



AS PERCEPÇÕES E O COTIDIANO NA IMPLEMENTAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM CAMPOS DOS GOYTACAZES (RJ)

Lyzandra Borges de Souza;

é mestre e doutoranda em Sociologia Política pela UENF, graduada em Administração Pública. Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro (UENF) - Laboratório de Gestão e Políticas Públicas (LGPP), Campos dos Goytacazes - RJ; Brasil,

lyzandra_borges@hotmail.com

Mauro Macedo Campos;

é doutor em Ciência Política pela UFMG. Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro (UENF) - Laboratório de Gestão e Políticas Públicas (LGPP) e Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política da UENF (PPGSP), Campos dos Goytacazes - RJ; Brasil, Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq - Nível 2, Cientista do Nosso Estado – FAPERJ,

mauromcampos@yahoo.com.br

Annabelle de Fátima Modesto Vargas;

é doutora em Sociologia Política pela UENF. Centro Universitário Redentor (UniREDENTOR), Itaperuna - RJ; Brasil,

annamodesto@hotmail.com

Roberto Dutra Torres Júnior;

é doutor em Sociologia pela Humboldt Universität zu Berlin. Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro (UENF) - Laboratório de Gestão e Políticas Públicas (LGPP) e Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política da UENF (PPGSP), Campos dos Goytacazes - RJ; Brasil, Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq - Nível 2, Jovem Cientista do Nosso Estado – FAPERJ,

robertodtj@gmail.com

Resumo: Este artigo busca analisar, em perspectiva comparada, o cotidiano dos profissionais de saúde, ao longo do processo de implementação Estratégia Saúde da Família (ESF) em duas Unidades Básicas de Saúde (UBS), no município de Campos dos Goytacazes, região norte do estado do Rio de Janeiro. Trata-se de duas UBSs com perfis distintos, tanto na capacidade operacional, como também pelo tempo de implantação e modelo de funcionamento adotado. O estudo tem por base um conjunto de análises sobre o processo de construção e funcionamento destes equipamentos públicos, com intuito de compreender como as práticas profissionais e as interações dos agentes implementadores e dos atores políticos podem influenciar o processo de implementação de uma ESF e o resultado dessa política. Foi realizada uma pesquisa qualitativa, com visitas às UBSs selecionadas, o que permitiu uma breve observação do cotidiano do campo e entrevistas com atores-chave, ao longo do segundo semestre de 2018 e os dois primeiros meses de 2019. Por se tratarem de “modelos” diferentes, no tocante à concepções destes equipamentos, além de períodos de vigência também distintos, foi possível observar graus de interferência política diversos, o que impacta na atuação dos burocratas de nível de rua. O estudo apontou ainda que, em situações mais adversas (como a escassez, por exemplo), a capacidade discricionária do burocrata ganha em amplitude e aceitação social. Nos contextos de implementação marcados pela presença intensa e cotidiana de interações entre profissionais e usuários, como ocorre nas unidades da atenção básica do sistema de saúde, surgem redes de relações pessoais que acabam orientando processos de inclusão e exclusão nos serviços.

Palavras-chave: Implementação; Políticas Públicas; Estratégia Saúde da Família; Burocracia do Nível de Rua.

PERCEPTIONS AND DAILY IN IMPLEMENTING THE ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA IN CAMPOS DOS GOYTACAZES (RJ)

Abstract: This article seeks to analyze, in a comparative perspective, the daily lives of health professionals, throughout the implementation process of the *Estratégia Saúde da Família (ESF)* in two *Unidades Básicas de Saúde (UBS)*, in the city of Campos dos Goytacazes, northern region of the state from Rio de Janeiro. These are two UBSs with different profiles, both in terms of operational capacity, as well as the time of implementation and the operating model adopted. The study is based on a set of analyzes on the process of construction and operation of these public facilities, in order to understand how the professional practices and interactions of the implementing agents and political actors can influence the process of implementing an ESF and the result of that policy. A qualitative research was carried out, with visits

to the selected UBSs, which allowed a brief observation of the field's daily life and interviews with key actors, during the second semester of 2018 and the first two months of 2019. Because they are different “models”, with regard to the conceptions of this equipment, in addition to different periods of validity, it was possible to observe different degrees of political interference, which impacts the performance of street-level bureaucracy. The study also pointed out that, in more adverse situations (such as scarcity, for example), the bureaucrat's discretionary capacity gains in breadth and social acceptance. In contexts of implementation marked by the intense and daily presence of interactions between professionals and users, as occurs in basic care units of the health system, networks of personal relationships emerge that eventually guide processes of inclusion and exclusion in services.

Keywords: Implementation; Public policy; Family Health Strategy; Street Level Bureaucracy.

1. Introdução

A proposta deste artigo é compreender o processo de implementação de políticas públicas de saúde no âmbito local. Mais especificamente, uma política pública de atendimento primário, com abrangência no território nacional, focada na saúde da família. Assim, a questão da territorialidade assume papel essencial na implementação da política. E, deste modo, busca-se identificar como ocorre, na ponta, a relação entre os agentes implementadores e os usuários do sistema público de saúde no âmbito local. Para tanto, em termos empíricos, o estudo tem como *locus* o município de Campos dos Goytacazes, região norte do estado do Rio de Janeiro.

O desenho desta política pública surge no início da década de 1990 como Programa Saúde da Família (PSF), na esteira de discussões sobre a falta de acesso das famílias aos serviços de saúde, sendo este também o mesmo argumento para a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991. Tais questões se embasavam no contexto da descentralização e municipalização dos serviços de saúde, com a formalização e respaldo da participação social no âmbito local (ROSA & LABATE, 2005; ROSA e LABATE, 2005; GIRADE, 2010).

Neste sentido, a atenção básica apresentava-se como um dos programas do Governo Federal cuja operacionalidade se estendia aos municípios como sendo os atores responsáveis para a sua implementação, e se tornou uma das principais estratégias de reorientação das práticas profissionais de assistência básica,

promoção da saúde, prevenção de doenças e reabilitação (NEY e RODRIGUES, 2012; CASTRO, et al., 2012; GRAZIANO e EGRY, 2012).

Pouco mais de uma década após a criação do programa, este passou a ser definido como Estratégia Saúde da Família (ESF) por meio da Portaria nº. 648, de 28 de março de 2006¹, e não mais como um programa. A noção de programa remete a atividades com início, desenvolvimento e finalização, enquanto a estratégia se refere a reorganização da atenção básica, sem uma previsão temporal para finalizar essa reorganização. A ESF surge então para reorganizar a atenção básica em saúde no Brasil, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS). É tida pelo Ministério da Saúde (MS) como uma estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica, favorecendo uma reorientação do processo de trabalho, com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica; ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades; além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2018). Neste sentido, e ainda mais por ser operacionalizado na ponta, o funcionamento dessa política depende, de forma permanente, daqueles profissionais atuam na ponta junto às famílias no território (REMOR, 2010; CASTRO, et al., 2012).

