

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO NORTE FLUMINENSE DARCY RIBEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DO HOMEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA POLÍTICA

Lyzandra Borges de Souza

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

Campos dos Goytacazes

2019

Lyzandra Borges de Souza

**A POLÍTICA E O COTIDIANO NA IMPLEMENTAÇÃO DA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA EM CAMPOS DOS GOYTACAZES (RJ)**

Dissertação de Mestrado apresentado junto ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política, da Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Sociologia Política.

Orientador: Prof. Dr. Mauro Macedo Campos

Co-orientador: Prof^a. Dr^a. Annabelle de Fátima Modesto Vargas

Campos dos Goytacazes

2019

**A POLÍTICA E O COTIDIANO NA IMPLEMENTAÇÃO DA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA EM CAMPOS DOS GOYTACAZES (RJ)**

LYZANDRA BORGES DE SOUZA

Dissertação de Mestrado apresentado junto ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política, da Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Sociologia Política.

Aprovada em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Cristiane de Cássia Nogueira Batista de Abreu
Universidade Redentor (UNICREDENTOR)

Prof. Dr. Nilo Lima de Azevedo
Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro (UENF)

Prof. Dr. Roberto Dutra Torres Júnior
Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro (UENF)

Prof^a. Dr^a. Annabelle de Fátima Pereira Modesto - Coorientadora
Universidade Redentor (UNICREDENTOR)

Prof. Dr. Mauro Macedo Campos - Orientador
Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro (UENF)

*Dedico esta dissertação ao grande amor
da minha vida, minha mãe Lucia Helena
(in memoriam).*

Cada escolha, por menor que seja, é uma forma de semente que lançamos sobre o canteiro que somos. Um dia, tudo o que agora silenciosamente plantamos, ou deixamos plantar em nós, será plantação que poderá ser vista de longe...

Pe. Fábio de Melo

AGRADECIMENTOS

A minha vivência com o mestrado iniciou-se antes mesmo da matrícula. Foi árduo o caminho até este momento de conclusão, mas durante este tempo, tive algumas fontes de força e apoio, por isso o meu agradecimento:

Primeiramente à Deus, que me fortaleceu nos momentos de fraqueza e permitiu que eu chegasse até aqui, excluindo do meu coração qualquer possibilidade de desistir.

À minha mãe, Lucia Helena (*in memoriam*), que sempre acreditou na minha capacidade e apoiou com veemência todos os meus sonhos. Que durante o seu tempo aqui na Terra, nos ensinou inúmeras lições sobre o amor e a fé. Que comemorou comigo a minha entrada no programa de mestrado e que, apesar de não estar presente neste momento de conclusão, é a razão pela qual este trabalho foi concluído.

Ao meu pai, Paulo Sergio, por uma vida inteira de dedicação à nossa família e mesmo sem compreender muito bem a importância deste título, comemora esta conquista. Aos meus irmãos Paulo Sergio e Juliana, pelo apoio e incentivo diário. E a todos eles pelo amor e companheirismo durante esta jornada.

Ao meu orientador Mauro, por tamanha paciência e compreensão. Por infinitas vezes ter apontado a direção correta e me mostrado o caminho a ser percorrido. E por ter sido um grande amigo durante esses anos na universidade.

À minha coorientadora Annabelle, a qual nutro imenso carinho e admiração, por toda sua gentileza e pela parceria de extrema importância.

Aos profissionais das unidades de saúde Jamil Ábido e Parque Rodoviário, pelo apoio e colaboração.

Aos meus parentes e amigos que torceram por mim durante esta caminhada e hoje celebram comigo a realização de finalizar esta etapa.

Muito obrigada!

CONVENÇÕES ADOTADAS NA DISSERTAÇÃO

Esclareço aqui, algumas questões em relação à formatação: é adotado, ao longo deste trabalho, a primeira pessoa do singular para descrever experiências vividas durante a pesquisa de campo e a terceira pessoa do singular no restante do texto, para análises bibliográficas. A fonte itálica, junto com as aspas, são utilizadas em momentos de transcrição das falas dos profissionais entrevistados. As falas foram transcritas fielmente, sem quaisquer alterações, mantendo as expressões próprias e concordâncias nominais e verbais.

RESUMO

O presente trabalho busca analisar, em perspectiva comparada, a operacionalização do trabalho dos profissionais de saúde, na implementação Estratégia Saúde da Família (ESF) em duas Unidades Básicas de Saúde (UBS) distintas, 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 da ESF e o resultado da política pública. Foi realizada uma pesquisa qualitativa, a qual a parte empírica se deu por meio de visitas presenciais junto às UBSs selecionadas, uma breve observação do cotidiano do campo e entrevistas a atores-chave, ao longo do segundo semestre de 2018 e os dois primeiros meses de 2019.

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

ABSTRACT

This dissertation aims to analyze, in a comparative perspective, the operationalization of the work of health professionals in the implementation of Family Health Strategy (FHS) in two different Basic Health Units (BHU), in the city of Campos dos Goytacazes, northern region of the state from Rio de Janeiro. These are two BHUs with different profiles, both in operational capacity, as well as the time of implementation and 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 the political actors can influence the FHS implementation process and the outcome of the project. public policy. A qualitative research was carried out, which was conducted through face-to-face visits to the selected UBSs, a brief observation of the daily life of the field and interviews with key actors during the second half of 2018 and the first two months of the year. 2019.

Keywords: Implementation; Public policy; Family Health

LISTA DE SIGLAS

ACS - Agente Comunitário de Saúde

CF - Constituição Federal

CIR - Comissão Intergestores Regional

ESF - Estratégia Saúde da Família

MS - Ministério da Saúde

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PSF - Programa Saúde da Família

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUS - Sistema Unificado de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

UBSF - Unidade Básica de Saúde da Família

USF - Unidade de Saúde da Família

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Desenho da pesquisa

Quadro 2: Agenda de atendimentos da UBS Jamil Ábido (01/2019)

Quadro 3: Estrutura sugerida pelo MS para UBS com uma ESF

Quadro 4: Agenda de atendimentos da UBSF Parque Rodoviário (01/2019)

Quadro 5: Relação das atividades que preconizadas pelo Ministério da Saúde

Quadro 6: Relação dos ambientes sugeridos pela PNAB 2017 para uma UBS

Quadro 7: Descrição da estrutura física da UBS Jamil Ábido

Quadro8: Descrição da estrutura física da UBS Parque Rodoviário

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Distritos do Município de Campos dos Goytacazes, RJ

Tabela 2: Divisão das Unidades Básicas de Saúde segundo o modelo vigente (08/2018)

Tabela 3: Estabelecimentos de saúde de atendem ao SUS (12/2018)

Tabela 4: Relação de Profissionais da UBS Jamil Ábido (02/2019)

Tabela 5: Relação das especialidades médicas oferecidas pela UBS (02/2019)

Tabela 6: Relação de Profissionais da UBSF do Parque Rodoviário (02/2019)

Tabela 7: Relação de usuários cadastrados na ESF da UBSF de Parque Rodoviário (02/2019)

LISTA DE MAPAS

Mapa 1: Estabelecimentos de Saúde por distrito em Campos dos Goytacazes, RJ (08/2019)

Mapa 2: Raio de atendimento da UBS Jamil Ábido em Campos dos Goytacazes (08/2018)

Mapa 3: Raio de atendimento da UBS Parque Rodoviário em Campos dos Goytacazes, RJ (08/2018)

