisa, buscamos analisar como os burocratas implementadores de nível de rua (e que moram na comunidade) implementam suas ações, considerando, especialmente, quais são os fatores organizacionais e relacionais que influenciam o exercício da discricionariedade.

Partimos do princípio de que, para compreender as políticas públicas, devemos observar o processo de implementação enquanto dinâmica de interações entre os usuários e os implementadores que, por meio de valores, crenças e idéias, transformam o modo como as políticas foram concebidas. Assim, buscamos observar os detalhes do processo de implementação, para compreender como opera e quais os resultados das decisões organizacionais e individuais para a efetivação da política pública.

Utilizamos como objeto de estudo os agentes comunitários de saúde, profissionais do Programa Saúde da Família responsáveis por implementar parte considerável do programa nos domicílios dos usuários. Estes agentes têm a particularidade de serem burocratas de nível de rua, mas, ao mesmo tempo, recrutados dentro da comunidade onde atuarão. Possuem, portanto, uma vinculação dupla: ao Estado e à comunidade.

A partir do acompanhamento etnográfico de 24 ACS de três unidades básicas de saúde, buscamos compreender sua atuação de fato – ou seja, o que realizam além das normas estabelecidas para a implementação. Consideramos que a implementação pode ser observada a partir de dois elementos: as práticas realizadas pelos burocratas e os estilos de interação que determinam como eles se relacionam com os usuários. Assim, fizemos um levantamento de todas as práticas e os estilos de interação, comparando sua incidência e seu uso nas unidades básicas estudadas e entre os agentes comunitários acompanhados. Pudemos perceber que há um espaço grande para o exercício da discricionariedade na implementação, na medida em que há variabilidade considerável entre as práticas desenvolvidas e também entre os estilos acionados.

Em seguida, buscamos compreender os fatores que podem influenciar a determinação das práticas e dos estilos de interação e, portanto, o exercício da discricionariedade.

Primeiramente, consideramos os fatores organizacionais e observamos como se opera a organização do PSF em cada uma das UBS estudadas. Pudemos perceber que há características muito diferentes em cada unidade, que se refletem em operações diversas e regras diferentes. Também vimos que parte destas diferenças é explicada pela ambiguidade da

própria legislação e outra parte pela interpretação e adaptação realizadas por vários atores ao longo da cadeia entre formulação e implementação. Assim, pudemos notar que, a partir dessas interpretações, adaptações e transformações, cada unidade básica constrói um contexto específico para a atuação dos ACS, que, por sua vez, constrange (de forma mais forte ou menos forte) o exercício da discricionariedade.

Em segundo lugar, consideramos os fatores relacionais e de perfil de afiliação dos agentes. Levantamos características individuais, como idade, formação, religião, vivência comunitária, etc, e as redes sociais dos agentes comunitários. Pudemos ver que cada unidade básica privilegiou um perfil diferente de ACS. Também percebemos que o programa tem impactos consideráveis nas redes sociais dos ACS – especialmente no tamanho das redes, tipo de vínculos que criam e na sobreposição dos mesmos. Assim, percebemos que o Programa impacta as redes e, por sua vez, também pudemos constatar que as redes sociais impactam a forma como os ACS atuam.

Ao cruzar os fatores organizacionais e os relacionais com as práticas e os estilos, evidenciamos elementos interessantes sobre como estes processos operam. Em primeiro lugar, pudemos perceber que as questões organizacionais têm um impacto direto e forte nas práticas desenvolvidas pelos ACS. As características de cada organização acabam influenciando e criando situações específicas que determinam o tipo e a variabilidade das práticas, de forma que, dependendo de como o trabalho é organizado, os ACS atuam de maneira diferente.

Neste sentido, um dos achados é de que, quando as unidades têm mais controle, mais regras, equipes integradas e acompanhamento próximo dos ACS, há menos espaço para o exercício da discricionariedade com relação às práticas e, inclusive, para atuação ilegal. Ao contrário, se o gerenciamento da unidade não é próximo, integrado ou regulamentado, os ACS acabam tendo muita variabilidade nas práticas estabelecidas, o que faz com que sejam implementadas ações muito diversas e, por vezes, ilegais.

Os fatores organizacionais, no entanto, tiveram pouca influência sobre o uso de estilos. Como pudemos ver, os estilos variam pouco em consonância com as questões gerenciais ou de organização de trabalho. Assim, os fatores organizacionais acabam sendo determinantes para o estabelecimento do que os ACS fazem (práticas), mas pouco determinantes na interação (estilos).

Com relação aos fatores relacionais e de perfil de afiliação, encontramos uma situação contrária. Pudemos ver que eles têm uma incidência forte nos estilos utilizados pelos ACS,

mas pouca incidência nas práticas realizadas. Vimos que os ACS com mais vivências comunitárias, com redes mais sobrepostas e com mais tempo de serviço têm maior habilidade de usar referências, de traduzir a linguagem e de, portanto, promover interações mais locais e próximas aos usuários. O contrário acontece com ACS com menos vivência comunitária ou relações com a comunidade, que acabam tendo menos habilidades para utilizarem estes estilos de interação.

Pudemos ver, portanto, que algumas características e perfis devem ser levados em conta na seleção dos ACS, para que eles possam promover interações mais próximas e condizentes com o que se espera deles. Ao mesmo tempo, algumas características organizacionais também devem ser consideradas, para garantir que a política seja implementada de forma mais homogênea e legal.

Cabe agora fazermos algumas análises gerais e reflexões sobre as questões observadas nesta pesquisa. Uma das questões que fica por trás deste trabalho é a respeito das consequências da atuação dos ACS no processo de implementação, considerando o exercício da discricionariedade, ou seja, se práticas diferentes ou estilos diferentes têm resultados muito diversos na política pública.

Para responder a esta questão teríamos de realizar um minucioso trabalho de análise epidemiológica que nos permitisse comparar os indicadores e verificar o quanto a diferença dos trabalhos suscitou diferentes resultados. No entanto, sabemos da multiplicidade de elementos que podem impactar a mudança de indicadores de saúde e a dificuldade de segmentar ou isolar a análise ou de considerar o resultado apenas daqueles efeitos que buscamos observar, no caso, o trabalho dos agentes. Entendemos que esta questão teria demandado outro padrão de pesquisa, um recorte e metodologias diferentes e que não teríamos fôlego para levar adiante em conjunto com o trabalho aqui realizado. Assim, decidimos que não seria objeto deste trabalho analisar o impacto destas diferenças de processos de implementação nos resultados efetivos da saúde.

No entanto, para também não deixarmos a questão completamente de lado, analisaremos algumas consequências que estas diferentes formas de implementação podem gerar – não em termos de impacto efetivo em indicadores, mas de forma mais qualitativa. Este capítulo explora essas consequências, de forma apenas incipiente. Ao sistematizarmos a pesquisa, apresentando algumas conclusões, buscaremos, nas próximas páginas, organizar algumas consequências (esperadas ou não) que pudemos levantar a partir desta tese.

Organizamos essas sínteses e análises de consequências em três eixos: 1) as consequências do trabalho dos ACS sobre o processo de mediação e de acesso a políticas públicas; 2) as consequências deste trabalho para repensar o Programa e a atuação dos ACS e 3) as consequências (mais questões do que respostas) que esta pesquisa suscita no campo de análise de políticas públicas.

OS ACS NA MEDIAÇÃO E ACESSO ÀS POLÍTICAS

Como já dissemos em capítulos anteriores, um dos enfoques usados pela literatura para analisar o trabalho dos ACS é observar como eles promovem mediação entre o Estado e os usuários do serviço. Ao longo desta pesquisa, reforçamos diversas vezes o argumento de que, de fato, os agentes conseguem operar essa mediação por meio do uso do que chamamos de estilos de interação. Demonstramos também que o uso destes estilos não é comum, constante e igual por parte de todos os ACS, mas que eles decorrem principalmente de aspectos relacionais, e de afiliação organizacionais que têm efeito sobre as habilidades sociais dos agentes.

No entanto, sabemos também que, para que um processo de mediação se efetive, é importante que não apenas os burocratas de rua promovam mediação, mas que os usuários do serviço a percebam e possam utilizá-la.

Assim, a fim de constatar se o processo de mediação se efetiva e se significa de fato maior acesso às políticas, decidimos verificar como os usuários percebem o serviço dos agentes comunitários, levantando com eles alguns aspectos qualitativos que pudessem trazer à tona elementos de resultado do processo de implementação. Entrevistamos, então, oito moradores da UBS de São Paulo, questionando-lhes sobre quais os impactos que o Programa tinha lhes causado em termos de acesso e relacionais¹⁸.

Vale ressaltar aqui que não consideramos que esta pesquisa nos dê elementos para generalizar quaisquer conclusões, mas teve sim, como objetivo, apresentar alguns aspectos interessantes sobre os resultados das ações.

¹⁸ As entrevistas foram realizadas nas proximidades da Unidade Básica de Saúde com usuários que estavam acessando o serviço. Foram escolhidos entrevistados que tivessem características diferentes em termos de idade e gênero. Ressaltamos que, por ser pesquisa qualitativa, não nos preocupamos em conduzir um teste com amostra representativa.

Em primeiro lugar, os usuários confirmam a ideia de que o trabalho dos ACS é presente e constante em seu cotidiano, afirmando receberem sua visita regularmente, sendo que alguns apontam visitas mensais e outros com maior frequência. Há, portanto, na visão destes usuários, uma continuidade nos serviços prestados pelos ACS.

Observamos também quais os serviços que os usuários identificam que os ACS realizam nas visitas. Para eles, entre os serviços prestados estão: marcação de consulta, perguntas sobre o estado de saúde de todas as pessoas da família, entrega de receitas e de remédios, realização de campanhas, orientação e encaminhamento para saúde e controle sobre receitas e remédios. Em parte, estes serviços são a representação que os usuários têm do trabalho dos ACS que, por sua vez, estão ali atuando enquanto representantes do Estado (LIPSKY, 1980). De qualquer maneira, essa percepção aponta positivamente a ideia de que os ACS conseguem levar serviços de saúde para os domicílios dos usuários e conseguem fazer o Estado estar presente.

Para compreender como os usuários entendiam a capacidade de os ACS resolverem suas demandas, questionamos também sobre quais os pedidos que costumam fazer para os ACS e que são respondidos. Os entrevistados indicaram ações como: marcação de consultas, orientações, visita de médico ou enfermeira, informações sobre grupos, informações sobre Bolsa Família, entrega de exames etc. Os usuários também afirmaram demandar aos ACS outras informações durante as visitas, especialmente: informações sobre emprego, sobre a vizinhança, entre outros.

Retomando a ideia de que os burocratas de rua tornam-se a representação do Estado (LIPSKY, 1980), os elementos acima nos mostram que alguns serviços do Estado são de fato percebidos e demandados pelos usuários no contato com os agentes implementadores. Como podemos ver, o processo de implementação percebido pelos usuários acaba permeado não apenas por questões profissionais (de fato obrigação dos ACS), mas também por informações além da profissão e da própria saúde.

Outro elemento importante para compreender o processo de mediação, segundo a perspectiva dos usuários, é como eles enxergam a presença (ou não) dos agentes comunitários em sua rede social. Questionamos se os usuários tinham conhecimento prévio dos ACS e todos os entrevistados apontaram conhecer os ACS anteriormente ao Programa, indicando vínculos relacionais de amizade, vizinhança ou familiares. Vimos em capítulo anterior que boa parte dos vínculos dos agentes comunitários é sobreposta entre vínculos pessoais e

profissionais. É interessante comprovar isso com os próprios usuários, que também confirmam a existência e a percepção da sobreposição de vínculos.

Isso também é reforçado na medida em que os usuários afirmam encontrar regularmente os ACS em outros locais, como nas ruas, mercado, a padaria, em casa, em momentos de lazer etc. Na medida em que essa sobreposição é evidente e constante também para os usuários, a permeabilidade entre Estado e sociedade e a interação entre ambos torna-se uma porta de acesso aos usuários, que se sentem mais abertos a dialogar com os ACS.