Este artigo busca compreender o papel destes profissionais no cotidiano da política pública, investigando sua capacidade de intervir e moldar o processo de implementação. E como apontam Santos e Giovanella (2014: p.625), em um cenário de baixa participação social abre-se espaço para a “reprodução do poder local”, em que pese a ingerência política no espaço da política de saúde no âmbito local.

Até o início da década de 1970, quase não se estudava a implementação de políticas públicas (BIRKLAND, 2001, p. 177). Isso se devia, sobretudo, à crença de que essa fase não era problemática, dado que refletia apenas a execução simples, por parte do braço administrativo do Estado e de outras organizações e atores envolvidos no processo de implementação, da decisão que havia sido previamente formulada pelos governantes. No entanto, a partir dessa mesma década, como resultado de uma multiplicidade de fatores, o Estado, em especial nos países do Atlântico Norte, enfrentou uma crise permanente de governabilidade, deparando com enormes dificuldades em gerir políticas públicas e controlar os processos sociais em geral. Desde então, diferentes modelos teóricos foram criados para

¹ Revogada pela PRt GM/MS nº 2.488 de 21 de outubro de 2011.

explicar – e, não raro, propor estratégias de intervenção – os fracassos e as dificuldades dos agentes governamentais e da administração pública em conduzir a fase de implementação (HUDSON e LOWE, 2004, p. 205).

A negligência da fase da implementação, tida como elemento estático da político, está baseada no modelo *top-down*, que postula o controle racional-burocrático na gestão de políticas públicas, comunga de uma concepção da vida social centrada na ideia de que o sistema político-administrativo é capaz de controlar o funcionamento de processos sociais a fim de garantir a obtenção de determinados resultados em termos de implementação de políticas (BRANS e ROSSBACH, 1997).

Por não se tratar de uma fase estática, o processo de implementação faz com que os cidadãos usuários dessas políticas muitas vezes se tornem “reféns” dos agentes implementadores, já que dependem das práticas e decisões tomadas por estes agentes sobre a condução dos serviços de saúde, o que implica também o uso de sua discricionariedade na tomada de decisões. Por meio da influência de valores, crenças e ideias em suas interações, estes agentes transformam o modo como a política foi concebida em seu desenho original (SANTOS e GIOVANELLA, 2014).

Esses agentes implementadores foram denominados “burocratas do nível de rua” por Michael Lipsky (2010). Para o autor, a principal relevância do trabalho dos “burocratas do nível de rua” se dá pela responsabilidade de mediar esforços de uma política de governo para os cidadãos em interações cotidianas, construindo a dimensão relacional entre estes e o Estado (DUTRA, 2020). São tais burocratas os responsáveis por exprimirem a forma como o governo atua frente a uma determinada função pública, seja de controle social ou bem-estar social, por meio do processo de implementação, momento no qual a política pública vai ser executada e transformada em ação.

Este artigo objetiva analisar o papel desses burocratas na política pública Estratégia Saúde da Família, destacando a interferência do ator político no processo de implementação e nas relações com os usuários dos serviços públicos de saúde oferecidos. Para isso, estudamos uma Unidade de Saúde da Família, que atende exclusivamente pelo modelo de Saúde da Família, e uma Unidade Mista, cujo funcionamento ocorre tanto pelo modelo tradicional, quanto pelo modelo de Saúde da Família. Os profissionais de saúde que atuam na ESF são exatamente aqueles burocratas implementadores que ocupam uma posição um tanto conflituosa, por

serem responsáveis por demandas associadas a saúde e ao bem-estar social. São atores que cotidianamente lidam com *performances* comunicativas que envolvem a conciliação de variadas demandas, necessidades e constrangimentos em contextos de implementação de políticas ou serviços públicos.

Nos contextos de implementação marcados pela presença intensa e cotidiana de interações entre profissionais e usuários, como ocorre nas unidades da atenção básica do sistema de saúde, surgem redes de relações pessoais que acabam orientando processos de inclusão e exclusão nos serviços. No caso da ESF, a própria política pública prevê o acionamento destas redes, mobilizando as relações pessoais dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) como forma de promover canais de integração entre os usuários e a administração pública (PERES, et al, 2011). Trata-se aqui, superando a noção weberiana de um Estado totalmente estruturado por relações impessoais, do que se pode chamar de “dimensão relacional da administração pública” (DUTRA, 2020: p.9), na qual o Estado se torna poroso para estruturas de relações pessoais informais. No entanto, nesta mesma dimensão relacional, relações pessoais estranhas àquelas previstas pela política pública podem também assumir protagonismo e estruturar o acesso aos serviços. No caso da atenção primária, verificamos que na Unidade Básica de Saúde (UBS) desprovida da ESF, esta dimensão relacional acaba sendo protagonizada por atores políticos como vereadores.

2. Método

O trabalho em uma unidade de atendimento básico em saúde requer um arranjo combinatório de elementos que vão desde questões mais técnicas, como o perfil sócio-demográfico e espacial de uma determinada localidade, bem como elementos de caráter eminentemente político que podem se fazer presentes e estruturar o trabalho. Separar estes elementos não é tarefa fácil.

Buscamos identificar os fatores que moldam o comportamento dos “burocratas de nível de rua”, incluindo os atores políticos envolvidos, ressaltando a forma como os modelos de funcionamento das UBSs influenciam e distinguem os resultados de uma mesma política pública em diferentes locais. Para tanto, realizamos um estudo comparativo com o objetivo de analisar o cotidiano da Estratégia Saúde da Família em duas Unidades Básicas de Saúde, no município de

Campos dos Goytacazes, a partir da abrangência e da disposição dessas UBSs. Trata-se de duas UBSs com perfis diferentes em termos de capacidade operacional, funcionamento e estruturação de sua “dimensão relacional” com os usuários.

Os critérios utilizados na seleção das duas Unidades Básicas de Saúde foram: 1) o tempo de funcionamento de cada unidade; 2) o modelo de atendimento adotado; e 3) a facilidade de acesso. A escolha destas unidades se justifica pelo fato de apresentarem características distintas e interessantes de serem comparadas, seguindo os critérios anteriormente mencionados. Os nomes e localidades das unidades foram omitidos.