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Mapeamento dos Principais Estabelecimentos de Saúde do Município de Campos dos Goytacazes (RJ) - (08/2017)

Figura 2: Unidade Básica de Saúde Jamil Ábido

Figura 3: Unidade Básica de Saúde da Família do Parque Rodoviário

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Distribuição Populacional por Distritos - Campos dos Goytacazes, RJ

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	14
Aspectos Metodológicos	19
Desenho da pesquisa	19
Encadeamento dos capítulos	21
CAPÍTULO I: IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL: NOÇÕES E APONTAMENTOS TEÓRICOS RECENTES	22
1.1 A Estratégia Saúde da Família no ordenamento do SUS	26
1.2 Políticas Públicas e o seu processo de implementação na ponta	30
1.3 A burocracia do nível de rua e a sua capacidade discricionária	34
CAPÍTULO II: A REALIDADE E A POLÍTICA NA CONSTRUÇÃO DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE CAMPOS DOS GOYTACAZES (RJ) .	39
2.1. As Unidades Básicas de Saúde na Atenção Básica do SUS	48
2.1.2 Unidade Básica de Saúde - Jamil Ábido	49
2.1.3. Unidade Básica de Saúde da Família – Parque Rodoviário.....	56
2.2. Comparação das Atividades Desenvolvidas entre as Unidades Básicas de Saúde.....	62
CAPÍTULO III: AS PERCEPÇÕES E O COTIDIANO NA IMPLEMENTAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	67
3.1A pesquisa de campo como ferramenta de análise	69
3.2. As percepções sobre a estrutura física das unidades de saúde.....	71
3.3. As percepções sob o olhar dos profissionais.....	81
3.4. Retorno ao campo: novas observações.....	85
CONSIDERAÇÕES FINAIS	89
REFERÊNCIAS.....	92
ANEXOS	96

INTRODUÇÃO

A proposta a ser desenvolvida ao longo deste trabalho tem como norte o processo de implementação de políticas públicas. E, deste modo, perceber como ocorre, na ponta, a relação entre os agentes implementadores, com os usuários do sistema público de saúde, por meio do programa Estratégia Saúde da Família (ESF), no âmbito local, mais especificamente, em Campos dos Goytacazes, região norte do estado do Rio de Janeiro.

O Programa Saúde da Família (PSF) foi criado no início da década de 1990, na esteira de discussões sobre a falta de acesso das famílias aos serviços de saúde, sendo 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; GIRADE, 2010).

Neste sentido, a atenção básica apresentava-se como um dos programas do Governo Federal cuja operacionalidade se estendia aos municípios 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.

Pouco mais de uma década após a criação do programa, passou a ser definido como Estratégia Saúde da Família por meio da Portaria nº. 648, de 28 de março de 2006¹, e não mais como um programa. Assim, tem-se uma noção de que o termo 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 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; de

¹ Revogada pela Portaria nº.2.488, de 21 de outubro de 2011, porém não houve modificação no estabelecimento do antigo PSF como estratégia.

ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades; além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2018).

Em termos operacionais, a Estratégia Saúde da Família visa o trabalho na lógica da promoção da saúde, almejando a integralidade da assistência ao usuário como sujeito integrado à família, ao domicílio e à comunidade. Deste modo, tende-se a garantir a vinculação dos profissionais e dos serviços com a comunidade, e a perspectiva de promoção de ações intersetoriais (RONCOLETTA, 2003). Neste sentido, a ESF busca alterar o modelo assistencial de saúde, centrado na doença, no médico e no hospital, reforçando a ideia de prevenção às doenças frente a parte curativa; e como resposta às necessidades de uma atenção integral desenvolvida por equipe multiprofissional, ao indivíduo e à comunidade, com intensa participação da comunidade (BRASIL, 1997).

O modelo assistencial de saúde “é uma dada forma de combinar técnicas e tecnologias para resolver problemas e atender necessidades de saúde individuais e coletivas. É uma razão de ser, uma racionalidade, uma espécie de ‘lógica’ que orienta a ação” (PAIM, 2003, p.568). Com efeito, a Estratégia Saúde da Família integra um conjunto de medidas de reorganização da atenção básica de saúde, com intuito de se constituir um novo modelo de atenção à saúde para a população no âmbito do SUS. Oferece a prestação do serviço nos próprios domicílios – com o intuito de humanizar o atendimento, abordar a saúde dentro do contexto social e intervir em fatores de risco das residências (BRASIL, 1997).

Tais iniciativas possibilitam o fortalecimento dos princípios da universalidade, acessibilidade, integralidade e equidade do SUS, garantindo a oferta de serviços, de forma preventiva e curativa junto às comunidades. Servem, ainda, como um elo entre a comunidade e os serviços de saúde, com a veiculação de informações para as ações de vigilância e a organização da atenção à saúde nos municípios (BRASIL, 2012). Portanto, trata-se de um modelo que privilegia as atividades na ponta, em que pese, sobretudo, uma relação de proximidade entre os profissionais de saúde e os usuários.

Este trabalho trata-se de um empreendimento que busca compreender o papel dos profissionais no seu cotidiano e como moldam a política pública, a

partir da capacidade de intervirem nesse processo. Afinal, o processo de implementação de uma política pública, comumente não chama tanto a atenção dos analistas, enquanto o foco maior dos estudos e pesquisas é voltado para o “produto final”, ou seja, para os resultados obtidos das políticas públicas (LOTTA, 2010).

No entanto, por não se tratar de uma fase estática, o processo de implementação faz com que os cidadãos usuários destas políticas, muitas vezes se tornem “reféns” dos agentes implementadores, por dependerem das práticas e decisões tomadas por estes agentes, através da prática cotidiana na condução dos serviços de saúde, o que implica também, nessa prática, o uso de sua discricionariedade na tomada de decisões e por meio da influência de valores, crenças e ideias em suas interações, transformam o modo como a política foi concebida e seu desenho original (LOTTA, 2010).

Esses agentes implementadores também são conhecidos como “burocratas do nível de rua”, termo utilizado por Michael Lipsky (2010). Para o autor, a principal relevância do trabalho dos burocratas do nível de rua se dá pela responsabilidade de transmitir os esforços de uma política de governo para os cidadãos, mediando aspectos do relacionamento e interação entre estes e o Estado. São tais burocratas os responsáveis por exprimirem a forma como o governo atua determinada função pública, seja de controle social ou bem-estar social, por meio do processo de implementação, momento o qual a política pública vai ser executada e transformada em ação.

Há que se considerar, também, nesse ambiente, o papel dos atores políticos locais. Afinal, a implantação de uma Unidade de Saúde da Família (USF) parte de uma decisão política, que pode ser, simplesmente, a instalação em UBSs já existentes (sem a necessidade de construção de novas unidades), através da readequação de seu funcionamento, obedecendo aos critérios de referência territorial e de facilidade de acesso a população. E tais iniciativas, na prática, são guiadas pelos atores políticos que se mobilizam nesse sentido.

Em casos de readequação do funcionamento de UBSs já existentes, a implantação muitas vezes vai exigir estratégias de transição de um modelo a outro. Uma UBS que atua seguindo o modelo tradicional passa, então, a seguir o modelo de Estratégia Saúde da Família ou o modelo misto, se for atuar das duas formas, seguindo ambos os modelos. Nesses casos, é necessário manter

a convivência das duas lógicas de atuação por um determinado período. Normalmente é um período de conflitos, onde entram em jogo uma série de interesses, onde se manifestam, também, interesses de ordem meramente política. Em termos de prioridades espaciais para a implantação da ESF, há o indicativo do próprio Ministério da Saúde, de que sejam em áreas periféricas, que apresentam maior dificuldade de acesso e maiores riscos de adoecimento e morte. Depois vão ampliando a atuação para áreas mais centrais, onde os serviços de saúde são mais "estruturados" (BRASIL, 2000).