O elemento da confiança também aparece como resultado da sobreposição de vínculos entre os ACS e os usuários. Isso se demonstra quando usuários afirmam, por exemplo, “pode deixar que chegando lá no posto A (ACS) ajeita tudo pra gente”; ou “Tenho muito espaço para desabafar com minha Agente de Saúde, e sempre vou na casa dela.”

Com relação às melhorias na saúde, decorrentes do trabalho dos ACS, os usuários apontam como alguns dos impactos: melhoria do acesso a informações; maior facilidade para marcação de consultas; ACS avisam quando tem médico; melhor orientação sobre serviços de saúde; a UBS ficou mais pessoal; “a gente sabe que tem alguém para ajudar se precisar”.

Ainda a respeito do impacto do Programa percebido pelas famílias, em pesquisas anteriores (LOTTA, 2006), observamos que a comunidade tem a visão de que o ACS pertence, ao mesmo tempo, ao poder público – embora além de profissionais da saúde – para quem se pode solicitar serviços e informações e é pertencente à comunidade, de forma que são estabelecidas com ele relações de proximidade e de confiança. O trabalho do ACS é, portanto, reconhecido, de forma geral, pelos usuários, como pertencente a seu cotidiano e às dinâmicas locais, com reconhecimento mútuo das múltiplas relações e pertencimentos dos usuários com os ACS.

Um dos elementos que nos indica os impactos e resultados da atuação dos ACS é a forma como constroem e estabelecem os processos de mediação. Como demonstramos, ao observar a prática e interação dos ACS como agentes de implementação, podemos perceber que eles realizam uma transição entre a vida comunitária e a vida burocrática na hora de criarem e utilizarem seus saberes. A partir dos estilos de interação, os ACS constroem formas específicas de colocar em prática as ações a eles delegadas.

Conforme mostramos, apesar de as práticas terem certa regularidade determinada por questões organizacionais e de contexto, a forma como os ACS se comunicam com os usuários varia consideravelmente, de forma que levam a cabo processos de implementação bastante

diversos e específicos. Alguns destes processos, através do uso de estilos de interação, permitem que os ACS legitimem suas práticas e, ao mesmo tempo, estabeleçam um elo ou uma ponte entre usuários e Estado, facilitando o diálogo e a troca de saberes e de conhecimentos. Isso é comprovado ainda pela análise das redes sociais dos ACS, onde há muita sobreposição de vínculos.

Assim, a partir dos estilos de interação, a atuação dos ACS dá-se diretamente ligada ao cotidiano, já que eles fazem parte das dinâmicas locais, compreendem as relações e, inclusive, estão inseridos nelas. Conseguem, portanto, utilizar saberes adquiridos por conviverem com este cotidiano e trazer novas reflexões adquiridas em sua formação e em suas relações com os profissionais da saúde.

Tal fato pode ser visto, por exemplo, quando os Agentes desempenham uma função de tradução ou uma função didática, tornando os conhecimentos mais acessíveis para a comunidade e para os profissionais de saúde, o que reforça a ideia de que eles se tornam mediadores no sentido mais comunicacional (MISCHE, 2007).

Pensando ainda na função de mediação, na medida em que a prática destes agentes impacta diretamente a vida dos usuários, os agentes passam a ter capacidade de tomarem decisões redistributivas e alocativas, ao determinarem a elegibilidade dos beneficiários dos serviços. Ou seja: tomam decisões que afetam diretamente as chances e oportunidades de vida dos indivíduos, o que tem consequências na forma como são recebidos pelos cidadãos e nas expectativas que as pessoas criam sobre seus trabalhos (LIPSKY, 1981).

Nessa mediação, os ACS conectam o mundo do Estado ao mundo da comunidade, pois, de um lado, possuem ambas as linguagens que possibilitam um diálogo e, de outro, conhecem os cotidianos das pessoas, possibilitando inserir as práticas da saúde nestes cotidianos.

As atribuições dadas aos ACS pelo poder público possibilitam uma mediação em duas direções: ao mesmo tempo em que transmitem informações e cuidam da saúde da população a partir do sistema médico oficial, conseguem trazer para a política pública alguns elementos do cotidiano e da vida das pessoas, permitindo que as políticas sejam estabelecidas de acordo com as necessidades, demandas e vivências locais.

A partir destas conexões, os ACS realizam um papel de mediação, em que funcionam como elo ou ponte (como inclusive é afirmado por diversas pessoas envolvidas com o trabalho) entre a comunidade e a política pública. É a partir desta perspectiva que podemos

ver que a ação dos Agentes enquanto mediadores permite estabelecer ações e relações que vão além das práticas da saúde, trabalhando a partir das referências de direitos, educação, mobilização, entre outras. Por estarem inseridos na comunidade e criarem uma conexão com o Estado, os Agentes Comunitários de Saúde garantem que as políticas de saúde não se restrinjam à ideia da saúde como cura de doenças, mas sim, que a promoção de saúde esteja ligada à promoção de ambientes e situações melhores para as pessoas.

Ao mesmo tempo, o processo de mediação promovido pelos ACS pode ser visto tanto em termos comunicacionais – como vimos com o uso dos estilos de interação - como estruturais ou relacionais – comprovado pelas redes sociais dos ACS. Dessa forma, a ação e a posição relacional dos Agentes enquanto mediadores permite que as políticas de saúde não se restrinjam apenas à ideia da saúde como cura de doenças, mas também que a promoção de saúde esteja ligada à promoção de ambientes e situações melhores para as pessoas e à ampliação do acesso à informação entre os moradores das comunidades que, muitas vezes, constituem benefícios ou serviços oferecidos pelo poder público.

Geram-se, portanto, a partir da atuação dos Agentes, distintas consequências para as políticas públicas e para as dinâmicas locais. Em relação às políticas públicas, na medida em que são implementadas dialogando com as necessidades e com a realidade dos territórios, garantem melhores resultados, já que as pessoas se apropriam do conteúdo das políticas como parte de seu cotidiano. Além disso, a atuação dos Agentes Comunitários permite que as próprias dinâmicas se apropriem das práticas, aumentando a aceitação e o envolvimento da população com algo que reconhece como legítimo e benéfico para si.

A ação destes ACS permite uma inserção do Estado para dentro das redes relacionais locais. Voltando às ideias de Lipsky (1980) sobre o poder alocativo dos burocratas de rua, a inserção destas práticas nas redes sociais locais permite -lhes escolher os recursos que levarão para ambos “os mundos” e constroem as dinâmicas de mediação desses recursos, tornando, portanto, mais permeável, ou “mais próxima”, a fronteira entre Estado e sociedade. Ao aproximar o estado e a sociedade, os ACS acabam facilitando o acesso da população ao Estado e, portanto, promovendo inclusão.

Diversas pesquisas sobre inclusão e redução da pobreza dão destaque não apenas para as desvantagens categóricas que estes grupos excluídos apresentam, mas também para aspectos relacionais que podem potencializar ou diminuir sua exclusão. Para esta literatura, as redes sociais tornam-se elementos importantes na promoção de inclusão das pessoas – em

termos de produção de identidades, sensações de pertencimento, integração social e redução de isolamento (MARQUES, 2007). Como vimos nestas pesquisas, as próprias redes sociais destes burocratas implementadores servem como forma de diminuir o isolamento das comunidades, na medida em que os burocratas são moradores dali e, ao mesmo tempo, têm acesso ao Estado e a profissionais de fora.

A literatura sobre a inclusão também demonstra que o Estado, as políticas públicas e os burocratas podem agir de maneira a gerarem efeitos sobre a forma como estes indivíduos se conectam e acessam seus direitos. A ideia que permeia estes estudos é de que a interação realizada entre o Estado e os usuários durante a implementação pode gerar estilos que facilitem ou não o acesso aos direitos e aos serviços públicos (BICHIR, 2008; LIPSKY, 1980; TORRES, 2005; LOTTA e PAVEZ, 2009). Ou seja, estes burocratas implementadores são entendidos como o elo da cadeia que une o Estado às comunidades, de maneira que são o canal de acesso mais direto que permite levar e trazer informações, gerando a integração e a permeabilidade entre estes mundos. É a ideia da interação heterofílica que pode trazer novos elementos, informações e recursos aos grupos excluídos (GRANOVETTER, 1973), ou a ideia de buracos estruturais e dos indivíduos que ocupam posições estratégicas para diminuir a segregação (BURT, 1992; LIN, 2001).

Vimos pela atuação dos ACS que, no processo de implementação de políticas públicas, dependendo do perfil e da atuação, estes burocratas acabam ocupando esta posição de conectar os grupos segregados e excluídos a outros grupos, a informações, a recursos e a serviços. Neste sentido, promovem uma mediação tanto dinâmica – através dos estilos de interação – como estrutural – por suas redes sociais envolvendo pessoas de dentro e de fora das comunidades.

Reiteramos, portanto, os achados de Salum (1999), Pavez (2006), Kushnir (2005), Lotta e Pavez (2009), que demonstraram que a ação de um programa social pode influenciar os vínculos de indivíduos pertencentes a grupos de baixa renda e que moram em áreas segregadas, tanto no fortalecimento de vínculos entre indivíduos da comunidade, quanto na criação de vínculos com indivíduos pertencentes a outros grupos sociais..

Os ACS, como vimos, distribuem informações, usam estilos de difusão, traduzem a linguagem e conectam usuários e serviços, mudando as configurações relacionais e promovendo acesso. Ao longo do exercício de sua profissão, a partir da constituição relacional que vão desenvolvendo, os agentes criam estilos e dinâmicas que possibilitam

adaptar as políticas. Ao mesmo tempo, estes burocratas conectam as políticas públicas às comunidades, uma vez que, por um lado, possuem ambas as linguagens que possibilitam um diálogo e, por outro, conhecem os cotidianos das pessoas, possibilitando inserir as práticas da saúde nestes cotidianos.

Estas práticas e estruturas relacionais possibilitam aos ACS construir políticas mais adaptáveis às realidades locais que, por sua vez, transformam as fronteiras do Estado e da sociedade, gerando permeabilidade.

Além da permeabilidade, estes agentes promovem conexão dos grupos segregados a outros grupos, trazendo e levando informações e recursos, potencializando relações heterofílicas e, portanto, permitindo mais acesso.

Assim, a permeabilidade do Estado, em conjunto com as relações criadas com outros grupos sociais e outras esferas, cria situações específicas para que as políticas públicas permitam aumento de inclusão social, mudança das relações entre estados e sociedade e políticas públicas mais permeadas das características locais.

Como vimos analisando a atuação dos ACS, eles conseguem estabelecer uma ponte entre o Estado e a sociedade, tornando as informações mais permeáveis para ambos os lados, ao mesmo tempo em que atuam com práticas de mobilização e disseminação de direitos para a população.

Dessa forma, este processo tem impacto relevante na inclusão e redução da pobreza, já que os ACS permitem à população acessar os serviços para os quais estavam anteriormente excluídos.

CONSEQUÊNCIAS PARA PENSAR O PSF

Como acabamos de ver, a atuação dos ACS enquanto mediadores que conectam o mundo do Estado aos usuários, pode ter consequências positivas em termos de acesso e inclusão. No entanto, vimos, ao longo deste trabalho, que a mediação e promoção do acesso não é universal e igual entre todos os ACS, mas que demanda habilidades sociais específicas e condições organizacionais que lhes possibilitem exercer a mediação.

Iremos agora retomar algumas análises feitas ao longo do trabalho, para repensar o PSF e a atuação dos ACS a partir das evidências encontradas. Uma primeira discussão a

respeito do trabalho dos agentes, que se reflete também em toda a discussão a respeito da burocracia em nível de rua, é sobre a discricionariedade, especialmente a autonomia ou o controle. A discussão que está por trás disso, já apresentada na síntese da literatura, é da legitimidade que a burocracia teria (ou não) de agir com autonomia, adaptando as políticas e as ações independentemente da maneira como foram formuladas.