A “UBS *Campos 1*” foi umas das primeiras a serem implantadas no município, adota o modelo de funcionamento misto e possui acesso facilitado. E a “UBS *Campos 2*” é a unidade mais recente do município (inaugurada em 2016) e que atende exclusivamente pelo modelo de Saúde da Família.

Uma vez definidas as unidades a serem pesquisadas, buscou-se perceber fatores pessoais como interesses e poder discricionário, fatores institucionais como as normas e a estrutura de poder e fatores relacionais como as redes entre agentes implementadores e usuários do serviço. Procura-se assim compreender o *modus operandi* e o cotidiano de trabalho dos “burocratas do nível de rua”, enquanto agentes que podem reinterpretar a política pública e mobilizar recursos e estruturas que vão além do desenho formal da política. A análise da atuação desses profissionais pode nos dar pistas sobre como efetivamente opera a política no processo de implementação em âmbito local e o modo como o ambiente influencia este processo (GRAZIANO e EGRY, 2012).

O trabalho de campo permitiu uma análise mais acurada da atuação dos “burocratas do nível de rua” no processo de implementação da Estratégia Saúde da Família nas duas Unidades Básicas de Saúde no município. Além disso, observou-se a rotina desses profissionais frente à condução prática dessa política, destacando sobretudo as decisões tomadas de forma discricionária sobre os resultados dessa política pública. Para isso, foi desenvolvida uma pesquisa que consistiu em um acompanhamento do dia a dia desses profissionais de saúde, com intuito de observar e analisar suas práticas profissionais e interações com os usuários.

Durante a pesquisa foi utilizado um diário de campo, onde foram anotadas impressões, observações, acontecimentos e falas de profissionais e usuários da

unidade. Em termos de operacionalização da pesquisa, no primeiro ano foram recolhidas informações administrativas a respeito de todas as unidades do município, fundamentais para o afinamento em relação ao conjunto da rede, até chegar a escolha de apenas duas unidades. O acompanhamento da rotina nas unidades abrange o segundo semestre de 2018 até o mês de agosto de 2019, além da coleta de informações específicas de cada unidade selecionada.

3. Resultados e discussões

A Unidade Básica de Saúde *Campos 1* foi inaugurada em 28 de outubro de 1988, uma das primeiras do município. Esta unidade funciona no sistema misto. Tanto o modelo tradicional quanto o modelo misto, que juntos correspondem a mais de 90% das UBSs do município. Os trabalhos de campo permitiram observar peculiaridades do mundo empírico, para o caso em tela, em que pese, sobretudo, os “modelos de implementação” das unidades de saúde. Foi possível perceber que a unidade com funcionamento no sistema misto, permitiu uma maior ingerência da variável política por meio da oferta de consultas, em relação ao modelo de Saúde da Família. Esses modelos de funcionamento oferecem consultas com diferentes especialistas, marcadas por meio da distribuição de fichas semanais, o que de certa forma, muitas vezes acabam se tornando uma “moeda de troca” dos atores políticos envolvidos. Diferentemente de uma UBSF, onde as consultas são marcadas pelos ACSs, apenas para usuários cadastrados na ESF. De acordo com informações coletadas na própria unidade, atuam na UBS *Campos 1*, estruturada pelo modelo misto, 35 funcionários, entre médicos, enfermeiros, dentistas, Agentes Comunitários de Saúde (ACS), recepcionistas, entre outros. A tabela 1 traz o quantitativo dos profissionais que atuam na UBS. As especialidades dos profissionais médicos são apresentadas na tabela 2.

Função	Quant. Total de Profissionais	Profissionais da ESF
Agente Comunitário de Saúde	6	6
Administrativo	1	0
Agente de Saúde Bucal	1	0
Auxiliar de Serviços Gerais	2	0
Atendente de Médico	1	0
Auxiliar de Enfermagem	2	0

Dentista	3	0
Encarregado/Gerente de saúde ²	1	1
Enfermeiro	1	1
Farmacêutico	2	0
Médico	6	1
Recepcionista	2	0
Técnico de Enfermagem	3	1
Técnico de Farmácia	2	0
Vigia Noturno	2	0
Total:	35	10

Tabela 1: Relação de Profissionais da UBS Campos 1 (02/2019)

Fonte: Elaborada pelos autores, a partir dos profissionais da unidade.

Função	Especialidade	Média de atendimentos por plantão ³
Médico	Clínico Geral	25
	Endocrinologista	40
	Ginecologista	50
	Pediatra	20
	Pediatra	40
	Generalista (ESF)	30

Tabela 2: Relação das especialidades médicas oferecidas pela UBS Campos 1 (02/2019)

Fonte: Elaborada pelos autores, a partir dos profissionais da unidade.

No entanto, em consulta ao CNES encontrou-se um total de 137 profissionais cadastrados na unidade⁴, entre médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, além de profissionais que não foram citados na tabela acima, como fisioterapeutas, condutores de ambulância e faxineiro. A quantidade de profissionais cadastrados no sistema é um ponto que chama atenção: se observa um quantitativo de 90 técnicos de enfermagem cadastrados (ou 65,7% desse total), número que provavelmente excede a capacidade máxima de pessoas que a estrutura física da unidade comporta.

Além disso, existem algumas particularidades nessa relação de profissionais. A primeira delas é a figura do “encarregado”, que atua no gerenciamento da unidade. A entrada desse profissional no cargo é por indicação política, sem a exigência de concurso público. “É a cota do vereador”, como ressaltado, em umas

² O termo “gerente de saúde” foi encontrado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, apesar de não ser utilizado entre os profissionais da unidade.

³ Valores referentes ao número de consultas realizadas por plantão.

⁴Ver em: <http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/ficha/profissionais-ativos/3301002286734>. Acesso em 17 de julho de 2019.

das falas dos profissionais. É principalmente por meio destas indicações (e também da indicação de outros profissionais) que se materializa a capacidade de ingerência política nas unidades de saúde. Neste aspecto vale ressaltar que não há distinção entre parlamentares da situação ou oposição. A cotização dos equipamentos públicos de saúde entre os vereadores não se orienta por esta distinção, mas sim por características da localidade, como maior ou menor densidade populacional e aportes de recursos. A presença do “encarregado” é mais evidente em UBS que atuam segundo o modelo tradicional e em algumas unidades de modelo misto, o que indica que tais modelos são mais porosos a esse tipo de ingerência política. Em UBSF, o responsável pela unidade é sempre o enfermeiro da família, cuja atuação praticamente anula a possibilidade da ingerência política⁵.