Este trabalho objetiva analisar o papel desses burocratas ao lidarem com a política pública Estratégia Saúde da Família, a interferência do ator político no processo de implementação e o usuário, para os quais se destinam os serviços públicos de saúde oferecidos, em uma Unidade de Saúde da Família e uma Unidade Mista, quando uma unidade funciona tanto pelo modelo tradicional, quanto pelo modelo de Saúde da família. Os profissionais de saúde da ESF são burocratas implementadores e 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 (LOTTA, 2010).

Estes burocratas estão alocados na base da cadeia hierárquica. Isso faz com que, muitas vezes, eles sejam cobrados, ora por vagas de consultas, ora por agilidade no atendimento, dentre outros aspectos. No entanto, as interações entre os burocratas e os usuários dos serviços, não se restringem a questões de cunho meramente organizacional, indo para uma esfera muitas vezes pessoal. Os cidadãos depositam suas expectativas e demandas sobre uma determinada função pública, o que produz uma influência na execução de ações por parte do burocrata (MODESTO, 2017). Quando não são atendidos conforme as expectativas criadas, podem vir a utilizar-se de alguns atalhos, que envolvem fatores, como por exemplo, a personalidade na sua relação, tanto com os próprios profissionais que atuam nas unidades, bem como com atores políticos, que podem atender as suas demandas. Ou seja, esse problema pode não se manifestar apenas pelo lado da oferta, mas também, pelo lado da demanda, o que retroalimenta esse ciclo.

Para compreender essas ações, busca-se aqui, analisar o processo de implementação da “Estratégia Saúde da Família”, como um processo dinâmico e de interação entre os agentes implementadores e o público alvo, usuários das políticas públicas; tentando entender as questões relativas às práticas profissionais desses burocratas, visto que sua capacidade discricionária, suas formas de interação e a maneira como constroem suas ações, de acordo com a autora, podem influenciar de alguma forma, o processo de implementação da política pública. Tais questões, de acordo com Minayo (1998), não podem ser desconectadas com a realidade econômica, política e social mais ampla da qual fazem parte diante do fenômeno saúde e doença.

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 justificativas de caráter eminentemente político. Separar estes argumentos não é tarefa fácil. O estudo tem por base um conjunto de análises sobre o processo de construção e funcionamento destes equipamentos públicos. Deste modo, compreender o *modus operandi* de tais equipamentos públicos demanda um esforço analítico, que é o que se pretende desenvolver neste trabalho.

Deste modo e buscando identificar os fatores que moldam o comportamento dos burocratas de rua, bem como dos atores políticos envolvidos, e a forma como os modelos de funcionamento das UBSs influenciam e distinguem os resultados de uma mesma política pública em locais distintos, e, para tanto, busca-se realizar um estudo comparativo com o objetivo de analisar o cotidiano da Estratégia Saúde da Família em Unidades Básicas de Saúde distintas, no município de Campos dos Goytacazes, a partir da abrangência e da disposição dessas UBSs. Trata-se de duas UBSs com perfis distintos, tanto na capacidade operacional, como também pelo tempo de funcionamento.

Em vista disso, serão analisados alguns fatores pessoais: como interesses e poder discricionário; fatores institucionais: como as normas e a estrutura de poder; e fatores relacionais: dos agentes implementadores com os cidadãos usuários do serviço.

Busca-se assim, compreender o *modus operandi* e o cotidiano da rotina de trabalho dos chamados “burocratas do nível de rua”, enquanto agentes que podem reimplementar, a seu modo, a política pública, em relação ao desenho formal da política. A análise da atuação desses profissionais pode nos dar pistas sobre como efetivamente operam a política, o processo de implementação do ESF no âmbito local e o modo como o ambiente influencia o processo de implementação.

Aspectos Metodológicos

O presente trabalho é delineado da seguinte forma:

Quadro 1: Desenho da pesquisa

Questão de pesquisa	Como as práticas do dia a dia de trabalho e as interações dos profissionais da saúde (agentes implementadores e atores políticos) da Estratégia Saúde da Família podem influenciar o processo de implementação e o resultado da política pública?
Objetivo	Analisar a atuação desses burocratas do nível de rua, no processo de implementação da Estratégia Saúde da Família, em duas Unidades Básicas de Saúde e verificar a atuação cotidiana desses profissionais, frente à condução prática dessa política e os possíveis efeitos decorrentes de decisões tomadas de forma discricionária nos resultados dessa política pública.
Localidade	Campos dos Goytacazes, RJ.
Unidades Básicas de Saúde	UBS Jamil Ábido UBSF Parque Rodoviário
Recorte Temporal	2018 - 2019

Trata-se de um estudo comparativo realizado entre duas Unidades Básicas de Saúde, no município de Campos dos Goytacazes (RJ), que atuam por meio da Estratégia Saúde da Família.

A questão de pesquisa posta concerne em identificar a maneira como as práticas profissionais e as interações, tanto por parte dos agentes implementadores quanto por parte dos atores políticos, podem influenciar no

processo de implementação da Estratégia Saúde da Família, e consequentemente, no resultado da política.

Neste sentido, buscando a compreensão desta questão, será analisada a atuação dos burocratas do nível de rua no processo de implementação da Estratégia Saúde da Família, em duas Unidades Básicas de Saúde em Campos dos Goytacazes. Além disso, também será observado o cotidiano desses profissionais frente à condução prática dessa política, destacando, sobretudo as decisões tomadas de forma discricionária nos resultados dessa política pública.

Para isso, foi desenvolvida uma pesquisa de campo que consiste em um acompanhamento presencial do cotidiano dos profissionais de saúde das unidades, com intuito de observar e analisar suas práticas profissionais e interações com os usuários.

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

Após 8 meses da finalização do campo, retornou-se ao campo e foram observadas as mudanças de lá pra cá.

O recorte temporal se dá a partir do ano de 2018 até o ano de 2019. No primeiro ano foram recolhidas informações administrativas a respeito de todas as unidades do município de Campos, fundamentais para o afunilamento do quantitativo total, até chegar a escolha de apenas duas unidades. Já no ano de 2019, foi realizado o acompanhamento presencial, além da coleta de informações específicas de cada unidade selecionada.

Os critérios utilizados na seleção das duas Unidades Básicas de Saúde foram: o tempo de funcionamento de cada unidade; o modelo de atendimento adotado; e 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. A UBS Jamil Ábido foi umas das primeiras a serem implantadas no município, adota o modelo de funcionamento misto e possui acesso facilitado. E a UBS do Parque Rodoviário é a unidade mais recente de Campos, foi a última a ser implantada, atende exclusivamente pelo modelo de Saúde da Família e também possui acesso facilitado.

Encadeamento dos capítulos

Este trabalho está organizado em três capítulos, além da introdução e das considerações finais e será conduzido da seguinte forma: no Capítulo I são tratados alguns aspectos teóricos importantes para a compreensão do problema de pesquisa. Serão apresentadas literaturas importantes que tratam dos principais assuntos que norteiam este trabalho, como a implementação de políticas públicas, da burocracia do nível de rua e da Estratégia Saúde da Família, política pública trabalhada nesta dissertação.