A literatura aponta alguns elementos da própria implementação, que influenciam essa capacidade de adaptação das burocracias, como: a falta de clareza nos objetivos das políticas, as regras ambíguas ou mal formuladas, o alto número de agentes governamentais ou de organizações envolvidas na implementação, as diferenças de valores, os conflitos vivenciados pelos próprios implementadores, entre outros (PRESSMAN e WILDAVSKY, 1984; GUNN, 1978; SABATIER e MAZMANIAN, 1979; LIPSKY, 1980). Como vimos ao longo desta pesquisa, o próprio desenho institucional da cadeia entre formulação e implementação do PSF leva a que todos esses elementos se efetivem.

Vimos o grande número de atores que circulam entre a formulação, em nível federal, e a implementação, que passa por diversos níveis nos municípios. Vimos também como as regras genéricas e, por vezes, ambíguas, permitem adaptações dessa ampla cadeia – que, por seu lado, se reflete na própria diferença de operações e funcionamento das UBS. Vimos como o perfil de gestão dos agentes implementadores é variado, permitindo-lhes maior ou menor autonomia em sua ação. E, a partir destes elementos, vimos como há espaço, efetivamente, para adaptações, mudanças e transformações do programa ao longo da cadeia entre formulação e implementação.

Uma das conclusões da pesquisa foi de que o modelo de implementação do PSF segue o modelo de implementação experimental apontado por Matland (1995), no qual há alta ambiguidade e baixo conflito. Neste modelo, refletido no caso do PSF, as condições do contexto são altamente determinantes e os resultados da implementação dependem dos recursos e dos atores envolvidos na microimplementação. Neste sentido, a arena de implementação comporta diversas pessoas, valores e referências e, portanto, está sujeita a essas adaptações. Assim, o próprio trabalho dos agentes implementadores em um contexto de implementação experimental acaba tendo grande capacidade de influenciar e exercer a discricionariedade sobre as políticas públicas.

Em consonância com essa ideia, analisamos a atuação dos agentes comunitários de saúde que, permeados dessas adaptações e do contexto organizacional onde atuarão, possuem maior ou menor espaço para exercício da discricionariedade. Observamos esse exercício de

discrecionalidade a partir de dois elementos distintos, ambas partes do processo de implementação: as práticas e os estilos de interação.

As evidências mostraram-nos que as práticas são fortemente influenciadas pelos fatores organizacionais, ou seja, variam em consonância com a forma como a organização se estrutura, como os trabalhos são gerenciados e como as atividades dos ACS são controladas. As práticas são resultado de como as organizações moldam a capacidade de escolha dos burocratas implementadores, seja na distribuição (ou não) de recursos, ou no sistema de punição e incentivos a práticas específicas, que determinam o que se pode ou não fazer. Assim, de forma geral, vimos que as Unidades Básicas mais estruturadas tendem a ter menos exercício de discrecionalidade individual sobre as práticas que são, ou não, exercidas.

Mas vimos também que mesmo essas práticas sendo mais homogêneas, ainda assim há espaço para o exercício da discrecionalidade em nível micro – especialmente porque elas ocorrem dentro dos domicílios dos usuários e longe do olhar das equipes. Essa discrecionalidade, no entanto, é menos variante ou menos impactante que a diferença de práticas exercidas.

Esta constatação é relevante, pois, quando tratamos da discrecionalidade de práticas, estamos abordando a forma como os burocratas atuam, o que exercem e realizam nos domicílios. A discrecionalidade excessiva das práticas pode significar o exercício de ações ilegais ou mesmo danosas para os usuários (especialmente em se tratando de políticas de saúde) e, na medida em que essas práticas – regulamentadas ou não – são exercidas pelos ACS, elas se tornam a ação do Estado (LIPSKY, 1980).

Apenas como um relato do risco relativo à variação de práticas, pudemos presenciar diversas situações em que os ACS realizavam “atos médicos”, como: diagnosticar, receitar medicamento, realizar curativos, verificar (e dar interpretações) de exames etc. Reforçamos novamente que, em locais onde os trabalhos dos ACS eram mais sistematizados (organizados, acompanhados pelas equipes etc), menor incidência de práticas deste tipo foram vistas. Assim, o próprio controle sobre as práticas pode significar uma garantia de que o Estado está agindo legalmente e, especialmente, de acordo com os padrões de ação da saúde determinados pelo Ministério da Saúde ou por instituições internacionais.

Analisando os estilos de interação, vimos um processo oposto ao das práticas, já que eles são menos influenciados por questões institucionais ou organizacionais; por sua vez, são mais sujeitos à influência dos indivíduos (e de suas redes, perfis de afiliação e características

individuais). Vimos como os estilos são importantes para compreendermos a capacidade de mediação e de adaptação das interações que os burocratas de rua exercem.

Para compreender a variabilidade dos estilos de interação, vimos que a ideia de habilidades sociais é importante, já que o pertencimento a múltiplos grupos e esferas, bem como a variabilidade nas redes sociais, impacta a capacidade de os agentes acessarem e adotarem diferentes estilos no processo de interação. Essas habilidades se refletem também na capacidade que os agentes têm de transitar entre seus pertencimentos, variando a forma de comunicação e de identidades típicas de cada afiliação.

Pudemos ver também nesta pesquisa que o próprio desenvolvimento das habilidades sociais para implementação depende de elementos relacionais e pessoais dos burocratas implementadores. Neste sentido, levantamos diversas características relacionais e individuais que podem ajudar, ou limitar, a capacidade de adaptação e de interação dos agentes comunitários.

Concluimos, por exemplo, que, quanto mais afiliações e variabilidade nas redes sociais os ACS possuem, maior sua capacidade de utilizar estilos de interação que adaptem e contextualizem as políticas ao cotidiano dos usuários. Por outro lado, vimos que, caso os ACS exerçam apenas atividades burocráticas dentro das UBS, menor a habilidade social deles e, em consequência, exercem menos atividades de mediação.

Vimos também que a discricionariedade sobre os estilos de interação são positivos para a implementação de políticas públicas, na medida em que, a partir de seu uso, os ACS podem contextualizar as ações, tornando-as mais próximas dos usuários e construindo diálogos que tenham mais legitimidade e surtam efeito. Assim, ao contrário da discricionariedade das práticas que pode levar a uma atuação ilegal, vimos que a discricionariedade nos estilos é ponto essencial para que a mediação se efetive, para aproximar as políticas de saúde da vida comunitária e para que o PSF opere como foi desenhado.

Considerando essas análises sobre a discricionariedade nas práticas e nos estilos de interação, podemos obter alguns aprendizados importantes para o próprio desenho do PSF e da atuação dos agentes comunitários de saúde.

Um elemento importante é o perfil de ACS a serem admitidos pelo programa. Vimos que a seleção é um elemento essencial para definir que tipo de agente comunitário desejamos, para implementar as políticas do PSF.

Neste sentido, observamos que, quanto mais afiliações, pertencimento comunitário e experiência em movimentos e associações os ACS tiverem, maior a capacidade em exercer atividades de mobilização comunitária, traduzir as políticas, usar linguagem local e promover mediação. Vimos também que contribui para essa capacidade de fazer referências, mobilização e tradução o fato de os agentes terem nascido na comunidade (e, portanto, terem envolvimento de longo período ali) e terem afiliações dentro da comunidade, com vínculos relacionais locais.

Todos estes elementos são importantes para a construção de repertório comunitário dos ACS, ou seja, para que se apropriem das referências, linguagens e dinâmicas locais e para que as utilizem no processo de implementação.

A sobreposição nas redes sociais também é um fator importante para a construção de habilidade social dos ACS, especialmente para poderem exercer triangulação, que significa efetivar mediação entre o Estado e os usuários. Vimos, por sua vez, que a sobreposição é decorrente do tempo de moradia no bairro e também do tempo de exercício da profissão, que permitem estabelecimento de múltiplos vínculos.

Neste sentido, o recrutamento dos ACS tenderia a ser menos técnico e mais voltado ao perfil de afiliações dos agentes, como, inclusive, era privilegiado antigamente em alguns municípios e ainda o é no caso de Sobral. Ou seja, um processo seletivo que privilegiasse pessoas com envolvimento comunitário, muito tempo de moradia no bairro e vivência em associações ou organizações, tenderia a selecionar agentes que exercem mediação e que adaptam e contextualizam as políticas para a vivência comunitária.

Por outro lado, se o perfil desejado for mais técnico, ou seja, de profissionais que reproduzam o discurso técnico-científico, então devem ser privilegiadas pessoas que não tenham vínculos comunitários fortes, com menor tempo de moradia nos bairros e com menor vivência em associações. Além disso, a prioridade ao exercício de práticas dentro das UBS também tem impacto positivo na construção de estilos mais técnicos.

No entanto, aqui vale uma ressalva ao perfil mais técnico. Temos visto que, em experiências onde se privilegia uma atuação mais técnica dos agentes, a consequência é de uma sobreposição de funções entre eles e os auxiliares de enfermagem, havendo conflitos de interesse e de escopo de atuação. Por outro lado, em locais onde a atuação é puramente comunitária, sem o uso de elementos mais técnicos na atuação dos ACS, menor a capacidade

de eles se integrarem às equipes e, efetivamente, estabelecerem o elo e a ponte entre a política e os usuários.

Também pudemos ver que a formação dada aos ACS tem impacto forte sobre as habilidades sociais. Vimos que, ao selecionar agentes com perfil mais comunitário e dar-lhes formação técnica, acabam tendo maior capacidade de traduzir as políticas, ou seja, eles conseguem utilizar mais estilos de tradução que mudem a linguagem técnica para a local e vice-versa. Embora a ideia pareça contraditória, o mecanismo presente aqui é de que, para poderem traduzir, os ACS precisam conseguir dominar o discurso técnico científico, e deixam de reproduzi-lo simplesmente, adaptando-o para a linguagem local. Assim, investir em formação técnica de agentes e manter os mesmos agentes ao longo do tempo tem um impacto positivo na própria capacidade de eles atuarem, traduzindo e usando linguagem local.

O tempo de exercício da profissão tem o mesmo efeito sobre a capacidade de tradução, ou seja, quanto mais tempo de trabalho, mais desenvolvem habilidades para traduzir. Vimos também que o tempo de serviço opera positivamente em diversos elementos, especialmente na capacidade de mobilização social, de exercer prevenção e promoção da saúde e de fazer referências. É como se, ao longo do tempo de exercício profissional, os ACS fossem se apropriando dos elementos técnicos, aprendendo seu escopo de atuação e, cada vez mais, deixando de reproduzir o discurso escutado, para criar seu próprio discurso – o de mediação, contextualização e adaptação das políticas para o cotidiano comunitário.

Por fim, vimos que as práticas também variam em função dos aspectos organizacionais, já mencionados aqui, do tempo de exercício da profissão e da formação que os ACS possuem. Vimos que, quanto mais controlado for o trabalho dos ACS, menos espaço para exercício da discricionariedade eles possuem – o que significa menor margem para exercerem atos ilegais na saúde. O controle ao trabalho significa controle de horários, reuniões periódicas, equipes integradas, informações bem coletadas, organizadas e gerenciadas e funções bem repartidas e estabelecidas. Todos esses fatores operam positivamente para diminuir a individualidade sobre as ações e aumentar a homogeneidade entre as práticas desenvolvidas pelos ACS.

O tempo de serviço e o investimento em formação (seja ela de cursos ou na equipe) também operam positivamente no sentido de homogeneizar e estabilizar as práticas desempenhadas pelos ACS. Vale ressaltar que não constatamos que as redes sociais ou perfil de afiliação têm impacto direto sobre a heterogeneidade das práticas, ou seja, não constatamos que ACS com perfil mais comunitário realizam ações menos formalizadas ou técnicas. Na

medida em que há condições organizacionais e formação, os ACS com perfil mais comunitário atuam da mesma maneira que aqueles com menos vivências comunitárias.