Em relação as atividades desempenhadas na UBS, são oferecidos serviços nas áreas de clínica geral, endocrinologia, pediatria, ginecologia e odontologia⁶. Além disso, a unidade também conta com posto de farmácia, que fornece medicamentos básicos de forma gratuita para população a partir da apresentação de receituário médico da rede pública. Com funcionamento de segunda feira a sexta feira, de 7h às 17h, a UBS atende cerca de 200 pessoas por dia⁷, e realiza em torno de 3.000 atendimentos por mês⁸, entre ESF e tradicional.

De acordo com as informações do “Perfil dos Bairros”⁹, a localidade possui um total de 1.814 residências, 146 estabelecimentos comerciais e 3.892 habitantes. A UBS *Campos 1* é o único estabelecimento de saúde no bairro. O seu raio de abrangência contempla as modalidades de atendimento no modelo tradicional e Estratégia Saúde da Família, atendendo uma população adscrita de cerca de 380 famílias¹⁰, correspondente a aproximadamente 1.193 pessoas¹¹, distribuídas em um total de sete bairros. Entretanto, não existe um controle em relação ao local de residência das pessoas atendidas.

⁵ Outra informação importante é que o enfermeiro membro da equipe de saúde da família, contabilizado entre os membros da equipe da UBS *Campos 1*, é o mesmo profissional que atende pelo modelo tradicional, distribuindo assim. Esse fenômeno também ocorre com o encarregado, que apesar de estar cadastrado no CNES como membro da Estratégia Saúde da Família, é o responsável pela unidade como um todo.

⁶ O serviço de odontologia não faz parte da ESF.

⁷ Dado disponibilizado pelo profissional responsável pela unidade.

⁸ Dado disponibilizado pelo profissional responsável pela unidade.

⁹ Documento apresentado pela Prefeitura Municipal de Campos. Disponível em: <https://cidac.campos.rj.gov.br/perfilBairros/mobile/index.html#p=74>. Acesso em 28 de junho de 2019.

¹⁰ Dado disponibilizado pelos Agentes Comunitários de Saúde da unidade.

¹¹ Dado disponibilizado pelo profissional responsável pela unidade

A unidade foi projetada para atender os bairros do seu entorno, porém moradores de outros bairros fora do seu perímetro, que se encaminham até a unidade em busca de atendimento, são atendidos normalmente pelo modelo tradicional, desde que apresentem a documentação necessária (carteira de identidade ou certidão de nascimento para crianças e carteirinha do SUS). Já pela Estratégia Saúde da Família são atendidos apenas aqueles que residem nas ruas cobertas pelo ESF, mediante cadastro prévio.

O quadro 1, elaborado em janeiro de 2019, mostra como é organizado o atendimento aos usuários. A maioria dos atendimentos é realizada somente com hora marcada, exceto aqueles de livre demanda, que são oferecidos apenas quando algum usuário comparece solicitando-o. Nesta unidade, o único serviço de livre demanda a disposição é o de aferição de pressão arterial.

Atividade	Segunda-feira		Terça-feira		Quarta-feira		Quinta-feira		Sexta-feira	
	Manhã	Tarde	Manhã	Tarde	Manhã	Tarde	Manhã	Tarde	Manhã	Tarde
Marcação de Consultas	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Médico da Família	X	X	X	-	X	X	X	X	-	-
Clínico Geral	-	-	X	X	-	-	-	X	-	-
Pediatra	-	-	X	X	-	-	X	-	-	-
Ginecologista	-	-	X	X	-	-	-	-	-	-
Obstetra	-	-	X	X	-	-	-	-	-	-
Dentista	X	X	X	X	X	X	X	X	-	-
Odonto pediatra	-	-	-	-	-	-	-	-	-	X
Teste rápido – DSTs	-	-	-	-	X	X	-	-	X	X
Exame ginecológico preventivo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Curativos	X	-	X	-	X	-	X	-	X	-
Coleta de sangue para exame	-	-	X	-	-	-	-	-	X	-
Coleta de material para exame (urina e fezes)	-	-	X	-	-	-	-	-	X	-
Visita domiciliar do médico	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-
Visita domiciliar dos ACSs	X	-	X	-	X	-	X	-	X	-

Quadro 1: Agenda de atendimentos da UBS Campos 1 (01/2019)

Fonte: Elaborado pelos autores.

O exame ginecológico preventivo, realizado pelo enfermeiro, não está marcado no quadro, pois não é sempre que a unidade tem disponível o material necessário para sua realização. Quando recebem o material apropriado os exames são marcados diretamente com os usuários. Sobre este aspecto, em termos formais, apesar de alguns serviços não estarem disponíveis em determinados dias e turnos, segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2017,

(...) recomenda-se que as Unidades Básicas de Saúde tenham seu funcionamento com carga horária mínima de 40 horas/semanais, no mínimo cinco dias da semana e nos 12 meses do ano, possibilitando acesso facilitado à população.

A distribuição das famílias e pessoas por equipe é previamente estabelecida pela PNAB: a população adscrita por equipe de Atenção Básica (eAB) e de Saúde da Família (eSF) deve estar entre 2.000 a 3.500 pessoas, localizada dentro do seu território, garantindo os princípios e diretrizes da Atenção Básica.

Além dessa faixa populacional, podem existir outros arranjos de adscrição, conforme vulnerabilidades, riscos e dinâmica comunitária, facultando aos gestores locais, conjuntamente com as equipes que atuam na Atenção Básica e Conselho Municipal ou Local de Saúde, a possibilidade de definir outro parâmetro populacional de responsabilidade da equipe, podendo ser maior ou menor do que o parâmetro recomendado, de acordo com as especificidades do território, assegurando-se a qualidade do cuidado (PNAB, 2017, 3.3, i).

Ademais, são necessárias quatro equipes por UBS (Atenção Básica ou Saúde da Família) para que possa ser atingido seu potencial resolutivo (BRASIL, 2017). Cada Agente Comunitário de Saúde (ACSs) fica responsável por atender as famílias de uma microárea (PERES, et al, 2011; SANTOS, et al, 2011). A distribuição é dividida pelos próprios agentes. Porém, segundo relatos obtidos nas entrevistas com os ACSs da unidade, posteriormente a divisão inicial, as microáreas preestabelecidas precisaram ser reorganizadas devido a constantes episódios de violência na localidade. Dessa forma, as agentes comunitárias mulheres que atendiam nessa região foram poupadas de realizar visitas nas ruas mais perigosas, principalmente no período vespertino, e trocaram suas áreas de atendimento com os ACS homens, que representam 33,3% dos seis agentes. Sobre esse aspecto, vale ressaltar que algumas famílias cadastradas residentes em ruas de maior risco tiveram as visitas canceladas, pois nem mesmo os ACS homens se sentiam seguros em realizar tal atendimento.