O Capítulo II é destinado à apresentação das Unidades Básicas de Saúde abordadas ao longo do trabalho. É apresentada o esboço de uma análise situacional, apontando as principais características e particularidades de cada uma delas, assim como algumas de suas diferenças e similitudes.

Já o Capítulo III, irá abordar a pesquisa de campo, propriamente dita, que foi realizada nas duas UBSs, durante aproximadamente dois meses. Serão descritas as impressões do autor e as observações feitas por ele. Serão narradas importantes falas e histórias relatadas no campo, pelos profissionais de saúde do local. Além disso, serão expostas as principais mudanças ocorridas 8 meses após o campo ter sido encerrado.

E por fim, serão apresentadas as considerações finais.

CAPÍTULO I

IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL: NOÇÕES E APONTAMENTOS TEÓRICOS RECENTES

A Constituição Federal (CF) de 1988 foi 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 (LOTTA, 2010). Foram definidas competências comuns à União, aos estados, ao distrito federal e aos municípios, no que se refere à maioria das políticas sociais nas áreas da saúde, educação, assistência social, habitação, cultura, saneamento, meio ambiente². A adoção de tais procedimentos se alinha aos propósitos estabelecidos pelo processo de descentralização em boa parte das políticas sociais, intensificado ao longo da década de 1990, objetivando uma prestação de serviços com mais eficiência e qualidade, além de fiscalização e controle por parte da sociedade (ALMEIDA, 2000).

Neste sentido, o processo de descentralização no Brasil se intensifica, a partir da redemocratização, porém, em um contexto de crise fiscal e financeira do Estado que se alastrou ao longo da década de 1980 e início da década seguinte. Trata-se, assim, de um cenário que redefine as competências das esferas de governo na área social, cuja premissa da gestão tem por base a transferência de parte da responsabilidade referente às políticas sociais, para outras esferas de governo. Apresenta-se, assim, como uma das principais formas de organização administrativa do Estado, sobretudo, em relação às políticas públicas. Como se evidencia nos rumos da descentralização da saúde, que foi se consolidando com transferência de serviços, responsabilidades, poder e recursos da esfera federal para as esferas estaduais e municipais, bem como a organização de novas estruturas administrativas (ABRUCIO, 2006).

² Ver artigo 23 da Constituição Federal de 1988.

No entanto, segundo Luz (2000), esse novo arranjo depende da consolidação da capacidade relativa a cada ente para executar as funções e interagir com aquelas já executadas pelas demais esferas de governo, mantendo um equilíbrio entre autonomia e interdependência.

É neste contexto, que o Sistema Único de Saúde (SUS) se consolida e ganha capilaridade, se destacando entre as políticas públicas implementadas no Brasil, devido aos avanços no seu processo de descentralização e em sua organização federativa. Tais avanços podem ser exemplificados pela descentralização de suas funções administrativas e da prestação de ações e serviços em todo o território nacional, pelo funcionamento contínuo de instâncias de cogestão nas esferas federal e estadual, e pelos pactos promovidos entre os gestores com vista à definição de metas comuns, inclusive em termos de indicadores de saúde. Deste modo, a articulação federativa que o SUS conduz tem sido considerada como uma experiência bem-sucedida pelos análises de gestão de políticas públicas (ABRUCIO, 2005; ARRETCHE, 2002; BRASIL, 2010).

Com Constituição Federal de 1988, o processo de descentralização se efetiva como uma das principais diretrizes SUS, “com direção única em cada esfera de governo, municipal, estadual e federal”, assim como o “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais” e a “participação da comunidade³”.

No caso do SUS houve um fortalecimento dos municípios, que passaram a ser os principais operadores do sistema, na medida em que assumiram os serviços de atenção básica.

No caso brasileiro, o termo atenção básica significa o primeiro nível de atenção à saúde e sustenta-se no princípio da integralidade, compreendido como a articulação de ações de promoção da saúde e prevenção, tratamento e reabilitação de doenças e agravos. É, portanto, uma formulação típica do SUS, que deixa claro os seus princípios e suas diretrizes organizativas e é incorporado pela estratégia do PSF, a qual, a partir de sua criação, materializa uma forma de pensar e agir na construção de um novo modelo de atenção à saúde dos indivíduos, famílias e comunidades (SOUSA, 2009, p.1.327)

³Ver artigo 198 da Constituição Federal de 1988.

A partir do princípio da descentralização, benefícios e responsabilidades no tocante ao conjunto das políticas de saúde foram distribuídos entre os três níveis de governo, visando uma prestação de serviço mais eficiente e maior fiscalização e controle pela sociedade. Desse modo, objetivou-se que os municípios possam assumir cada vez mais a responsabilidade pelo relacionamento com os prestadores de serviço, à medida que se habilitem às condições de gestão descentralizada do sistema. Assumiram também, a rede hospitalar, dependendo do pacto de gestão realizado em cada localidade. Aos estados coube o papel de coordenação e orientação da oferta de serviços de média e alta complexidade entre municípios de uma região de saúde, possuindo uma função central na regionalização, uma vez que eles conseguem fazer o ordenamento institucional e a mediação da pactuação necessária para que os serviços sejam regionalizados (BRASIL, 2003). Essa pactuação ocorre entre municípios de cada região por meio da Comissão Intergestores Regional (CIR)⁴. Essa comissão foi criada em 2011, contando com a participação das Secretarias Municipais de Saúde de uma dada região e a Secretaria de Estado de Saúde, com o objetivo de promover a gestão colaborativa no setor da saúde do estado (BRASIL, 2017).

O desenvolvimento do SUS é previsto na Constituição Federal como responsabilidade dos três níveis de governo, de forma concorrente e em suas respectivas áreas de abrangência. Tendo em vista que é um dever do Estado o direito universal à saúde, seu financiamento é proveniente de recursos do orçamento da União, dos estados e dos municípios. Apesar da CF definir que se constitui num sistema único, organizado como rede regionalizada e hierarquizada e com diretriz de descentralização, não é definido o tipo de descentralização que o SUS deverá adotar e nem a forma como irá se constituir efetivamente a rede hierarquizada e regionalizada (BRASIL, 2011).

A Lei Federal n. 8.080/1990, que regulamentou o SUS, apresenta, no Artigo 15, as atribuições comuns dos três gestores e, nos Artigos 16, 17 e 18, as atribuições específicas de cada esfera, tratando de diversos assuntos, porém, abordando poucos pontos sobre as competências assistenciais em saúde (BRASIL, 2011, p. 17)

⁴Decreto Presidencial nº 7508 de 28 de junho de 2011.

Da mesma forma, a atenção básica passa a ser responsabilidade de cada localidade. Por menor que seja o município, cabe a esse ente federado, ofertar serviços primários de saúde, sem ferir a lógica e a autonomia de organização de cada sistema de saúde. Em termos formais, todo este processo é organizado no âmbito do SUS por serviços de controle, avaliação e fiscalização das ações e serviços de saúde, atribuições comuns da União, estados, distrito federal e municípios e com competências específicas (BRASIL, 2018).

Tais definições foram dispostas nas Leis 8.080/1990 e 8.142/1990, entretanto, o aprofundamento da regionalização só foi possível devido aos avanços decorrentes do processo e descentralização, com ênfase na municipalização, induzido pelas Normas Operacionais Básicas (NOBs/SUS) de nºs. 01/93 e 01/96, que possibilitaram a emergência de gestores municipais como atores políticos (BRASIL, 2001).