Com relação à homogeneidade, reiteramos que homogeneizar as práticas é essencial para garantir legalidade das políticas de saúde. Já com relação aos estilos de interação, entendemos que sua heterogeneidade é condição essencial para que o ACS atue de forma comunitária, de fato, e que sirva de elo entre o estado e os usuários.

CONSEQUÊNCIAS PARA PENSAR A ANÁLISE DE POLÍTICAS

Com relação à literatura de análise de políticas públicas, esta pesquisa buscou complexificar o olhar para as políticas, incorporando os detalhes e o olhar para o nível micro, para entender o processo de implementação. Partimos da ideia de que as políticas formuladas efetivamente mudam ao longo da cadeia entre formulação e implementação, mas que essa mudança, longe de ser um erro, faz parte do processo e que, para compreendermos as políticas públicas, deveríamos observar esses processos e compreender os detalhes que operam sobre ele.

Consideramos que, 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.

A partir da análise de dados reais do micro processo de implementação, este trabalho buscou uma nova perspectiva de análise da implementação das políticas públicas, que conseguisse compreender como os agentes implementadores exercem sua discricionariedade, como se estabelece a interação, integrando outros atores às análises. Buscamos então um olhar para a implementação, que permitisse entendê-la como um processo dinâmico e que vai além das decisões tomadas pelos formuladores ou por atores individuais nas políticas.

Incorporamos também no olhar para o exercício da discricionariedade dois componentes importantes: 1) a análise das práticas desempenhadas pelos implementadores que, em contraste com as atribuições a eles destinadas, levam-nos a observar como e em que intensidade eles exercem suas escolhas que impactam a forma em que desempenham as

atividades; 2) o olhar aos processos de interação, demonstrando que o levantamento de estilos de interação 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 os usuários

Incorporamos também um elemento diferente na análise dos agentes de nível de rua, observando agentes que também pertencem às comunidades onde trabalham. Este objeto de análise trouxe à tona a questão dos agentes implementadores que constroem pontes relacionais justamente por viverem nas comunidades em que implementam as ações. Assim, a partir desse olhar, avançamos na discussão sobre a discricionariedade desses atores e, principalmente, como constroem suas ações.

Também buscamos trazer avanços em termos de metodologia dos estudos de implementação, propondo uma análise combinada das redes sociais e as dinâmicas de interação. Assim, ao nos atentarmos para os vínculos destes agentes implementadores e para os estilos de interação que utilizam em sua prática, avançamos no sentido de identificar características do padrão relacional e a da dinâmica das interações, compreendendo como as complexidades cotidianas da implementação afetam seus resultados.

Concluimos, então, que a análise da atuação destes agentes de implementação demonstra que a prática das políticas públicas varia de acordo com fatores relacionados ao cotidiano de sua implementação. As interações dos agentes com os usuários e suas relações e vivências trazem novas formas e dinâmicas para dentro das políticas, que se transformam diretamente na implementação.

Sabemos que a busca por entender as políticas de forma mais complexa é apenas incipiente neste trabalho e que outras análises e pesquisas devem ser conduzidas. Deixamos então aqui uma agenda de continuidade, com questões que não foram respondidas, ou o foram apenas de forma parcial, neste trabalho.

Em primeiro lugar, reconhecemos que a pesquisa abrangeu um número pequeno de casos, comparando-se com a realidade nacional. Como já mencionamos, há atualmente mais de 230 mil ACS em exercício, atuando em 80% dos municípios brasileiros. O estudo de três UBS e 24 ACS é, portanto, pequeno diante desta realidade, mas foi condizente com o fôlego necessário para a complexidade metodológica a que esta pesquisa assumiu. Assim, para podermos ter mais generalizações a respeito destes processos aqui descritos, é necessário

ampliar-se o número de casos estudados, com metodologias parecidas, para permitir comparações.

Também é necessário aumentar a variabilidade dos casos, especialmente dos contextos organizacionais, para se poder refletir sobre como as diferentes formas de organização impactam o processo de implementação. Reiteramos a relevância disto, considerando a importância do Programa no contexto nacional de saúde e, especialmente, por ser a principal ação de saúde pública voltada à atenção básica. Compreender como os municípios atuam, como as equipes se organizam, como os trabalhos são realizados tornam-se elementos centrais para compreender os resultados do próprio PSF.

Por fim, um trabalho essencial e que esta pesquisa não fez é o de avaliar o impacto dessas diferentes formas de implementação (práticas e interação) em termos de saúde. Como dissemos no início deste capítulo, seria relevante entender como o uso de práticas e estilos diferentes pode mudar o próprio resultado do programa em termos de mudança nos padrões de saúde da população. Sabemos da complexidade desses estudos, já que a própria epidemiologia é complexa e está ligada a diversos fatores. Mas reiteramos novamente que seria importante criar uma metodologia própria para isso, inclusive para podermos priorizar determinados tipos de atuação destes burocratas, considerando não apenas a mediação, mas também o impacto que causam em mudança de condições de saúde.

ANEXOS

ANEXO 1

Portaria 648

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). São elencadas as atribuições de cada profissional do PSF.

“Do Agente Comunitário de Saúde:

I - desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade;

II - trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a microárea;

III - estar em contato permanente com as famílias desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde e a prevenção das doenças, de acordo com o planejamento da equipe;

IV - cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados;

V - orientar famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;

VI - desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e de agravos, e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito daquelas em situação de risco;

VII - acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade, de acordo com as necessidades definidas pela equipe; e

VIII - cumprir com as atribuições atualmente definidas para os ACS em relação à prevenção e ao controle da malária e da dengue, conforme a Portaria nº 44/GM, de 3 de janeiro de 2002.

Nota: É permitido ao ACS desenvolver atividades nas unidades básicas de saúde, desde que vinculadas às atribuições acima.”

Lei 11.350/2006

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.

“Art. 3º O Agente Comunitário de Saúde tem como atribuição o exercício de atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob supervisão do gestor municipal, distrital, estadual ou federal.

Parágrafo único. São consideradas atividades do Agente Comunitário de Saúde, na sua área de atuação:

I - a utilização de instrumentos para diagnóstico demográfico e sócio-cultural da comunidade;

II - a promoção de ações de educação para a saúde individual e coletiva;

III - o registro, para fins exclusivos de controle e planejamento das ações de saúde, de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde;

IV - o estímulo à participação da comunidade nas políticas públicas voltadas para a área da saúde;

V - a realização de visitas domiciliares periódicas para monitoramento de situações de risco à família; e

VI - a participação em ações que fortaleçam os elos entre o setor saúde e outras políticas que promovam a qualidade de vida”.

Portaria 044/2002 do Ministério da Saúde

Determina as atribuições dos Agentes Comunitários de Saúde na prevenção da malária e controle da dengue. Elencamos abaixo apenas as ações voltadas para zona urbana, que é o caso dos ACS estudados aqui.

“Art. 1º Definir as atribuições do Agente Comunitário de Saúde – ACS - na prevenção e no controle da malária e da dengue.

Art. 2º Estabelecer as seguintes atribuições do ACS na prevenção e controle da malária:

I. em zona urbana:

- a) realizar ações de educação em saúde e de mobilização social;
- b) orientar o uso de medidas de proteção individual e coletiva;
- c) mobilizar a comunidade para desenvolver medidas simples de manejo ambiental para o controle de vetores;
- d) identificar sintomas da malária e encaminhar o paciente à unidade de saúde para diagnóstico e tratamento;
- e) promover o acompanhamento dos pacientes em tratamento, ressaltando a importância de sua conclusão;
- f) investigar a existência de casos na comunidade, a partir de sintomático;
- g) preencher e encaminhar à Secretaria Municipal de Saúde a ficha de notificação dos casos ocorridos.

Art. 3º Estabelecer as seguintes atribuições do ACS na prevenção e no controle da dengue:

- a) atuar junto aos domicílios informando os seus moradores sobre a doença - seus sintomas e riscos - e o agente transmissor;
- b) informar o morador sobre a importância da verificação da existência de larvas ou mosquitos transmissores da dengue na casa ou redondezas;

c) vistoriar os cômodos da casa, acompanhado pelo morador, para identificar locais de existência de larvas ou mosquito transmissor da dengue;

d) orientar a população sobre a forma de evitar e eliminar locais que possam oferecer risco para a formação de criadouros do *Aedes aegypti*;

e) promover reuniões com a comunidade para mobilizá-la para as ações de prevenção e controle da dengue;

f) comunicar ao instrutor supervisor do Pacs/PSF a existência de criadouros de larvas e ou mosquitos transmissor da dengue, que dependam de tratamento químico, da interveniência da vigilância sanitária ou de outras intervenções do poder público;

g) encaminhar os casos suspeitos de dengue à unidade de saúde mais próxima, de acordo com as orientações da Secretaria Municipal de Saúde”.

Competências do Técnico em Agente Comunitário de Saúde – segundo Referencial Curricular para Curso Técnico do Agente Comunitário de Saúde

“3.1 No âmbito da mobilização social, integração entre a população e as equipes de saúde e do planejamento das ações

Competências:

- Desenvolver ações que busquem a integração entre as equipes de saúde e a população adstrita à unidade básica de saúde, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividades.
- Realizar, em conjunto com a equipe, atividades de planejamento e avaliação das ações de saúde no âmbito de adstrição da unidade básica de saúde.
- Desenvolver ações de promoção social e de proteção e desenvolvimento da cidadania no âmbito social e da saúde.

3.2 No âmbito da promoção da saúde e prevenção de doenças, dirigidas a indivíduos, grupos específicos e a doenças prevalentes

Competências:

- Desenvolver, em equipe, ações de promoção da saúde visando a melhoria da qualidade de vida da população, a gestão social das políticas públicas de saúde e o exercício do controle da sociedade sobre o setor da saúde.
- Desenvolver ações de prevenção e monitoramento dirigidas a grupos específicos e a doenças prevalentes, conforme definido no plano de ação da equipe de saúde e nos protocolos de saúde pública.

3.3 - No âmbito da promoção, prevenção e monitoramento das situações de risco ambiental e sanitário

Competência:

- Desenvolver ações de prevenção e monitoramento dirigidas às situações de risco ambiental e sanitário para a população, conforme plano de ação da equipe de saúde”.