A Unidade Básica de Saúde da Família *Campos 2* é a mais recente do município de Campos dos Goytacazes, até a conclusão da pesquisa. Foi inaugurada em junho de 2016. A UBSF é umas das 18 Unidades Básicas de Saúde do município que oferecem os serviços da Estratégia Saúde da Família. Por adotar um modelo de atendimento exclusivamente pela ESF, o seu formato operacional, pelo que se pôde observar, tende a diminuir a interferência do ator político na rotina das

atividades da unidade, pois atende apenas famílias cadastradas e obrigatoriamente moradoras da região coberta pela unidade. A institucionalização de mecanismo de ordenamento das consultas e atendimentos, a UBSF promove a centralidade do Agente Comunitário da Saúde e bloqueia oportunidades de ingerência política em torno da “dimensão relacional” da atenção primária.

Até o final dessa pesquisa de campo, a UBSF possuía uma equipe de Saúde da Família e um total de 17 funcionários. No modelo de Saúde da Família são atendidas apenas pessoas cadastradas, salvo em casos de serviços por livre demanda, como curativos, aplicação de injetáveis, aferição de pressão e glicemia para a população em geral. Oferece ainda atendimento médico e odontológico, visitas domiciliares e realização de alguns exames às pessoas cadastradas. Também possui posto de farmácia popular, que, no entanto, se encontra desativado pela ausência de responsável técnico farmacêutico, exigido por lei federal. Seu funcionamento é de segunda a sexta, de 8h às 17h.

De acordo com informações fornecidas pelo enfermeiro da família, responsável pela UBSF, o raio de abrangência da unidade contempla quatro bairros. Segundo dados obtidos na própria UBSF¹², a equipe de saúde da família mapeou 3.500 habitantes que residem na área de abrangência da unidade. Todavia, apenas 2.936 deles se interessaram em realizar o cadastro na Estratégia Saúde da Família. Aqueles que recusaram a assistência alegaram “não possuir necessidade dos serviços” ou “possuir plano de saúde”. As tabelas 3 e 4 mostram, respectivamente, a relação dos profissionais que atuam na unidade e a distribuição de famílias cadastradas por ACS.

Função	Quant. de Profissionais
Agente Comunitário de Saúde	6
Auxiliar de Serviços Gerais	1
Dentista	1
Enfermeiro	1
Médico	1
Recepcionista	2
Técnico de Enfermagem	4
Técnico de Saúde Bucal	1
Total	17

Tabela 3: Relação de Profissionais da UBSF Campos 2 (02/2019)

¹²Valores referentes a março de 2019.

Fonte: Elaborada pelos autores, a partir dos profissionais da unidade.

Em consulta ao CNES¹³ foram encontrados 21 profissionais cadastrados na unidade. Além dos 17 profissionais listados, estavam um assistente social, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e um auxiliar de saúde bucal. É importante ressaltar que nesta unidade, assim como nas outras unidades de saúde da família, não existe a figura do “encarregado”, como na UBS *Campos 1*, sendo o enfermeiro da família, agente público concursado, o grande responsável pelo gerenciamento da UBSF *Campos 2*.

Agente Comunitário de Saúde	Nº de famílias cadastradas	Nº de pessoas atendidas
ACS 1	131	355
ACS 2	150	538
ACS 3	151	515
ACS 4	184	537
ACS 5	132	522
ACS 6	176	469
Total:	924	2.936

Tabela 4: Relação de usuários cadastrados na ESF da UBSF Campos 2 (02/2019)

Fonte: Elaborada pelos autores, a partir dos profissionais da unidade.

Dos seis agentes comunitários atuantes na unidade, cada um tem cadastrado em média, 154 famílias. Até março de 2019, possuíam um total de 924 famílias cadastradas, equivalente a 2.936 pessoas. Cada agente comunitário é responsável por atender uma microárea. As microáreas atendidas por essa unidade foram distribuídas e definidas pela própria equipe de saúde da família, de acordo com o endereço da moradia de cada ACS.

No quadro 2 estão dispostos os espaços e ambientes contidos na sugestão de estrutura física “modelo”, segundo o Ministério da Saúde, para Unidades Básicas de Saúde com uma Equipe de Saúde da Família, comparando com a estrutura física da UBSF *Campos 2*, em Campos dos Goytacazes.

Ambientes sugeridos pelo MS	Nº. de salas ou espaços sugeridos pelo MS	Nº. de salas ou espaços contidos na UBS <i>Campos 2</i>
Recepção para pacientes e acompanhantes	1	1
Sala de espera para pacientes e	1 a 3	1

¹³Ver em: <http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/ficha/profissionais-ativos/3301009015450>. Acesso em 12 de julho de 2019.

acompanhantes		
Consultório com sanitário	1	1
Consultório	1	1
Sala de procedimentos	2	2
Almoxarifado	1	1
Consultório odontológico com área para escovário	1	1
Área para compressor e bomba a vácuo	1	1
Área para depósito de material de limpeza (DML)	1	1
Sanitários (para usuários)	2	2
Copa/ Cozinha alternativa	1	1
Sala de utilidades	1	1
Área para reuniões e educação em saúde	1	1
Abrigo de resíduos sólidos	1	1

Quadro 2: Estrutura sugerida pelo MS para UBS com uma eSF¹⁴

Fonte: Brasil (2012).

Como pode ser observado no quadro acima, a UBSF *Campos 2* segue todas as sugestões dadas pelo MS. Essa comparação não pôde ser realizada com a UBS *Campos 1*, por se tratar de uma UBS mista e com construção antiga, e o modelo padrão sugerido abrange apenas unidades de Saúde da Família. O quadro 3 evidencia os tipos de atendimentos oferecidos na UBSF *Campos 2* e a programação com seus respectivos turnos e dias da semana, dando formato à agenda da unidade.

Atividade	Segunda-feira		Terça-feira		Quarta-feira		Quinta-feira		Sexta-feira	
	Manhã	Tarde	Manhã	Tarde	Manhã	Tarde	Manhã	Tarde	Manhã	Tarde
Marcação de Consultas ¹⁵	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Médico da Família	X	-	X	-	-	X	X	-	X	X
Dentista	X	-	X	X	-	X	X	-	X	X
Odonto pediatra ¹⁶	X	-	X	X	-	X	X	-	X	X
Teste rápido – DSTs	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-
Pré-natal	-	-	X	X	-	-	-	-	-	-
Exame ginecológico preventivo - Coleta	-	-	-	-	-	X	-	-	-	-
Exame ginecológico preventivo - Leitura	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-
Coleta de sangue para exame	-	-	-	-	X	-	-	-	-	-
Visita domiciliar dos ACSs	X	X	X	X	X	X	X	-	X	X
Visita domiciliar –	-	-	-	-	X	-	-	-	-	-

¹⁴ Os ambientes contidos no quadro foram retirados do Manual de Estrutura das Unidades Básicas de Saúde, disponibilizado pelo Ministério da Saúde e disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_estrutura_ubs.pdf>

¹⁵ As marcações de consultas são realizadas pelos ACS.