Alguns instrumentos fundamentais para a consolidação dos princípios de universalidade, equidade e integralidade da atenção na implementação do SUS, podem ser refletidos na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) de 2001 e no Pacto pela Saúde. A primeira baseada no reconhecimento da regionalização em saúde; e o Pacto pela Saúde, um acordo que definiu os compromissos entre os gestores do SUS em torno de prioridades e resultados⁵. Ambos trouxeram avanços na regulação e operacionalização do sistema.

Com a implantação das NOBs, as Secretarias de Estado de Saúde, foram condicionadas a oferecer aos usuários um melhor acesso ao sistema, a partir da organização e regionalização da saúde, com a divisão dos Estados em regiões e microrregiões. Neste sentido tem-se que a

(...) regionalização corresponde a um dos princípios organizativos do SUS. Representa a articulação entre os gestores estaduais e municipais na implementação de políticas, ações e serviços de saúde qualificados e descentralizados, garantindo acesso, integralidade e resolutividade na atenção à saúde da população. Significa organizar os serviços de saúde em cada região para que a população tenha acesso a todos os tipos de atendimento (PAIM, 2009: p.48).

⁵Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006.

Deste modo, o município passa a ser um gestor importante na atenção à saúde de seus habitantes, assumindo responsabilidades sobre diversas políticas que compõem o sistema de saúde. As Secretarias Municipais de Saúde, por exemplo, tornaram-se peças importantes na gestão e na coordenação dos programas de saúde. São assim, as instâncias do poder público municipal responsáveis pela articulação, administração, gerenciamento, desenvolvimento e por toda a gestão intersetorial, interpessoal e multiprofissional da rede de saúde do município (BRASIL, 2003).

Em termos normativos, é responsabilidade do governo federal, com o intuito de efetivar os princípios do SUS, criar programas voltados para a promoção da saúde, de forma descentralizada. Entre esses programas, tem-se o Programa Saúde da Família (PSF), que foi criado e regularizado em 1994 e tem se fortalecido como porta de entrada no Sistema Único de Saúde, reforçando o caráter descentralizado dessa política.

Anos depois o PSF deixou de ser um programa, que apresenta as fases de início, desenvolvimento e finalização, e passou a ser entendido como uma estratégia (Estratégia Saúde da Família) a partir do ano de 2003. Foi neste sentido, que a Estratégia Saúde da Família (ESF) surge no intento de buscar melhorias no contexto da saúde e da qualidade de vida da população, dando prioridade às ações de prevenção e promoção da saúde de forma integral e contínua. Surge assim, com o propósito de substituir o modelo tradicional de atenção básica e aumentar cada vez mais sua cobertura. É sobre a operacionalização dessa política que se pretende dissertar com o desenvolvimento deste trabalho, a partir da sua implementação em um espaço geográfico definido.

1.1 A Estratégia Saúde da Família no ordenamento do SUS

O Ministério da Saúde lançou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991, mas só foi efetivamente instituído e regulamentado em 1997, com o processo de consolidação da descentralização de recursos no âmbito do SUS. Um dos seus principais objetivos foi a aumentar o grau de acessibilidade ao Sistema Único de Saúde e, com isso, incrementar as ações

de prevenção e promoção da saúde. Isso seria possível, principalmente, a partir do trabalho de moradores escolhidos dentro da própria comunidade para atuarem junto à população, na função de Agente Comunitário de Saúde (ACS), treinados, capacitados e supervisionados por profissionais da saúde (BRASIL, 2012) para desenvolver as principais ações do programa.

No ano de 1994, o Ministério da Saúde, em parceria com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), iniciou o Programa Saúde da Família (PSF), que posteriormente passou a se chamar Estratégia Saúde da Família (ESF), como forma de expansão do PACS.

A ESF surge então, visando o trabalho na lógica da promoção da saúde, almejando a integralidade da assistência ao usuário como sujeito integrado à família, ao domicílio e à comunidade. Entre outros aspectos, para o alcance deste trabalho, é necessária a vinculação dos profissionais e dos serviços com a comunidade, e a perspectiva de promoção de ações intersetoriais (RONCOLETTA, 2003).

Um dos propósitos do ESF é alterar o modelo assistencial de saúde, centrado na doença, no médico e no hospital, reforçando a ideia de prevenção às doenças frente a parte curativa; e como resposta às necessidades de uma atenção integral desenvolvida por equipe multiprofissional, ao indivíduo e à comunidade, com intensa participação da comunidade (BRASIL, 2012). Segundo Paim (2003, p.568), o modelo assistencial de saúde “é uma dada forma de combinar técnicas e tecnologias para resolver problemas e atender necessidades de saúde individuais e coletivas. É uma razão de ser, uma racionalidade, uma espécie de ‘lógica’ que orienta a ação”.

A Estratégia Saúde da Família integra um conjunto de medidas de reorganização da atenção básica de saúde, com intuito de se constituir uma estratégia de reorientação do modelo de atenção à saúde da população no âmbito do SUS. Oferece a prestação do serviço nos próprios domicílios – com o intuito de humanizar o atendimento, abordar a saúde dentro do contexto social e intervir em fatores de risco das residências (BRASIL, 2012). Tais iniciativas contribuem com fortalecimento dos princípios da universalidade, acessibilidade, integralidade e equidade do SUS, de modo que se possa ter condições de garantir a oferta de serviços à população. Além de servirem de elo entre a comunidade e os serviços de saúde, possibilitando a veiculação de

informações importantes para as ações de vigilância e a organização da atenção à saúde nos municípios, o ESF também, atua de forma preventiva e curativa junto às comunidades, resultando em melhorias importantes nas condições de saúde da população (BRASIL, 2012). Na prática,

Para aderir à ESF, o município envia solicitação à Secretaria Estadual de Saúde e, ao adotar a estratégia assume os compromissos de: valorizar a família e o seu espaço social; orientar a intervenção sobre os fatores de risco; desenvolver ações intersetoriais, mediante parcerias; estimular o reconhecimento da saúde como um direito de cidadania; e organizar a comunidade para o efetivo exercício do controle social. A implementação efetiva do programa está a cargo dos municípios, especificamente das secretarias municipais de saúde, que, ao aderirem à ESF, devem organizar a rotina de trabalho das Equipes de Saúde da Família alocados em unidades básicas de saúde (LOTTA, 2015 p.96)

Os municípios que aderem ao programa passam a receber recursos a ele destinados e se tornam responsáveis por atribuições específicas, estabelecidas pela esfera federal como: elaborar o projeto de implantação da Estratégia Saúde da Família; selecionar e contratar profissionais para as equipes de saúde; promover capacitação das equipes; implantar sistema de informações e avaliação da ESF; acompanhar e avaliar sistematicamente o desempenho das unidades de Saúde da Família; inserir o financiamento das ações das unidades de Saúde da Família na programação ambulatorial do município; garantir a infraestrutura/funcionamento da rede básica necessária ao pleno desenvolvimento das ações da ESF; e definir os serviços responsáveis pela referência e contra referência das unidades de Saúde da Família (BRASIL, 1997).

Os serviços de saúde oferecidos pelo ESF são realizados nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), assim como a atenção às especialidades básicas, focando na promoção e na proteção em saúde – características do nível primário de atenção à saúde, que responde de forma regionalizada, contínua e sistematizada grande parte das necessidades de saúde de uma população, integrando ações preventivas e curativas, como a atenção a indivíduos e comunidades (MATTA; MOROSINI, 2009).