ANEXO 2

Tabela 32: Percentual de ACS que realizam cada tipo de Prática

AÇÕES EM VISITAS DOMICILIARES	Sobral	Taboão	São Paulo	Média
PERGUNTAS SOBRE CONDIÇÕES DE SAÚDE				
Previstos em lei				
Perguntar à família o que médico recomendou ou diagnosticou na consulta	50%	38%	63%	50%
Perguntar à família resultados de exames	25%	25%	13%	21%
Perguntar à família sobre questões sexuais ou que remetem ao direito reprodutivo	13%	0%	25%	13%
Perguntar opinião dos usuários sobre os serviços ou profissionais de saúde	0%	13%	0%	4%
Perguntar ao paciente questões técnicas de saúde	88%	25%	38%	50%
Perguntar de condições de saúde	25%	0%	13%	13%
ORIENTAÇÕES, INFORMAÇÕES E ENCAMINHAMENTOS EM SERVIÇOS PÚBLICOS FORA DA SAÚDE				
Previstos em lei				
Encaminhar pacientes para procedimentos de saúde (testes de gravidez, vacina, exames, etc.)	63%	38%	88%	63%
Encaminhar pacientes para grupos (hipertensos, diabéticos, gestantes, adolescentes, de planejamento familiar, de terapia comunitária, de fisioterapia, grupos de relaxamento, grupos de caminhada, acolhimento)	38%	38%	75%	50%
Encaminhar pacientes para médicos/enfermeiras da equipe	88%	63%	50%	67%
Encaminhar pacientes para equipe do NASF	38%	25%	25%	29%
Marcar consultas para os pacientes durante a VD – consultas com médico, com enfermeira, com equipe do NASF ou com Saúde Bucal	75%	0%	25%	33%
Ensinar serviços e procedimentos de saúde (dentro e fora da UBS, ex: como marcar consulta, como agendar exame especializado, como fazer exame na UBS)	88%	75%	50%	71%
Acompanhar paciente ao hospital ou a unidades de pronto-atendimento	50%	0%	13%	21%
Não previstos em lei				
Ensinar ao paciente procedimentos mais baratos ou mais fáceis	75%	50%	25%	50%
Lembrar paciente das consultas marcadas	63%	0%	38%	33%
Entregar a paciente resultados de exames realizados	38%	100%	25%	54%
Entregar a pacientes consultas de especialistas marcadas	13%	0%	25%	13%
Entregar remédios nas casas	75%	13%	0%	29%
Ensinar o paciente como se comportar perante o médico ou enfermeira (o que deve falar, como deve se expressar, que informações deve contar)	38%	50%	13%	33%
ORIENTAÇÕES, INFORMAÇÕES E ENCAMINHAMENTOS EM SERVIÇOS PÚBLICOS FORA DA SAÚDE				
Não previstos em lei				
Encaminhar pessoas para defesa civil (casa caindo, enchente, etc.)	25%	0%	0%	8%

Encaminhar pessoas para ações voltadas à religião (rezadeira, curandeiro, benzedeira, etc.)	38%	0%	0%	13%
Ensinar procedimentos fora da saúde	75%	38%	25%	46%
Ensinar como cadastrar para Bolsa Família	13%	0%	0%	4%
Ensinar como conseguir vaga na creche	25%	0%	0%	8%
Como pegar laudos para licença ou aposentadoria	0%	25%	13%	13%
AÇÕES DE MOBILIZAÇÃO, COMUNITÁRIAS OU DE DIREITOS				
Previstos em lei				
Estimular mobilização da comunidade (pelo lixo, participação no congresso ou no conselho local etc)	63%	25%	13%	33%
Falar de direitos sociais para as pessoas	38%	38%	0%	25%
Convidar pessoas para participar das atividades comunitárias	63%	0%	0%	21%
Não previstas em lei				
Ensinar família como funcionam processos judiciais (separação, guarda de criança etc)	0%	0%	25%	8%
Estimular pessoas a estudar (encaminhar para escola, falar da importância do estudo, cobrar porque crianças estão fora da escola)	38%	38%	38%	38%
ORIENTAÇÕES OU AÇÕES DE TRATAMENTO CLÍNICO				
Não previstas em lei				
Ensinar tratamentos de doenças	100%	0%	38%	46%
Ensinar qual medicamento tomar ou como tomar o medicamento (com ou sem receita)	88%	13%	50%	50%
Ensinar como diagnosticar hanseníase, tuberculose ou dengue	50%	13%	0%	21%
Ensinar práticas locais de medicina, inclusive remédio caseiro	88%	75%	13%	58%
Organizar as receitas e medicamentos (separar medicamentos, jogar fora receitas etc)	0%	0%	25%	8%
Checar resultados de exames (ler exames entregues, analisar, explicar, etc.)	25%	13%	25%	21%
Examinar e Realizar diagnóstico (gripe, febre, ver dor em alguma parte do corpo do paciente, ver a ferida)	100%	88%	63%	83%
Pesar crianças com balança nas casas	25%	0%	0%	8%
Medir pressão (apenas alguns ACS)	25%	0%	0%	8%
Pedir medicamento à enfermeira e levar para paciente	38%	0%	13%	17%
ATIVIDADES DE CONTROLE				
Previstos em lei				
Cobrar as pessoas pelos procedimentos encaminhados pelos ACS	100%	25%	38%	54%
Cobrar as pessoas pelos procedimentos encaminhados por outros profissionais da equipe	0%	0%	13%	4%
Cobrar as consultas e exames agendados	0%	0%	38%	13%
Cobrar vacinação de crianças/adultos	13%	0%	25%	13%
Fazer vistoria nas casas (se há higiene, saneamento e dengue)	75%	13%	13%	33%
Não previstos em lei				
Controlar a receita de medicamentos (verificar validade, comparar com o número de medicamentos existentes)	63%	38%	75%	58%
Copiar a receita em seu caderno	0%	0%	38%	13%

AÇÕES DE PREVENÇÃO E PROMOÇÃO EM SAÚDE				
Previstos em lei				
Ensinar como cuidar de crianças (como colocar no colo, cuidados com a amamentação, cuidados com a higiene da criança – inclusive ensina a dar banho, trocar e lavar fralda)	63%	25%	0%	29%
Ensinar cuidados com a saúde (cuidados com higiene, limpeza da casa e das roupas, como deve ser a alimentação correta)	50%	25%	38%	38%
Dar informações sobre cuidados com o meio ambiente (recolher lixo)	50%	0%	13%	21%
Dar informações sobre cuidados com a dengue (tirar baldes de água, pratos de vasos)	50%	13%	13%	25%
Orientação a respeito de drogas e DST/AIDS	13%	0%	13%	8%
Recolher larvas de dengue com a redinha	38%	0%	0%	13%
Distribuir camisinhas	13%	0%	13%	8%
Não previstas em lei				
Mandar criança tomar banho	13%	0%	0%	4%
Ensinar ou Ajudar a cozinhar para melhorar a saúde (comidas com ferro, legumes, água fervida, etc.)	25%	0%	0%	8%
OUTRAS CONVERSAS FORA DA SAÚDE				
Não previstas em lei				
Passa informação de casas para alugar	13%	38%	0%	17%
Fofocar ou falar da vizinhança	0%	13%	13%	8%
Dar a bênção	50%	13%	0%	21%
AÇÕES DE ASSISTÊNCIA SOCIAL				
Perguntar sobre questões pessoais ou sociais (se há violência doméstica, se há drogas, problemas com tráfico, questões familiares como separação)	100%	38%	63%	67%
Fazer aconselhamento psicológico	50%	63%	38%	50%
Passar ou perguntar informação de empregos	75%	0%	25%	33%
Encaminhar pessoas para conselho tutelar	13%	0%	13%	8%
Denunciar pessoas para conselho tutelar ou violência doméstica	0%	0%	13%	4%
AÇÕES DE INTERAÇÃO				
Previstas em lei				
Interagir com crianças nas visitas (pega no colo, brinca)	88%	50%	38%	58%
Não previstas em lei				
Ajudar a arrumar casa e armário	75%	0%	0%	25%
Entrar na casa sem bater	38%	13%	25%	25%
Acordar família	13%	0%	0%	4%
Lavar roupa da família	0%	0%	25%	8%
Dar banho nos pacientes	0%	0%	13%	4%
Arrumar documentos dos pacientes	0%	0%	13%	4%
AÇÕES DE GESTÃO				
Não previstos em lei				
Realizar VD no final de semana ou fora do horário de trabalho	38%	38%	25%	33%
Realizar VD de outras ACS	63%	0%	38%	33%
Realizar VD a hanseníacos e vizinhos	25%	0%	0%	8%
2. AÇÕES EM MÚLTIPLOS ESPAÇOS				
Gestão das informações				

Previsto em lei				
Preencher fichas	100%	100%	100%	100%
Acompanhar e controlar caderneta (gestante, vacinação e criança)	100%	13%	25%	46%
Preencher prontuário	100%	0%	63%	54%
Realizar relatórios das pessoas com hipertensão, diabetes, etc	0%	0%	13%	4%
Informar equipe sobre procedimentos realizados, problemas, riscos, etc	13%	0%	0%	0%
Anotar informações nas cadernetas	13%	0%	0%	4%
Mostrar para famílias evolução das informações com base nas cadernetas	25%	0%	0%	8%
Cadastrar famílias (primeira vez), mudança cadastro das famílias (inclusão ou exclusão de membros)	100%	100%	100%	100%
Não previsto em lei				
Copiar os exames, consultas, etc, em seu caderno	13%	25%	50%	29%
Escrever no cartão das pessoas, em folhas ou materiais as datas de consultas e exames para lembrar pacientes	13%	88%	25%	42%
Cadastrar famílias para participar de programas sociais – receber leite ou sopa, ter acesso a programas de alfabetização, etc. (há controvérsias sobre esta função ser de sua competência ou não)	100%	0%	0%	33%
Fazer suas próprias fichas	13%	0%	25%	13%
Organizar prontuários	0%	100%	100%	67%
3. AÇÕES NA UBS				
3.1 Suporte e equipe				
Previsto em lei				
Encaminhar pessoas dentro da UBS	75%	0%	38%	38%
Passar para enfermeira/médico informações sobre os pacientes	100%	88%	25%	71%
Auxiliar no acolhimento (recebe famílias, preenche prontuário, acompanha exames)	63%	100%	13%	58%
Organizar e participar de Grupos – hiperdia, criança, gestante, fisioterapia, terapia comunitária, atividades esportivas	38%	100%	25%	54%
Ajudar no planejamento da equipe e da UBS	100%	0%	100%	67%
Participar do planejamento da UBS	100%	0%	25%	42%
Marcar VD para outros profissionais	25%	0%	25%	17%
Não previstas em lei				
Atuar em serviços sociais (distribuição de sopa, distribuição de leite, etc)	75%	63%	0%	46%
Ajudar em atividades de outros profissionais	38%	25%	25%	29%
Preencher prontuário durante consulta ou acolhimento	0%	0%	25%	8%
Pesar e medir crianças	63%	0%	13%	25%
Fazer atendimento no processo de marcação de consultas	25%	100%	0%	42%
Fazer atendimento em outros processos como coleta de exames e vacinação	13%	38%	0%	17%
Acompanhar consultas e exames de seus pacientes	38%	0%	13%	17%
3.2 Aprendizagem				
Perguntar sobre saúde para a equipe	38%	0%	38%	25%
4. AÇÕES NA COMUNIDADE				
Previstos em lei				
Colocar cartazes e conversa com líderes a respeito destas atividades	0%	0%	13%	4%

Selecionar locais para mobilização ou realização de atividades comunitárias	13%	0%	100%	38%
Realizar campanhas (ex: dengue nas rádios comunitárias, vacinação em empresas)	25%	38%	0%	21%
Trabalhar no congresso das cidades ou no conselho local de saúde	100%	0%	38%	33%
Trabalhar nas eleições	0%	100%	0%	33%

ANEXO 3

Tabela 33: Estilos presentes em cada cluster

Cluster/ Estilos				
Cluster 1	Cluster 2	Cluster 3	Cluster 4	Cluster 5
Aciona referências de família	Aciona referências de pessoas comuns	Aciona referências de religião	Aciona referências da vizinhança	Assimetria (um dá, outro recebe)
Didatismo	Se mostra igual	Aciona referência da história da saúde	Aciona referência da própria história	
Tradução de comunicação e ação	Ameaça	Aciona referência da história social	Usa linguagem técnica	
Usa linguagem local	Diferenciação por Pronomes	Triangulação	Switch entre saber técnico e local	
Recíproca		Solícita	Switch entre assunto pessoal e profissional	
Aproxima		Autoritária	Valoriza conquista do outro e compartilha	
Vincula				

BIBLIOGRAFIA

- ABERBACH, J., ROCKMAN, B. & PUTNAM, R. *Bureaucrats and Politicians in Western Democracies*. Harvard University Press, Cambridge, Mass., 1981.
- ABRUCIO, F. L. *A Coordenação Federativa no Brasil: a experiência do período FHC e os desafios do governo Lula*. Revista de Sociol. e Política, Curitiba, n. 24, p. 41-67, jun. 2005.
- ALMEIDA, E. Z. *As Concepções do Agente Comunitário de Saúde sobre a Promoção em Saúde*. Dissertação de mestrado apresentada à escola de enfermagem da USP, 2008.
- ALMEIDA, M. *Recentralizando a Federação?*. Revista de Sociol. e Política, Curitiba, n. 24; p. 29-40, jun. 2005.
- _____. *Federalismo e Proteção Social: a experiência brasileira em perspectiva comparada*. São Paulo, mimeo, 2000.
- _____. *Federalismo e Políticas Sociais*. Revista Brasileira de Ciências Sociais, São Paulo, a. 10, 1995.
- AMENTA, E. & SKCOPOL, T. *States and Social Policies*. Annual Review of Sociology 12, 1986.
- ANDRADE, F. M. *O Programa de Saúde da Família no Ceará*. Fortaleza, 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*. IEE/PUCSP, São Paulo, 2001.
- _____. *Federalismo e Políticas Sociais no Brasil: problemas de coordenação e autonomia*. In: SARAIVA, Enrique; FERRAREZI, Elisabete. (Org.). *Políticas Públicas*. 1ª ed. ENAP, Brasília, 2006.
- BACHILLI, Rosane Guimarães; SCAVASSA, Ailton José e SPIRI, Wilza Carla. *A Identidade do Agente Comunitário de Saúde: uma abordagem fenomenológica*. Ciência & Saúde Coletiva. vol. 13, n.1, pp. 51-60, 2008.