¹⁶ O mesmo profissional odontólogo que atende adultos, também presta atendimento para crianças.

Equipe completa										
Reunião de equipe	-	-	-	-	-	-	-	X	-	-

Quadro 3: Agenda de atendimentos da UBSF Campos 2 (01/2019)

Fonte: Elaborada pelos autores.

Observando o quadro 3, percebe-se que existem dias da semana com poucos atendimentos disponíveis, como segunda e quinta-feira a tarde. Na segunda-feira, não foi informado nada que justificasse a ausência de atendimentos específicos. Já na quinta-feira, o turno da tarde é exclusivamente dedicado a reunião da equipe, o que mantém os profissionais ocupados e indisponíveis para qualquer tipo de atendimento. Além dos serviços apresentados no quadro 2, a unidade oferece em livre demanda os serviços de realização de curativos, aferição de pressão arterial, aplicação de injetáveis, controle de glicemia, inalação/nebulização, acompanhamento Bolsa Família e Programa contra tabagismo, durante o horário de funcionamento da UBS.

As atividades e práticas desenvolvidas nas Unidades Básicas de Saúde são previamente definidas pelo Ministério de Saúde (MS). Na sequência, faremos uma breve comparação das atividades realizadas pelos profissionais das duas unidades com as definições preconizadas pelo MS, de modo que se possa perceber os limites de atuação desses burocratas no seu cotidiano.

A Estratégia Saúde da Família é desenvolvida na Atenção Básica sob a forma de trabalho em equipe e é orientada por princípios como o da universalidade, acessibilidade, vínculo e continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade e participação social. Trata-se de um programa desenvolvido de forma descentralizada e próximo da vida das pessoas, na qual os Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) passam a ser o contato preferencial dos usuários, a porta de entrada e centro de comunicação com a Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2011).

Para que sejam efetivados os princípios anteriores e padronizados os processos de trabalho e a implementação da ESF nas UBS, o Ministério da Saúde traz um conjunto de diretrizes a serem seguidas no no tocante às atividades desenvolvidas nas Unidades Básicas de Saúde. Estão dispostas no quadro 4, algumas das atividades preconizadas pelo Ministério da Saúde que devem ser oferecidas pelas Unidades Básicas de Saúde.

A partir destas informações, buscou-se comparar com o que efetivamente é realizado pela Equipe de Saúde da Família da UBS *Campos 1* e na UBSF *Campos 2*. As informações contidas no quadro 4, sobre a realização ou não das atividades, foram fornecidas por profissionais da unidade e algumas delas observadas efetivamente durante a pesquisa de campo.

Atribuições preconizadas pelo Ministério da Saúde	Desenvolvida na UBS <i>Campos 1</i>		Desenvolvida na UBSF <i>Campos 2</i>	
	Sim	Não	Sim	Não
Mapeamento da área adscrita e dos equipamentos sociais presentes no território	X	---	X	---
Planejamento, busca ativa, captação, cadastramento e acompanhamento das famílias de sua área adscrita	X	---	X	---
Acolhimento, recepção, registro e marcação de consultas	X	---	X	---
Ações individuais e/ou coletivas de promoção à saúde e prevenção de doenças	X	---	X	---
Consultas médicas e/ou de enfermagem	X	---	X	---
Consultas e procedimentos odontológicos, quando existir equipe de saúde bucal	X	---	X	---
Imunizações	X	---	X	---
Inalações	X ¹⁷	---	X	---
Curativos, drenagem de abscessos e suturas	X	---	X	---
Coleta de exames laboratoriais	X	---	X	---
Administração de medicamentos orais e injetáveis	X	---	X	---
Terapia de reidratação oral		X	X	---
Atendimento em urgências básicas de médicos, de enfermagem e odontologia	X	---	X	---
Realização de encaminhamento adequado das urgências, emergências e de casos de maior complexidade	X	---	X	---
Total:	93%	7%	100%	0

Quadro 4: Relação das atividades que preconizadas pelo Ministério da Saúde

Fonte: BRASIL (2006)¹⁸.

A partir das informações acima, é possível observar que a UBS *Campos 1* oferece quase que a totalidade dos serviços estabelecidos pelo Ministério da Saúde. No entanto, a terapia de reidratação oral, além de não ser oferecida, era desconhecida pelos profissionais da unidade. Todavia, é válido ressaltar que, em situações nas quais os serviços não podem ser oferecidos na unidade, independentemente do motivo, o usuário é encaminhado para outros locais dentro

¹⁷ O serviço de inalação não estava disponível na data em que a visita a unidade foi realizada (04/02/2019), devido à falta de materiais disponíveis, mas é uma atividade desenvolvida na unidade.

¹⁸ A lista de atividades a serem desenvolvidas foram retiradas do Manual de Estrutura das Unidades Básicas de Saúde, disponibilizado pelo Ministério da Saúde e disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_estrutura_ubs.pdf>

da rede, onde o serviço está disponível, buscando garantir a assistência integral à saúde.

Fazendo uma análise comparada do funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, foram observadas algumas diferenças e semelhanças. Em relação a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde, alguns dos ACS da UBS *Campos 1* prestaram concurso para trabalhar na UBS *Campos 3*, que fica localizada territorialmente próxima. Porém, devido a extinção da Estratégia Saúde da Família em tal unidade, foram transferidos para a UBS *Campos 1*. De certa forma, essa transferência de UBS acaba justificando o fato de alguns dos ACS morarem um pouco mais distantes da unidade, podendo, de certa forma, influenciar no relacionamento com a comunidade.

De acordo com o que se observou nas entrevistas, os ACS não possuem a obrigatoriedade de comparecerem à UBS todos os dias no início do expediente de trabalho. Eles têm a opção de saírem diretamente de suas casas para realizar as visitas domiciliares às famílias cadastradas, que é o que acontece na maioria dos casos. E em outro momento, eles comparecem à unidade para encaminhar as demandas. Diferentemente do que acontece na UBS *Campos 2*, onde os ACS, todas as manhãs precisam comparecer à unidade, antes de saírem para realizar as visitas domiciliares.