É na UBS que é feito o primeiro contato da população com os serviços de saúde, sendo considerada porta de entrada do sistema local ou municipal de saúde (PAULINO, 2009). A gerência da UBS, por sua vez, é responsável por coordenar as ações mais gerais da unidade, organizando o fluxo de trabalho, a distribuição de tarefas, as atividades de planejamento e avaliação.

Os serviços de saúde são realizados por equipes multiprofissionais de Saúde da Família compostas por, no mínimo, médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, com jornada de trabalho de 40 horas semanais. Outros profissionais de saúde podem ser incorporados a uma unidade básica, como profissionais de saúde bucal, de acordo com as demandas e características da organização dos serviços de saúde locais. As equipes realizam consultas médicas e de enfermagem; e são responsáveis pela prevenção de doenças; identificação de fatores de riscos; visitas domiciliares; reuniões com a comunidade (SOUSA, 2009).

Esses profissionais que exercem os serviços de saúde são também os agentes responsáveis pela implementação do ESF. São servidores públicos que atuam na ponta, em contato direto com a população, e que são denominados de “burocratas do nível de rua”. O termo foi cunhado inicialmente, na obra de Michael Lipsky, *Street Level Bureaucracy: Dilemmas of the Individual in Public Services*, publicado originalmente em 1980. De acordo com a definição do autor, burocratas de nível de rua são profissionais como professores, policiais, assistentes sociais, juízes e outros funcionários públicos responsáveis por conceder acesso aos programas do governo e que possibilitar a prestação de serviço dentro deles.

As formas pelas quais os burocratas de nível de rua proporcionam benefícios e sanções estruturam e delimitam a vida das pessoas e suas oportunidades. Essas formas orientam e determinam o contexto social (e político) no qual as pessoas agem (LIPSKY, 2010, p.38).

O modo como esses profissionais atuam é o que determina, em partes, a forma como o Estado se relaciona com os cidadãos, por meio da entrega e prestação dos serviços públicos. Suas interpretações, práticas e decisões que modelam as ações do Estado. Muitas vezes esses burocratas de nível de rua

acabam “redesenhando” uma política formulada no alto escalão da burocracia, mudando assim, os rumos da política.

Os burocratas de nível de rua produzem a política pública sob dois aspectos. Eles exercem discricionariedade nas decisões a respeito dos cidadãos com quem interagem. Dessa forma, quando tomadas em conjunto e somadas, suas decisões individuais se tornam o comportamento da organização (LIPSKY, 2010, p.55).

Nessa posição, esses agentes detêm uma considerável discricionariedade para determinar a natureza, a quantidade e a qualidade de benefícios e sanções, no momento da tomada de decisão, podendo interferir diretamente no resultado final da política, como será explicitado a seguir.

1.2 Políticas Públicas e o seu processo de implementação na ponta

O processo de elaboração de políticas públicas, ou o ciclo de políticas públicas, compreende a visualização e interpretação que busca organizar uma determinada política pública, com base em fases sequenciais e interdependentes (SECCHI, 2010). Apesar de já terem sido desenvolvidas outras versões, o modelo mais comum do ciclo de políticas públicas é composto pelas fases de formação da agenda; formulação; implementação; e avaliação.

De uma maneira bem sucinta, tem-se que a agenda refere-se a um conjunto de problemas ou temas entendidos como relevantes, que podem tomar forma de uma política pública, um programa de governo, planejamento orçamentário, etc. Em seguida, na fase da formulação, são pensadas soluções para os problemas trazidos pela agenda, passando pelo estabelecimento de objetivos, estratégias e o estudo das potenciais consequências de cada alternativa de solução. Após tomada a decisão, vem a fase de implementação. É nessa fase que são produzidos os resultados concretos da política pública. É na implementação que as regras, rotinas e processos sociais são convertidos de intenções em ações (SECCHI, 2006; O'TOOLE, 2003). E por último tem-se a fase de avaliação da política pública, que refere-se ao “processo de

julgamentos deliberados sobre a validade de propostas para a ação pública, bem como sobre o sucesso ou a falha de projetos que foram colocados em prática” (ANDERSON, 1979, p.711).

A fase de implementação é que vai nortear esta pesquisa. É durante essa fase que ocorre a transformação das intenções da política pública em resultados concretos, que são (e como são) entregues a população. Em outras palavras, trata-se do momento em que as políticas e os programas do governo saem do papel e tornam-se ações. É quando a política pública se coloca e contato com o público, estando sujeita a todas as imprevisibilidades dessa ação, envolvendo um conjunto amplo de atores na sua condução. Para o que se pretende nesse trabalho, compreender esse cotidiano empírico ajuda a perceber os rumos que a política pública pode seguir, frente ao arranjo combinatório entre regras, atores e interesses, no âmbito local.

O campo de pesquisa apresenta o processo de implementação sob duas perspectivas distintas: A primeira delas é a *top-down*, ou seja, de cima para baixo, em que a implementação é vista como um processo racional e planejado, com ênfase no comando, controle e na uniformidade. Nessa perspectiva os atores centrais são os formuladores da política e a implementação é compreendida como um processo fiel aos seus objetivos, estando, desse modo, submetida ao controle hierárquico ou ao controle da lei. E a perspectiva *bottom-up*, ou aquela debaixo para cima, na qual se defende que o desenho da política possa ser realizado não apenas na fase de formulação, levando-se em conta também aqueles que atuam na ponta.

A implementação é compreendida como um processo dinâmico e interativo entre os servidores públicos e os usuários de serviços públicos e o foco está no público alvo e nos prestadores de serviços (FERREIRA; VICENTE, 2016). Portanto, pode ser percebido como um modo de adaptação das políticas durante sua execução, podendo ser um processo de negociação explícita ou implícita entre os membros do órgão público responsável pela implementação, os implementadores da linha de frente e seus usuários (MEYERS e VORSANGER, 2010). São esses atores, portanto, que se pretende analisar, no que se refere à sua capacidade de ditar os rumos da política, para além da sua formulação.

Segundo Lipsky (2010, p.213), não há discordância de que uma política somente existe quando a lei ou os regulamentos que a criaram são homologados. Já para Tandler (1998), os processos de formulação e avaliação tem sido proeminentes, centrando a atenção nos usuários dos serviços, ou nos resultados e esquecendo-se do papel dos implementadores envolvidos no processo de implementação.