- BACHARACH & BARATZ. *Two Faces of Power*. American Political Science Review, vol. 56, n. 4, december. 1962.
- BARRETT, Susan. *Implementation Studies: Time for a Revival? Personal Reflections on 20 Years of Implementation Studies*. Public Administration 82 (2), 2004.
- BARRETT, S. and C. FUDGE (eds), *Policy and Action*. Methuen, London, 1981.
- BARRETT, S. and M.J. HILL, *Report to the SSRC Central-Local Government Relations Panel on the 'Core' or Theoretical Component of the Research on Implementation*. unpublished, 1981.
- BARROS, M, CHAGAS, M e DIAS, M. *Saberes e Práticas do Agente Comunitário de Saúde no Universo do Transtorno Mental*. Ciência & Saúde Coletiva, vol.14 n.1, Rio de Janeiro jan./fev. 2009.
- BICHIR, R. M. . *Novas experiências nas políticas de combate à pobreza: os programas de transferência de renda em São Paulo*. In: 32º Encontro Anual da Anpocs, 2008, Caxambu. Anais do 32º Encontro Anual da Anpocs, 2008..
- BLOKLAND, T. *Urban Bonds*. Basil Blackwell, Londres, 2003.
- BORNSTEIN, V. J. DAVID, H; ARAÚJO, J.W.G. *Agentes comunitários de saúde: a reconstrução do conceito de risco no nível local.. Interface. Comunicação, Saúde e Educação*, 2010.
- BORNSTEIN, V. e STOTZ, E. *O Trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde: entre a mediação convencidora e a transformadora*. Trab. Educ. Saúde, vol. 6, n. 3, p. 457-480, nov. 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Lei 11.350/06*. Brasília, 2006.
- _____. *Sobre a Qualificação e a Profissionalização dos Agentes de Saúde e Agentes de Vigilância em Saúde*. Informação para a reunião da tripartite de 26/06/03; 2003.
- _____. *Projeto de Lei Ato Médico 025*. Brasília, 2002.
- _____. *Portaria 044/2002*. Brasília, 2002.
- _____. *Avaliação da Implementação do Programa Saúde da Família em Dez Grandes Centros Urbanos*. Síntese dos principais resultados. Brasília, 2002.

- _____. *Reunião dos Coordenadores dos Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente em Saúde da Família: relatório final*. Ministério da Saúde/Publicações Eletrônicas, Brasília, 2002.
- _____. *Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/ NOB-SUS 96. Gestão Plena com Responsabilidade pela Saúde do Cidadão*. Ministério da Saúde, Brasília, 1996.
- BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Senado Federal, Brasília, 1988.
- BRIGGS, X. *Ties That Bind, Bridge and Constrain: social capital and segregation in the american metropolis*. Artigo apresentado no seminário “Segregation and the City”, realizado no Lincoln Institute for Land Policy, 2001.
- BROWN, P. and LEVINSON, S. *Politeness: some universals in language usage*. Cambridge University Press, Cambridge, 1987.
- BURT, Ronald. *Structural Holes: the social structure of competition*. Harvard University Press, Cambridge, MA, 1992.
- CANESQUI, A. e SPINELLI, M. *A implementação do Programa Saúde da Família em municípios do Estado de Mato Grosso, Brasil*. Cad. Saúde Pública, vol.24, n.4, Rio de Janeiro, apr. 2008.
- CLINE, K. *Defining the Implementation Problem: organizational management versus cooperation*. Journal of Public Administration Research and Theory, vol. 10, n. 3, pg.51-572, 2000.
- CLEMENS, E. e COOK, J. *Politics and Institutionalism: explaining durability and change*. Annual Review of Sociology, 25, 1999.
- COBB, Roger W. e ELDER, Charles D. Issues and Agendas. In: THEODOULOU, Stella and CAHN, Matthew A. *Public policy: the essential readings*. Upper Saddle River, New Jersey, Prentice Hall, 1995.
- COHN. (Org.). *Saúde da família e SUS: convergências e dissonâncias*. Beco do Azougue, Rio de Janeiro, vol. 1, 2009.
- COHEN, Y. *Radicals, Reformers and Reactionaries*. University of Chicago Press, 1994.

- COHEN, Michael, MARCH, James e OLSEN, Johan. *A Garbage Can Model of Organizational Choice*. Administrative Science Quarterly, vol 17, p. 1-25, 1972.
- DAHL, R. *Um Prefácio à Teoria Democrática*. Jorge Zahar Editora, Rio de Janeiro, 1989.
- _____. *Dilemmas of pluralist democracy – autonomy versus control*. Yale University Press, New Haven, 1982.
- _____. *Who Governs? Democracy and Power in an American City*. Yale Press, New Haven, 1961.
- DATASUS. Base de Dados. Disponível em www.datasus.gov.br. Acessado em dezembro de 2009.
- DIAS, MA, CUNHA, FT, AMORIM, WM. *Estratégias Gerenciais na Implantação do Programa de Saúde da Família*. Rev. Bras. Enferm, vol. 58(5), p. 513-18, set-out. 2005.
- DINIZ, Eli e BOSCHI, Renato. *Estado e Sociedade no Brasil? Uma revisão crítica*. BIB - Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais. ANPOCS, 1986.
- DUARTE, L, SILVA, D e CARDOSO, S. *Construindo um Programa de Educação com Agentes Comunitários de Saúde*. Interface, vol.11, n.23, p. 439-447, Botucatu, 2007.
- DURANTI, A. and GOODWIN, C. *Rethinking Context: language as an interactive phenomenon*. Cambridge University Press, Cambridge, 1992.
- DURSTON, J. Capital Social: parte del problema, parte de la solución, su papel en la persistencia y en la superación de la pobreza en América Latina y el Caribe . In ATRIA et all (orgs). *Capital Social y Reducción de la Pobreza en América Latina y Caribe*. Cepal e Michigan State University, 2003.
- EASTON, D., *A Systems Analysis of Political Life*. Wiley, New York, 1965.
- _____. *A Framework for Political Analysis*. Prentice Hall, Englewood Cliffs N.J., 1965.
- EISENSTADT, S.N., and R. LEMARCHAND (eds). *Political Clientelism, Patronage and Development*. Contemporary Political Sociology, vol. 3, Sage Publications, London, 1981.
- ELIASOPH, Nina. *Making a Fragile Public: a talk-centered study of citizenship and power*. Sociological Theory, vol.14, p. 262-89, 1996.
- ELIASOPH, Nina and LICHTERMAN, Paul. *Culture in Interaction*. American Journal of Sociology, vol. 108, p.735-94, 2003.

- ELSTER, J. A Plea for Mechanisms. In HEDSTROM, P, e SWEDBERG, R. (orgs.). *Social Mechanisms: an analytical approach to social theory*. Cambridge University Press, Cambridge, 1998.
- EMIRBAYER, Mustafa. *Manifesto for a Relational Sociology*. American Journal of Sociology, n. 103, 1997.
- EMIRBAYER, Mustafa e MISCHÉ, Ann. *What is Agency?* American Journal of Sociology, n. 103, 1998.
- EMIRBAYER, M. e GOODWIN, J. *Network Analysis, Culture and the Problem of Agency*. American Journal of Sociology, n.99, p. 6, 1994.
- EVANS, P., REUSCHMEYER, D. e SKOCKPOL, T. *Bringing the State Back In*. Cambridge University Press, 1985.
- FARIA, Carlos A. Pimenta. *Idéias, Conhecimento e Políticas Públicas*. RBCS, vol. 18, n. 51, fev. 2003.
- FARIA, Vilmar. *Government Policy and Fertility Regulation: unintended consequences and perverse effects*. In: Brazilian Journal of Population Studies, vol, 1997.
- FAVORETO, C e CAMARGO, Jr. *Alguns Desafios Conceituais e Técnico-operacionais para o Desenvolvimento do Programa de Saúde da Família como uma Proposta Transformadora do Modelo Assistencial*. Physis, 12(1):59-75, 2002.
- FERNANDES, JCL. *Agentes de Saúde em Comunidades Urbanas*. Cad. Saúde Pública, vol 8(2), p. 134-139, 1992.
- FERRAZ, L. e AERTS, D. *O Cotidiano de Trabalho do Agente Comunitário de Saúde no PSF em Porto Alegre*. Revista Ciência e Saúde Coletiva, vol. 10(2), 2005.
- FLIGSTEIN, Neil. *Social Skill and the Theory of Fields*. Sociological Theory, vol.19, p.105-25, 2001.
- FORTES, P. A. C.; SPINETTI, S. R. *O Agente Comunitário de Saúde e a Privacidade das Informações dos Usuários*. Cad. Saúde Pública, v.20, n.5, p.1328, Rio de Janeiro, 2004.
- FUKS, Mario. *Definição da Agenda, Debate Público e Problemas Sociais: uma perspectiva argumentativa da dinâmica do conflito social*. BIB, n. 49, 1º sem. 2000.
- GANZ, Marshall. *Resources and Resourcefulness: strategic capacity in the unionization of california agricultures 1959-1966*. AJS, vol 105, n. 4, january. 2000.

- GIFFIN, K, SHIRAIA, T. *O Agente Comunitário de Saúde Pública: a proposta de Manguinhos*. Cad Saúde Pública, vol 5(1), p. 24-44, 1989.
- GOFFMAN, Erving. *Frame Analysis*. Harper and Row, New York, 1974.
- _____. *Forms of Talk*. University of Pennsylvania Press, Philadelphia, 1981.
- GONÇALVES, R, LOTTA, G, BITEMAN, M. (2008) *A Coordenação Federativa de Políticas Públicas Duas Décadas Após a Constituição Federal de 88*. In: Anais do III EnAPG, Salvador.
- GRANOVETTER, M. *The Strength of Weak Ties*. American Journal of Sociology, vol. 78, 1973.
- _____. *Economic Action and Social Structure: the problem of embeddedness*. American Journal of Sociology, vol.91 (3), 1985.
- GRINDLE, S. Marilee. *Public Choices and Policy Change*. The Johns Hopkins University Press Baltimore, Maryland, 1991.
- _____. *Bureaucrats, Politicians, and Peasants in Mexico: a case study in public policy*. University of California Press, 1977.
- GUMPERZ, J. Contextualization and Understanding. In DURANTI and GOODWIN. *Rethinking Context: language as an interactive phenomenon*. Cambridge University Press, Cambridge, 1992.
- GUN, LA. *Why is Implementation so Difficult?*. Management Services in Government, vol. 33, p.169-76, 1978.
- GUNN, L. e B. HOGWOOD, *Models of Policy-Making*. Centre for the Study of Public Policy, University of Strathclyde, 1982.
- HANKS, W. The Indexical Ground of Deictic Reference. In DURANTI and GOODWIN. *Rethinking Context: language as an interactive phenomenon*. Cambridge University Press, Cambridge, 1992.
- HECLO, H. *Modern Social Politics in Britain and Sweden*. Yale University Press, New Haven, 1974.
- HILL, H. *Understanding Implementation: street-level bureaucrats' resources for reform*. Journal of Public Administration Research and Theory, vol. 13, p. 265-282, 2003.