Além disso, na UBS *Campos 2*, uma vez por semana, ocorrem visitas domiciliares com a participação de todos os profissionais componentes da Equipe de Saúde da Família. Já na UBS *Campos 1*, os ACS realizam suas visitas sozinhos e em casos específicos solicitam a presença do técnico de enfermagem ou enfermeiro e, em apenas em casos muito complexos, a presença do médico.

Em relação à demanda pelos serviços ofertados, ficou claro que a UBS *Campos 1* não consegue atender, por meio da Estratégia Saúde da Família, todos os usuários interessados nos serviços. Ou seja, existem muitas famílias que residem em área teoricamente dentro do raio de cobertura da ESF, que possuem interesse em se cadastrar na ESF, mas não conseguem, seja porque a rua onde residem ainda não é coberta pela ESF, seja porque não há vaga. Percebe-se aqui um espaço de intervenção política de legisladores locais sobre o funcionamento da unidade. Os profissionais que atuam nessa unidade apresentam como justificativa para os usuários “não-cobertos” o fato de “a cobertura da ESF ainda não chegou

nessa rua” e algumas vezes relatam o grande número de famílias cadastradas e atendidas pelos ACS.

Em comparação, a UBSF *Campos 2* apresenta um número de famílias cadastradas (2.936 pessoas ou 924 famílias) um pouco abaixo da capacidade máxima (3.500 pessoas) devido à falta de interesse/demanda da própria população, segundo relatos de profissionais da unidade.

No quadro 5 estão organizadas as recomendações de ambientes contidas na PNAB 2017, que devem estar presentes Unidades Básicas de Saúde, e a comparação com a estrutura das UBS *Campos 1* e *Campos 2*.

Ambientes preconizados pela PNAB	UBS <i>Campos 1</i>		UBSF <i>Campos 2</i>	
	Sim	Não	Sim	Não
Consultório médico e de enfermagem	X	---	X	---
Consultório odontológico	X	---	X	---
Consultório com sanitário	X	---	X	---
Sala de procedimentos	X	---	X	---
Sala de vacinas	X	---	X	---
Área para assistência farmacêutica	X	---	X ¹⁹	---
Sala de inalação coletiva	---	X	X	---
Sala de coleta/exames	X	---	X	---
Sala de curativos	X	---	X	---
Sala de expurgo	X	---	X	---
Sala de esterilização	---	X	---	X
Sala de observação	---	X	X	---
Sala de atividades coletivas para os profissionais da AB	X	---	X	---
Área de recepção	X	---	X	---
Local para arquivos e registros	X	---	X	---
Sala multiprofissional de acolhimento à demanda espontânea	---	X	X	---
Sala de administração e gerência	X	---	X	---
Total:	76,5%	23,5%	94%	6%

Quadro 5: Relação dos ambientes sugeridos pela PNAB 2017 para uma UBS

Fonte: [PNAB](#), 2017²⁰.

A partir do quadro a cima percebe-se que, apesar das unidades terem sido construídas antes da publicação da Política Nacional de Atenção Básica 2017, ambas apresentam grande parte dos ambientes sugeridos. No momento da construção da UBSF *Campos 2* estava em vigor a antiga PNAB de 2012, que já sugeria os ambientes listados no quadro, com a exceção de apenas dois deles. Por

¹⁹ Este ambiente estava desativado até o momento de finalização do campo (fevereiro de 2019).

²⁰ Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em 12 de julho de 2019.

sua vez, no momento de construção da UBS *Campos 1*, não havia esse tipo de regulamento.

Por fim, ressalta-se a questão da infraestrutura. Na UBS *Campos 1* existem algumas salas desativadas por causa de vazamentos e infiltrações, como por exemplo, a sala de imunização, fator que afeta diretamente o atendimento da população. Já a UBS *Campos 2* apresenta uma estrutura física construída recentemente, inaugurada dois anos antes do início da pesquisa, e em condições adequadas, onde todas as salas funcionam normalmente. E algumas delas se encontram em “desuso” por falta de demanda.

4. Considerações finais

As políticas públicas são elaboradas pelos formuladores no alto escalão da burocracia, coordenadas pelo médio escalão e executadas na ponta pelos chamados “burocratas de nível de rua”. Segundo Selznick (1948), as atribuições da implementação necessariamente envolvem indivíduos concretos que possuem interesses e objetivos que nem sempre coincidem com as orientações formais da política pública. Neste sentido, entende-se a presença de resistências apresentadas pelos agentes implementadores ao cumprimento de algumas instruções e normas. Além disso, há também o fato destes profissionais não conseguirem realizar suas funções segundo as concepções estabelecidas nas normas da política devido às limitações de recursos no campo de trabalho, às condições estruturais da unidade de saúde em que atuam e as constantes pressões conflitantes exercidas tanto por parte do Estado, por meio dos atores políticos, quanto pelos usuários da rede pública de saúde.

Como resposta a esses tipos de limitações e a outros fatores que inibem o desempenho de suas funções, estes agentes implementadores acabam desenvolvendo estratégias para lidar com as pressões e fazer a política acontecer, mesmo com os recursos limitados e as condições inadequadas no ambiente de trabalho. Isso é possível devido à discricionariedade que exercem, e pela vontade e motivação pessoal de obterem resultados satisfatórios com a implementação da política. Os relatos dos profissionais apontam tais questões: eles ressaltam que, inúmeras vezes, decidiram assumir pessoalmente os custos de materiais e serviços que deveriam ser financiados e disponibilizados pela Prefeitura.

De acordo com Brodtkin (2012), olhando para a burocracia de nível de rua é possível observar que as práticas “problemáticas” dos agentes implementadores não são responsabilidade exclusiva destes burocratas, pois decorrem também das limitações estruturais que interferem nas condições de trabalho destes profissionais que atuam na ponta. Em ambientes de escassez, tais iniciativas discricionárias tendem a ser mais presentes.