Apesar de uma maior atenção estar voltada aos processos de formulação e avaliação, o processo de implementação vem ganhando mais notoriedade ao longo dos anos. Tem sido produzido uma considerável literatura dedicada a compreender o processo de implementação como o estudo clássico de Pressman e Wildavsky (1984), que procurou entender por que alguns programas governamentais falham. De acordo com Ferreira e Vicente (2016),

Os principais representantes da primeira geração de estudos de implementação - apontaram o número de atores, os pontos de decisão e a validade da teoria causal como principais variáveis teóricas para explicar o sucesso (ou fracasso) da implementação da política conforme formulada. Os autores [Pressman e Wildavsky] apontaram, ainda, a complexidade da ação conjunta como o principal problema de implementação. Quanto aos estudos de segunda geração de implementação (tendo o trabalho de Lipsky [1980] sobre a burocracia de nível de rua como um de seus principais marcos), estes se preocuparam em explicar as falhas ou o sucesso da implementação, desenvolvendo modelos teóricos de análise que orientassem a pesquisa empírica a partir do ponto em que o Estado encontra os cidadãos e as empresas, com ênfase na influência dos trabalhadores de linha de frente na execução das políticas (FERREIRA; VICENTE, 2016, p.778).\

O processo de implementação de políticas públicas é entendido por alguns autores a partir de uma visão weberiana de burocracia, na qual a transformação de uma política em uma ação a ser executada, em circunstâncias normais, estaria isenta de problemas, no qual os burocratas seriam claramente subordinados aos tomadores de decisões, como era o caso de Ham e Hill (1993). A implementação de políticas públicas seria assim, considerada como um processo plenamente monitorável, podendo ser controlado a partir de planos de ações a serem executados. Deste modo, após serem estabelecidos os planos, as metas e os objetivos, os resultados poderiam ser controlados para que saíssem exatamente como previstos.

Majone (1995) salienta a concepção de implementação sempre com caráter racional, acreditando, portanto, que a política pública só não teria sucesso desejado caso os planos estivessem equivocados. Van Meter e Van Horn (1975) indicam ser um pressuposto ingênuo, a ideia de que uma vez a política estabelecida, esta possa ser implementada e os resultados desejados alcançados, de uma maneira linear.

Neste sentido, a política pública era vista como estática, engessada, pré-moldada e incapaz de se ajustar a possíveis alterações. Estudos das últimas décadas apontaram que, ao contrário, as políticas públicas são abertas a contingências e adaptações necessárias durante o processo de implementação. A ideia de políticas públicas estáticas e engessadas começou a se desfazer a partir dos achados de Michael Lipsky. Na obra, o autor ressalta o papel da burocracia de nível de rua, em que pese o papel dos agentes de rua que exploravam a existência e a natureza da discricionariedade – amplitude de espaço de decisão que esses trabalhadores têm no processo de implementação – nos ambientes organizacionais. Ao invés de questionar apenas como uma política pública tinha sido implementada, passou a ser questionado também o que acontecia no cotidiano da política, a fim de identificar fatores que influenciavam a ação e o comportamento.

Muitas vezes o trabalho desses burocratas de nível de rua é altamente pré-determinado e gera resultados que tem origem no processo político. Por outro lado, o trabalho requer imprevisto e capacidade de resposta para casos individuais (LIPSKY, 2010), fazendo-se necessário o exercício da discricionariedade. E, neste sentido, decisões discricionárias podem ser tomadas, por exemplo, por policiais ao decidirem sobre detenções, aplicação de multas e que comportamentos ignorar; pelos juízes quando decidem quem deve ter pena suspensa e quem deve receber a pena máxima; e pelos professores que decidem quem será suspenso e quem permanecerá na escola. No entanto, apesar da condição presente na discricionariedade, os burocratas de nível de rua, são guiados por regras e regulamentos, assim como as normas e práticas do seu grupo profissional (LIPSKY, 2010). Mas como atuam na ponta e lidam cotidianamente com situações que demandam respostas em tempo real, suas decisões podem ser embasadas pela compreensão do fato em si, embasado na vivência, muito mais que nas condições das normas. Nesse

sentido, a discricionariedade aos casos é uma variável que carrega um peso importante nas tomadas de decisões por parte destes profissionais.

1.3 A burocracia do nível de rua e a sua capacidade discricionária

O desenho estabelecido pela política da ESF parte da aproximação dos profissionais da área de saúde com a realidade cotidiana vivida pela população. Por se tratar de uma política que se destaca pelo seu aspecto demais “contato” com os usuários, seja pela proximidade e mais ainda por agregar profissionais da própria comunidade, como é o caso dos agentes comunitários de saúde, se depara, muitas vezes com situações de insegurança, insalubridade e doença, com o convívio cotidiano com essas famílias. É, portanto, uma condição que torna-se possível pelo fato de ser operada pelos agentes de saúde, que atuam na ponta, junto aos usuários do sistema de saúde, os chamados burocratas do nível de rua, termo utilizado por Michael Lipsky (2010) para intitular uma classe específica da estrutura burocrática governamental.

Segundo o autor, os burocratas de rua são uma espécie de representantes do Estado contemporâneo perante as pessoas, e por isso, são atores considerados estratégicos para a compreensão da realidade das políticas públicas. São assim tipificados, aqueles funcionários públicos que estejam alocados nas pontas dos serviços públicos, em contato direto e constante com os cidadãos.

Ao burocrata de nível da rua, cabe a função de fazer uma espécie de “mediação” entre o Estado e a sociedade, atuando como um elo entre as partes. Por um lado esse burocrata sente o peso da máquina burocrática e sua normatização, mas, por outro lado, possui discricionariedade e autonomia (LOTTA, 2010), ao terem a condição de, na prática, alterarem o desenho original da política, ao tratarem diretamente com os usuários em situações que demandam decisões das mais diversas possíveis. Segundo Lipsky (2010), as decisões dos burocratas de nível de rua, as rotinas que estabelecem e os

dispositivos que criam para lidar com incertezas e pressões no trabalho tornam-se efetivamente as políticas públicas que eles realizam.

Nessa mesma linha argumentativa, autores como Meyers e Vorsanger (2010), consideram que essa discricionariedade decorre da interdependência entre o cidadão usuário da política e o burocrata de nível de rua gerando, na busca por resultados dessa política, o que reflete no grau de imprevisibilidade no trabalho deste profissional.

Assim, os burocratas do nível de rua se tornaram peças fundamentais na discussão de políticas públicas, de acordo com Lotta (2010), por duas razões principais: primeiro porque o debate sobre o serviço público está intrinsecamente ligado ao escopo e função destes burocratas. E segundo, porque estes burocratas além de espaço na comunidade, também possuem expectativas sobre os serviços públicos. São eles que 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, exercendo grande impacto na vida das pessoas.

Lipsky (2010), ao tratar das relações entre agentes implementadores e cidadãos, levanta a questão de que estes últimos chegam até os burocratas de rua como pessoas únicas, cada qual com sua individualidade, portando diferentes experiências de vida, personalidades, expectativas e necessidades. Em vista disso, os cidadãos, ao longo do contato com a personificação do Estado, que são esses burocratas de rua, acabam se tornando, de algum modo, *clientes* identificáveis e acabam sendo alocados em determinadas categorias sociais (LOTTA, 2010). Desse modo, esses cidadãos passam a ser tratados de acordo com padrões unificados, apesar de suas inúmeras diferenças entre si. Neste sentido, passam a ter suas necessidades como problemas pessoais e suas demandas como expressões individuais de uma expectativa, esperando, portanto, tratamentos personificados para aquelas questões.

Estas constatações associadas a discricionariedade e autonomia dos agentes de rua, no processo de implementação exaltam a importância de se estudar o papel da burocracia de rua na implementação de políticas públicas. A atuação desses profissionais compreende o modo como constroem suas

ações, uma vez que fazem parte de uma estrutura institucional, além de possuírem condições próprias para reimplementar as políticas públicas, com as quais atuam perante os usuários.

Nessa mesma linha, Arretche (2001) enfatiza que existe uma grande distância entre os objetivos e o desenho de uma política pública, originalmente formulado. Essa distância, de acordo com a autora, está relacionada a contingências da implementação, em grande parte explicadas pelas decisões tomadas por uma cadeia de implementadores, no contexto político, institucional e econômico em que operam.