- HILL, M. Introduction. In: HILL, M. e HAM, C. *The Policy Process in the Modern Capitalist State*. Harvest, Nova Iorque, 1993.
- HILL, M. e HAM, C. *The Policy Process in the Modern Capitalist State*. Harvest, Nova Iorque, 1993.
- HJERN, B. e PORTER, D. Implementation Structures. A New Unit of Administrative Analysis. In: HILL, M. e HAM, C. *The Policy Process in the Modern Capitalist State*. Harvest, Nova Iorque, 1993.
- HOGWOOD, B. e GUNN, L. Why Perfect Implementation is Unattainable. In: HILL, M. e HAM, C. *The Policy Process in the Modern Capitalist State*. Harvest, Nova Iorque, 1993.
- _____. *The Policy Orientation Centre for the Study of Public Policy*, University of Strathclyde, 1981.
- _____. *Policy Analysis for the Real World*. Oxford University Press, Oxford, 1984.
- IBGE. *Censo com dados agregados em 2005*. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/>. Acessado em dezembro de 2009.
- IMMERGUT, Ellen M. *The Theoretical Core of the New Institutionalism* Politics & Society, 1998.
- _____. *As Regras do Jogo: a lógica da política de saúde na França, na Suíça e na Suécia*. Revista Brasileira de Ciências Sociais, vol. 30, n. 11, p. 139-63, 1996.
- JOHN, Peter. *Analysing Public Policy*. Pinter, Londres, 1999.
- KINGDON, John W. Agendas, alternatives, and public policies. New York: Harper Collins, 1995. 2nd ed. Cap. 9 Wrapping things up – session Agenda setting”. Republicado parcialmente em THEODOULOU, Stella Z. and CAHN, Matthew A. *Public policy: the essential readings*. Upper Saddle River, NJ, Prentice Hall, 1995.
- KLUTHCOVSKY, A. C. G. C., & TAKAYANAGUI, A. M. M. *O Agente Comunitário de Saúde: uma revisão da literatura*. Revista Latino-Americana de Enfermagem, vol. 14, p. 957-963, 2006.
- KUSCHNIR, Karina. *Antropologia Política: uma perspectiva brasileira*. University of Oxford, Centre for Brazilian Studies, Working Paper number CBS-64-05, 2005.
- _____. *O Cotidiano da Política*. Jorge Zahar, Rio de Janeiro 2000.

- LAMOUNIER, Bolivar. *Análise de Políticas Públicas*: quadro teórico-metodológico de referência. (texto digitado). São Paulo, s/d.
- LAUMMAN, Edward e KNOKE, David. *The Organizational State*: social choice in the national policy domains. University of Wisconsin Press, Madison, 1987.
- LAZIN, Frederik. *Politics and Policy Implementation*: project renewal in israel (Sunny Series in Israeli Studies). State University of New York Press, 1994.
- LEVY, M. *Consent, Dissent and Patriotism*. Cambridge University Press, New York, 1997.
- Levy FM, Matos PES, Tomita NE. *Programa de Agentes Comunitários de Saúde*: a percepção de usuários e trabalhadores da saúde. Cad Saúde Pública, vol 20(1), p.197-203, 2004.
- LIN, Nan. *Social Capital*: a theory of social structure and action. Cambridge University Press, NY, 2001.
- LINDBLOM, Charles. *O Processo de Decisão Política*. Ed. Universidade de Brasília, Brasília, 1981.
- _____. *Still Muddling, Not Yet Through*. Public Administration Review vol. 39, p. 517-526, 1979.
- LIPSKY, Michael. *Street-level bureaucracy*: dilemmas of the individual in public service. Russell Sage Foundation, New York, 1980.
- LONG, Norman. *The Multiple Optic Of Interface Analysis*. UNESCO Background Paper on Interface Analysis, 1999.
- LOTTA, Gabriela Spanghero. *Saber e Poder*: agentes comunitários de saúde aproximando saberes locais e políticas públicas. Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Administração Pública e Governo da EAESP/FGV, 2006.
- LOWI, Theodore J. *Distribuição, regulação, redistribuição*. São Paulo, s/d.
- _____. *O Estado e a Ciência Política ou como nos Convertemos naquilo que Estudamos*. BIB – Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais, vol. 38, ANPOCS, São Paulo, 1994.
- MAHONEY, J. *Beyond Correlation Analysis*: recent innovations in theory and method. Sociological Forum, vol.16 (3), 2001.

- MAJONE, Giandomenico e WILDAVSKY, Aaron. Implementation as Evolution. In: THEODOULOU e CAHN. *Public Policy: the essential readings*. Upper Saddle River, NJ, Prentice Hall, 1995.
- MARQUES, E. C. *Redes Sociais, Segregação e Pobreza em São Paulo*. Tese de Livre Docência defendida para obtenção do título de Livre Docência no Departamento de Ciência Política da Universidade de São Paulo, 2007.
- _____. *Redes Sociais e Poder no Estado Brasileiro: aprendizados a partir das políticas urbanas*. Disponível em www.centrodametropole.org.br. Acessado em 24/03/2006.
- _____. Elementos Conceituais da Segregação, da Pobreza Urbana e da Ação do Estado. In: *São Paulo: segregação, pobreza e desigualdade sociais*. Editora Senac, São Paulo, p. 19-56, 2005.
- _____. *Redes sociais, Instituições e Atores Políticos no Governo da Cidade de São Paulo*. Anablume e Fapesp, São Paulo, 2003.
- _____. *Estado e redes sociais: permeabilidade e coesão nas políticas urbanas no Rio de Janeiro*. Revan/Fapesp, Rio de Janeiro, 2000.
- _____. *Redes Sociais e Instituições na Construção do Estado e da sua Permeabilidade*. Revista Brasileira de Ciências Sociais, vol.14, n.41, out. 1999.
- _____. *Notas Críticas à Literatura sobre Estado, Políticas Estatais e Atores Políticos*. In: BIB – Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais, n. 43, 1997.
- MARX, K. *O 18 de Brumário de Louis Bonaparte*. Editora Avante, Lisboa, 1982 (1969).
- MARX, K. e ENGELS, F. *O Manifesto do Partido Comunista*. Editora Progresso, Moscou, 1987 (1872).
- MARTINES, W. e CHAVES, E. *Vulnerabilidade e Sofrimento no Trabalho do Agente Comunitário de Saúde no Programa de Saúde da Família*. Rev Esc Enferm USP, vol. 41(3), p. 426-33, 2007.
- MATLAND, R. *Synthesizing the Implementation Literature: the ambiguity-conflict model of policy implementation*. Journal of Public Administration Research and Theory, 5(2), p. 145-174, 1995.

- MCLEAN, Paul. *A Frame Analysis of Favor Seeking in Renaissance: Agency, Networks and Political Culture*. American Journal of Sociology, 104, p.51-91, 1998.
- _____. *The Art of The Network: strategic interaction and patronage in Renaissance Florence*. Duke University Press, Durham, 2007.
- MEIER e O'TOOLE. *Bureaucracy in a Democratic state: a governance perspective*. The Johns Hopkins University Press, Baltimore, 2006.
- MENDONÇA, MHM. *Profissionalização e Regulação da Atividade do Agente Comunitário de Saúde no Contexto da Reforma Sanitária*. Trabalho, Educação e Saúde, 2(2):353-365, 2004.
- MENDONÇA, M. *Licença, Posso Entrar? As visitas domiciliares nos Programas de Agentes Comunitários de Saúde e Saúde da Família e a Integralidade*. Tese apresentada à Faculdade de Medicina da USP para obtenção do título de doutor em ciências. São Paulo, 2008.
- MENDONÇA, C.S. et al. *Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP - Brasil)*. Cad. Saúde Pública vol.25, n.6, Rio de Janeiro, jun. 2009.
- MILIBAND, Ralph. *O Estado na Sociedade Capitalista*. Zahar, Rio de Janeiro, 1972 (1969).
- MILLS, C. Wright. *A Elite do Poder*. Zahar, Rio de Janeiro, 1981 (1956).
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Uma Avaliação do Impacto do PSF na Mortalidade Infantil no Brasil*. Disponível em www.saude.gov.br. Acessado em fevereiro de 2010.
- _____. Portaria 648. Brasília, março de 2006.
- _____. *Relatórios de Pesquisa*. Disponível em http://dtr2002.saude.gov.br/ascom/indicadorespsf/intr_sint.htm. Acessado em 09/05/2005.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE e MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. *Referencial Curricular para Curso Técnico do Agente Comunitário de Saúde*. Brasília, 2005.
- MISCHE, Ann. *Partisan Publics: communication and contention across brazilian youth activist networks*. Princenton University Press, New Jersey, 2007.

- _____. Cross-Talk in Movement: rethinking the culture-networks link. In: *Social Movements and Networks: relational approaches to collective action*, edited by Mario Diani and Doug McAdam. Oxford University Press, Oxford and New York, 2003.
- _____. Jungling Multiple Futures: personal and collective project-formation among Brazilian youth leaders. In: BARKER, C. JOHNSON, A., LAVALETTE, M. *Leadership and Social Movements*. Manchester University Press, 2001.
- _____. *De Estudantes a Cidadãos: redes de jovens e participação política*. Revista Brasileira de Educação vol. 5, p. 134-150, 1997.
- _____. *Redes de Jovens*. Teoria e Debate, São Paulo, abril. 1996.
- MISCHE, Ann and PATTISON, Philippa. *Composing a Civic Arena: publics, projects and social settings*. Poetics, vol. 27, p.163-194, 2000.
- MISCHE, Ann and WHITE, Harrison. *Between Conversation and Situation: publics switching dynamics across networks-domains*. Social Research, vol. 65, p.295-32, 1998.
- MOHR, J. *Soldiers, Mothers, Tramps and Others: discourse roles in the 1907 New York City charity directory*. Poetics, Journal of Empirical Research on Literature, the Media, and the Arts, vol. 22, p. 327-357, 1994.
- MOSCA, Gaetano. *The Ruling Class*. McGraw-Hill, New York, 1939.
- MOTTA, Paulo Roberto. *Avaliação da Administração Pública: eficiência, eficácia e efetividade*. FUNDAP, São Paulo, 1990. Projeto “Análise do setor público paulista”. (Texto digitado).
- MUHLAUSLER, P and HARRE, R. *Pronouns and People: the linguistic construction of social and personal identity*. Oxford: Basil Blackwell, 1990.
- NETO, F. e SAMPAIO, J. *Processo de Ascensão ao Cargo e as Facilidades e Dificuldades no Gerenciamento do Território na Estratégia Saúde da Família*. Rev. bras. enferm. vol.61, n.1 Brasília jan./fev. 2008.
- NOGUEIRA RP, SILVA F, RAMOS Z. *A Vinculação Institucional de um Trabalhador sui generis o Agente Comunitário de Saúde*. [Textos para discussão nº 735]. 2000. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br>. Acessado em dezembro de 2009.