O estudo e a comparação de duas unidades permitiu observar que a ingerência política também depende de determinadas condições organizacionais ligadas ao modelo de atendimento. A ingerência política se aproveita de oportunidades criadas em unidades básicas de saúde que não adotam o atendimento exclusivo pela Estratégia Saúde da Família. Embora os contextos de implementação de políticas com presença intensa e cotidiana de interações entre profissionais e usuários, como ocorre em todas as unidades da atenção básica do sistema de saúde, sejam propícios à emergência de redes de relações pessoais que acabam orientando processos de inclusão e exclusão nos serviços, a estrutura destas redes pode variar bastante de acordo com o modelo institucional. De fato, a ESF prevê formalmente o acionamento de redes informais entre Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e os usuários. A própria política pública recorre à “dimensão relacional do Estado” (DUTRA, 2020), na qual a administração se torna porosa para estruturas de relações pessoais informais. No entanto relações pessoais estranhas àquelas previstas pela política pública podem também assumir protagonismo na “dimensão relacional do Estado” e estruturar o acesso aos serviços. No caso da atenção primária, verificamos que na Unidade Básica de Saúde (UBS) desprovida da ESF, esta dimensão relacional acaba sendo protagonizada por atores políticos como vereadores e “encarregados”, que aproveitam as oportunidades criadas pela ausência de uma rede criada em torno dos Agentes Comunitários de Saúde (ACSs).

Como ressalta Lotta (2018) em seus estudos sobre a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACSs), as Unidades Básicas de Saúde (UBS) se aproveitam de redes de relações construídas em interações entre estes agentes e os usuários dos serviços. Segundo ela, os estilos destas interações são condicionados muito mais por decisões individuais e pelo exercício da discricionariedade do que por “questões de contexto ou organizacionais da UBS”

(Lotta, 2018, p. 164). No entanto, embora a administração pública não possa controlar o estilo das interações e nem o conjunto das relações pessoais que compõem as redes em torno do ACSs, ela pode controlar o tipo de redes que emerge no contexto de implementação, facilitando ou dificultando, por exemplo, o surgimento de relações de dependência pessoal em torno de atores políticos: ao decidir pelo modelo do atendimento exclusivo pela ESF, as unidades acabam bloqueando o poder destes atores políticos de influenciar em decisões sobre inclusão e exclusão nos serviços. Neste sentido, ao estruturar a “dimensão relacional do Estado” em torno dos profissionais (ACSs), a ESF, além promover a integração do sistema de saúde com a sociedade, também contribui para o insulamento da administração em relação à interferências políticas.

Por fim, mas não menos importante, destaca-se as condições de incidência do fator político e sua influência no processo de implementação da política pública. Autores como Silva e Melo (2000) afirmam que estudos empíricos já revelaram um padrão distinto, onde prevalece a troca, a negociação, a barganha, o dissenso e a contradição quanto aos objetivos. Ao invés de controle, autoridade e legitimidade, verifica-se ambiguidade de objetivos, recursos limitados e problemas de coordenação. A existência de um ator político “responsável”, ainda que de modo informal, pela unidade de saúde possibilita a “troca de favor”, na qual a moeda de troca utilizada é a agilidade ou o acesso a um serviço de saúde que deveria ser oferecido para todos, sem qualquer tipo de distinção política.

5. Referências bibliográficas

BIRKLAND, T.A. An introduction to the policy process: theories, concepts, and models of public policy making. Nova York, M.E. Sharp, 2001.

BRANS, M. e ROSSBACH, S. The autopoiesis of administrative systems: NiklasLuhmann on public administration and public policy. Public Administration, 75 (3): 417-439, 1997.

BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica (DAB). Disponível em: < http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_esf.php> Acesso em: 15 de out. de 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica (DAB). Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_como_funciona.php?conteudo=esf> Acesso em: 15 de abr. de 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2017.

BRODKIN, E. Z. Reflections on Street-Level Bureaucracy: Past, Present, and Future. *Public Admin Rev*, 72: 940-949. 2012. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1540-6210.2012.02657.x>> Acesso em 18 de abr. de 2018.

CASTRO, R.C.L., *et al.* Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 28(9):1772-1784, set, 2012.

DUTRA, R. Sistema Político-Administrativo e Interações na Implementação de Políticas Públicas. *Rev. bras. Ci. Soc.* [online], vol.35, n.102, 2020.

GIRADE, H. Assim nasceu o programa de Saúde da Família no Brasil. In: Brasil. Ministério da Saúde (MS). Memórias da saúde da família no Brasil. Brasília: MS; p.20-25, 2010.

GRAZIANO, A.P. e EGRY, E.Y. Micropolítica do trabalho dos profissionais de saúde na UBS: visão sobre necessidades de saúde das famílias. *Rev Esc Enferm USP*, 46(3):650-6, 2012.

HUDSON, J. e LOWE, S. Understanding the policy process: analysing welfare policy and practice. Bristol, Policy Press, 2004.

LIPSKY, M. Street-level bureaucracy. Dilemmas of the individual in public service. 30th anniversary expanded edition. New York: Russell Sage Foundation, 2010.

LOTTA, G.S. Implementação de políticas públicas: o impacto dos fatores relacionais e organizacionais sobre a atuação dos burocratas de nível de rua no Programa Saúde da Família. Tese. USP. São Paulo, 2010.

LOTTA, G.S. Burocracia, redes sociais e interação: uma análise da implementação de políticas públicas. *Revista de Sociologia e Política*, 26 (66): 145-173. 2018.

NEY, M.S. e RODRIGUES, P.H.A. Fatores críticos para a fixação do médico na Estratégia Saúde da Família. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 22 [4]: 1293-1311, 2012.

PERES, C.R.F.B., *et al.* O Agente Comunitário de Saúde frente ao processo de trabalho em equipe: facilidades e dificuldades. *Rev Esc Enferm USP*, 45(4):905-11, 2011.

REMOR, L.C. Indicadores de Saúde como apoio à Gestão do Sistema Único de Saúde. *Rev. InterSciencePlace*. Ano 3 - N ° 15 Setembro/Novembro, 2010.

ROSA, W.A.G. e LABATE, R.C. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. *Rev Latino-am Enfermagem novembro-dezembro*; 13(6):1027-34, 2005.

ROSA, W.; e LABATE, R. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 13, n. 6, dez. 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/SciELO.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000600016&lng=en&nrm=iso> Acesso em 22 de out. de 2018.

SANTOS, A.M., e GIOVANELLA, L. Governança regional: estratégias e disputas para gestão em saúde. *Rev Saúde Pública*;48(4):622-631, 2014.

SANTOS, K.T., *et al.* Agente comunitário de saúde: perfil adequado a realidade do Programa Saúde da Família? *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(Supl. 1):1023-1028, 2011.

SELZNICK, P. Foundations of the Theory of Organization. *American Sociological Review*.25–35, 1948.

SILVA, P.; MELO, M. O processo de implementação de políticas públicas no Brasil: características e determinantes da avaliação de programas e projetos. UNICAMP. 2000. Disponível em: <https://governancaegestao.files.wordpress.com/2008/05/teresa-aula_22.pdf> Acesso em 11 de jan. de 2019.