- NOGUEIRA, RP. *O Trabalho do Agente Comunitário de Saúde: entre a dimensão técnica "universalista" e a dimensão social "comunitarista"*. Interface Comunic, Saúde, vol. 6(10), p. 91-93, Educ, 2002;
- NUNES, Edson. *A Gramática Política do Brasil: clientelismo e insulamento burocrático*. Jorge Zahar/Enap, Rio de Janeiro, 1997.
- NUNES, M de O, Trad LB, Almeida B de A, Homem CR, Melo MCIC 2002. *O Agente Comunitário de Saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico*. Cad Saúde Pública vol. 18(6), p.1639-1646, 2002.
- OLSEN, M., *The Logic of Collective Action*. Harvard University Press, Cambridge Mass., 1965.
- ORLOFF, A. *The Politics of Pensions*. Wisconsin, University of Wisconsin, 1993.
- PAULINO, I et al. *Estratégia Saúde da Família*. Editora Ícone, São Paulo, 2009.
- PEDROSA, JIS & TELES, JBM. *Consenso e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família*. Revista de Saúde Pública vol. 35(2), p.303-311, 2001.
- PAVEZ, Thaiz Carpin. *Políticas Públicas e Ampliação do Capital Social em Comunidades Segregadas: o programa Santo André Mais Igual*. Dissertação de mestrado apresentada ao programa de Ciência Política da USP, 2006.
- PETERS, Guy. *Managing Horizontal Government: The Politics of Co-Ordination* Public Administration vol. 76 (2), 1998.
- PIERSON, P. *Timing and Sequence*. In: Pierson, P. *Politics in Time*. Princeton University Press, 2004.
- _____. *Coping with Permanent Austerity: welfare state restructuring in affluent democracies*. In: PIERSON, P. (ed.). *The New Politics of the Welfare State*. Oxford University Press, Oxford, 2001.
- _____. *Increasing Returns, Path Dependence, and the Study of Politics*. American Political Science Review, vol. 94, n. 2, june. 2000.
- _____. *The New Politics of the Welfare State*. In: World Politics, vol. 48(2), p.143-79, 1996.

- _____. *Fragmented Welfare States: federal institutions and the development of social policy*. Governance: International Journal of Policy and Administration, vol. 8, n. 4, p. 449-478, London, oct. 1995.
- _____. *Dismantling the Welfare State? Reagan, Thatcher, and the Politics of Retrenchment* Cambridge University Press, 1994.
- _____. *When Effect Becomes Cause. Policy Feedback and Political Change*. World Politics, 45, 1993, 4, pp. 595-628, 1992.
- _____. *Policy Feedbacks'and Political Change*. Studies in American Political Development, 6, 1992.
- PIERSON, P. e Skockpol, T. *Historical Institutionalism in Contemporary Political Science*. Harvard University. Versão Preliminar, s/d.
- POULANTZAS, N. *O Estado, o Poder e o Socialismo*. Graal, Rio de Janeiro, 1985.
- _____. *Poder Político e Classes Sociais*. Martins Fontes, São Paulo, 1977.
- PRESSMAN, J. and WILDAVSKY, A. *Implementation*. University of California Press, Berkeley, 1973.
- PUPIN, V. e CARDOSO. *Agentes Comunitários de Saúde e os Sentidos de Ser Agente*. Revista estudos de psicologia, 2008.
- RONCALLI, AG e LIMA, KC. *Impacto de Programas de Saúde da Família sobre Indicadores de Saúde da Criança em Municípios de Grande Porte da Região Nordeste do Brasil*. Rev Ciência e Saúde Coletiva, vol.11(3), p. 713-24, 2006.
- SABATIER, Paul. Political Science and Public Policy. IN: SABATIER, Paul A., JENKINS-SMIT, Hank C. and STEWARD, Jr., Joseph. Toward Better Theories of the Policy Process (Sympopsium). *PS: Political Science and Politics*, vol. 24, n. 2, june. 1991. Republicado em THEODOULOU, Stella Z. and CAHN, Matthew A. *Public Policy: the essential readings*. Upper Saddle River, NJ, Prentice Hall, 1995.
- SABATIER, P. Top-down and Bottom-up Approaches to Implementation Research. In: HILL, M. e HAM, C. *The Policy Process in the Modern Capitalist State*. Harvest, Nova Iorque, 1993.
- SABATIER, Paul e JENKINS-SMITH, Hank. *Policy Change and Learning: the advocacy coalition approach*. Westview Press, Boulder, 1993.

- SABATIER, P and MAZMANIAN, D. *The Conditions of Effective Implementation*. Policy Analysis, vol. 5, 1979.
- SACKS, H. *Lectures on Conversation*. Edited by Gail Jefferson. Mass: Blackwell, Cambridge, 1992.
- SAETREN, H. *Facts and Myths about Research on Public Policy Implementation*: out-of-fashion, allegedly dead, but still very much alive and relevant. Policy Studies Journal, vol. 33, p. 559-82. 2005.
- SANTOS, L. *A Atuação dos Agentes Comunitários de Saúde de São Bernardo do Campo*: possibilidades e limites para a promoção da saúde. Dissertação. Escola de Enfermagem da USP, 2005.
- SALUM, M.L. *Avaliação da Política de Urbanização de Favelas em São Paulo no Período (1989-1992)*. Dissertação (Mestrado em Administração Pública) Fundação Getulio Vargas/EAESP. São Paulo, 1999.
- SCHMIDT, Steffen W. *The Transformation of Clientelism in Rural Colombia*. In Friends, Followers, and Factions: A Reader in Political Clientelism, edited by SCHMIDT, S.; GUASTI, L.; LANDE, C.; and SCOTT, J. CA: University of California Press, Berkeley and Los Angeles, 1977.
- SCHMIDT, S.; GUASTI, L.; LANDE, C.; and SCOTT, J. *Friends, Followers, and Factions*: a reader in political clientelism. CA: University of California Press, Berkeley and Los Angeles, 1977.
- SCOTT, John., *Social Network Analysis*. Newbury Park, Sage Publications, California, 1992.
- SCHIFFRIN, D. *Discourse Makers*. Cambridge University Press, New York, 1993.
- SEADS. *Indicadores sociais*. Disponível em: <http://www.desenvolvimentosocial.sp.gov.br>. Acessado em dezembro de 2009.
- SILVA, Anamaria Cavalcante. *O impacto do Programa de Saúde da Família no município de Sobral - Ceará*: uma análise da evolução da saúde das crianças menores de cinco anos de idade no período de 1995-2002. Tese apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências. São Paulo, 2003.

- SILVA, Pedro Luiz Barros e COSTA, Nilson do Rosário (2000). *Avaliação de Políticas Públicas na América do Sul. A avaliação de Programas Públicos: uma estratégia de análise*. Trabalho apresentado no painel "Estado democrático e governança no século XXI: reformando a reforma", do V Congresso Internacional do CLAD sobre Reforma do Estado e Administração Pública, 2000.
- SILVA, Joana e DALMASO, Ana S. *Agente Comunitário de Saúde: o ser, o saber, o fazer*. Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, 2002.
- SILVERMAN, S. *Patronage and Community-Nation Relationships in Central Italy*. *Ethnology*, vol. 4, n. 2, p. 172-189, apr. 1965.
- SIMMEL, G. *The Sociology of George Simmel*. Translated, edited and introduced by Kurt Wolff. Free Press, New York, 1950.
- _____. *Conflict and the Web of Group Affiliation*. Translated by Kurt Wolff and Bendix. Free Press, New York, 1955.
- SKOCPOL, Theda. Bringing the State back in: strategies of analysis in current research. In: EVANS, Peter, RUESCHEMEYER, Dietrich e SKOCPOL, Theda. *Bringing the State back in*. Cambridge University Press, New York, 1985.
- SNOW, D. at all. *Frame Alignment Processes, Mocomobilization and Movement Participation*. *American Sociological Review*, vol. 51, 1986.
- SOLLA, J., MEDINA, M., DANTAS, M.. *O PACS na Bahia: avaliação do trabalho dos agentes comunitários de saúde*. *Saúde em Debate*, vol. 51, p. 4-15, 1996.
- SOUZA, C. *Políticas Públicas: uma revisão da literatura*. *Sociologias* n.16. Porto Alegre, july/dec. 2006.
- _____. *Federalismo, Desenho Constitucional e Instituições Federativas no Brasil pós-1988*. *Revista de Sociologia e Política*, n. 24, Curitiba, 2005.
- _____. *Governos Locais e Gestão de Políticas Sociais Universais*. São Paulo Perspectiva, n.18, vol. 2, São Paulo, 2004.

- _____. *Governos e Sociedades Locais em Contextos de Desigualdades e de Descentralização*. Ciência e Saúde Coletiva, vol. 7, n. 3, p. 431-442, 2002.
- SPINK, Peter. *Avaliação Democrática: propostas e práticas*. Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS. (Coleção ABIA, Fundamentos de Avaliação, n.3), Rio de Janeiro, 2001.
- STEINMO, S., THELEN, K., LONGSTRENTH, F. *Structuring Politics: historical institutionalism in comparative analysis*. Cambridge University Press, Cambridge, 1992.
- STOTZ, E.; DAVID, H; BORNSTEIN, V. J. . *O agente comunitário de saúde como mediador: uma reflexão na perspectiva da educação popular em saúde*. Revista de APS (Impresso), v. 12, p. 487-497, 2009.
- SUNKEL, G. *La Pobreza en la Ciudad: capital social y politicas publicas*. In: ATRIA, Raúl; SILES, Marcelo (Org.). *Capital Social y Reducción de la Pobreza en América Latina y el Caribe: en busca de un nuevo paradigma*. Libros de la CEPAL N° 71. Santiago: Comisión Económica para América Latina y el Caribe, Cap. IX, p. 303-338, 2003.
- TILLY, C. *Stories, Identities and Political Change*. Lanham, MD: Rowman and Littlefield, 2002.
- _____. *Mechanisms in political processes*. Annual Review of Political Science, 4, 2001.
- _____. *Big Structures, Large Processes and Huge Comparison*. Russel Sage Foundation, Nova York, 1992.
- TOMAZ, J. *O Agente Comunitário de Saúde não deve ser um “super-herói”*. Interface Comunicação Saúde e Educação, 2002.
- TOREN, Christina. *Etnography: theoretical background*. In: RICHARDSON, John T. E. (ed). *Handbook of Qualitative Research Methods*. For Psychology and the Social Sciences. British Psychological Society, Leicester UK, 1996.
- TORRES, H. *Medindo a Segregação*. In: *São Paulo: segregação, pobreza e desigualdade sociais*. Editora Senac, p. 81-99, São Paulo, 2005.
- TRAD L, BASTOS, A, SANTANA E, NUNES M. *Estudo Etnográfico da Satisfação do Usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia*. Rev C S Col, vol.7(3), p.581-589, 2002.

- VIANA ALA, DAL POZ MR. *A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. Physis*, vol. 8(2), p.11-48, 1998.
- VON BULOW, Marisa. *Pathways to Transnationality: networks, collective action, and trade debates in the Americas*. Doctoral Dissertation. Johns Hopkins University, Baltimore, 2007.
- WASSERMAN, S. e FAUST, K. *Social Network Analysis: methods and applications. Structural Analysis in the social sciences*. vol 8, Cambridge: Cambridge University Press, 1994.
- WEBER, Max. (1947) *The Theory of Social and Economic Organizations*. Free Press, 1947.
- WEINSTEIN, E and DEUTSCHBERGER, P. *Some Dimensions of Altercasting*. *Sociometry*, 26, 1963.
- WEIR, M., ORLOFF, A S. & SKOCPOL, T. *The Politics of Social Policy in the United States*, Princeton: Princeton University Press, 1988.
- WHITE, H. *Network Switchings and Bayesian Forks: Reconstructing the social and behavioral sciences*. *Social Research*, 62: 1995.
- WILDAVSKY, A., *Speaking Truth to Power: The Art and Craft of Policy Analysis* Little Brown, Boston, 1979.
- WOLF, Eric. *Aspects of Group Relations in a Complex Society: Mexico*. *American Anthropologist*, New Series, vol. 58, n. 6, pp. 1065-1078, dec. 1956.