O ponto consensual na literatura especializada é que os burocratas do nível de rua possuem a capacidade de influenciar sobre o formato das políticas públicas implementadas, pois convivem diretamente com os usuários, cuja interação pressupõe a tomada de decisões, o que implica uma certa discricionariedade. Dada a complexidade do sistema, e a necessidade do burocrata do nível de rua legitimar sua ação frente ao cidadão, a discricionariedade e autonomia são centrais na sua ação, influenciando também a instituição que representam. Como sugere Lotta (2010, p.47), ao ressaltar que, “as instituições impactam as práticas, mas as ações, valores, referências e contextos dos indivíduos também impactam as instituições”.

Neste sentido, a discricionariedade dos burocratas do nível de rua, de acordo com os autores, consiste em determinar a natureza, a quantidade e a qualidade dos benefícios e das sanções fornecidas pela agência a qual representam. Deste modo, apesar de existirem regulamentos que moldam alguns padrões de decisão, além de normas comunitárias e administrativas, esses agentes detêm de alguma autonomia para decidirem como irão aplicá-las e inseri-las nas práticas de implementação da política pública (LOTTA, 2010).

Mesmo com a existência de normas e regras para determinar as práticas de implementação de uma política pública e de uma administração que as controle, as ações dos indivíduos (agentes) são determinantes, ainda que as instituições demonstrem esforço para moldá-las. De acordo com Arretche (2001), a discricionariedade é a razão de muitas vezes as mesmas políticas públicas divergirem substancialmente entre si em lugares diferentes. A diversidade dos contextos de implementação pode fazer com que haja

resultados inteiramente diferentes, em realidades diferentes, apesar de uma mesma regulamentação. Ou seja, as instituições impactam as práticas, mas as ações, valores, referências e contextos dos indivíduos também impactam as instituições.

Existe certa preocupação em relação ao limite e ao equilíbrio da autonomia e discricionariedade da burocracia do nível de rua. Alguns estudiosos do assunto acreditam que seja necessário um maior controle hierárquico ou social sobre estes funcionários. Lipsky (2010), por exemplo, acredita que a arbitrariedade de alguns burocratas em relação ao uso do poder, em alguns casos pode resultar no abuso pessoal e/ou disciplinar. Meyers e Vorsanger (2010), por sua vez, afirmam que a autonomia e discricionariedade são fundamentais para promover o controle democrático sobre processos de políticas, para adaptar as políticas às necessidades individuais e para aumentar a efetividade dos esforços de políticas.

E, em se tratando da Estratégia Saúde da Família, o Agente Comunitário de Saúde (ACS) é um exemplo profícuo de burocrata do nível de rua, que atua como um agente implementador da política pública. Os ACS são os responsáveis por colocar em prática nos domicílios dos usuários, as ações de atenção básica à saúde que objetiva a promoção da saúde, orienta a prevenção de doenças, soluciona os possíveis casos de agravos e direciona os casos mais graves para níveis de atendimento de complexidade superiores (BRASIL, 2018). São selecionados dentro da própria comunidade, trabalham e residem na mesma localidade e ainda dividem relações de vizinhança, família e amizade, juntamente com relações profissionais, colaborando na aproximação entre implementadores e usuários.

Eles possuem contato direto com o cidadão usuário da ESF. A forma como ele irá tratar o paciente; o fato de ambos manterem relações de interação ou não; a possibilidade da criação de intimidade; são alguns dos fatores capazes de direcionar os resultados da política de maneiras distintas em ambientes e contextos distintos.

O ACS, a depender de sua interação com o usuário, pode exercer peso no convencimento que em outras situações não seria possível. Sobretudo, na questão do consumo adequado das medicações, na aderência ao tratamento e na ida às consultas com a frequência necessária. Assim, por possuírem maior

proximidade e interações com o usuário, o agente comunitário de saúde acaba estabelecendo uma relação de confiança, se tornando, para os usuários uma figura de referência, capaz de conseguir com os usuários, o que profissionais de saúde, como médicos, enfermeiros, sequer passariam perto.

Nesse sentido, percebe-se que a regulamentação e normatização da ESF pode sofrer uma série de transformações por meio de sua cadeia de atores, gerando contextos e formas de implementação diferentes, com decisões ambíguas, vagas e/ou contraditórias. Ou seja, as ações e as práticas adotadas pelos profissionais de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) *A*, se diferem daquelas adotadas por outros profissionais da UBS *B*, localizada (ou não) em outra comunidade. Em vista disso, o presente trabalho visa observar, analisar e comparar as práticas adotadas e o comportamento dos profissionais de saúde de duas UBS no município de Campos dos Goytacazes, região norte do estado do Rio de Janeiro, cujos critérios serão melhor descritos ao longo do trabalho.

Enfim, parte-se do relativo consenso da literatura de que o elemento da discricionariedade que esses burocratas possuem (e fazem dela uso) reflete sobre o resultado final da política. É preciso estar atento a questões como: até que ponto o poder exercido por eles e as diferenças no atendimento entre as UBS podem beneficiar ou prejudicar algum usuário, levando em conta elementos do cotidiano que a presença no campo de pesquisa pode nos apontar.

CAPÍTULO II

A REALIDADE E A POLÍTICA NA CONSTRUÇÃO DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE CAMPOS DOS GOYTACAZES (RJ)

Para a construção deste capítulo, de início, procuramos fazer uma breve apresentação do território escolhido para o desenvolvimento empírico do estudo. O *lócus* da pesquisa é o município de Campos dos Goytacazes, que se situa na região Norte Fluminense do estado do Rio de Janeiro. É o maior do interior fluminense, com quase meio milhão de habitantes. Além de ser o município com a maior extensão territorial do estado, com área de 4.027,8 km² o equivalente a 41,4% da área de toda a região, Campos possui 106 bairros distribuídos em 14 distritos, como se observa na tabela 1.

Tabela 1: Distritos do Município de Campos dos Goytacazes, RJ

Distritos de Campos dos Goytacazes	Região	População por distrito (2010)	% População por distrito (2010)
Campos dos Goytacazes (sede)	Centro	360.669	77,78%
Dores de Macabu	Oeste	8.579	1,85%
Ibitioca	Oeste	3.002	0,65%
Morangaba	Oeste	3.790	0,82%
Morro do Coco	Norte	4.683	1%
Mussurepe	Sul	11.937	2,57%
Santa Maria	Norte	4.009	0,86%
Santo Amaro de Campos	Sul	7.953	1,72%
Santo Eduardo	Norte	4.820	1,04%
São Sebastião de Campos	Sul	14.577	3,14%
Serrinha	Oeste	1.193	0,26%
Tocos	Sul	8.164	1,76%
Travessão	Norte	24.058	5,19%
Vila Nova de Campos	Norte	6.297	1,36%
Total		463.731	100%

Fonte: Perfil dos bairros (2018) - Elaboração própria.

Os dados do IBGE apontam, em relação à distribuição populacional em territórios urbanos e rurais, que mais de 90% de toda a população reside na área urbana. A população estimada de 2018 é de 503.424 habitantes e densidade demográfica a 115,16 hab/km². No último censo realizado em 2010, o IDHM era de 0,716 encontrando-se na faixa do IDHM alto (IDHM entre 0,700 e 0,799), ocupando a 1.427^a posição entre os 5.565 municípios do Brasil, e a 37^a posição entre os municípios do Estado do Rio de Janeiro. A renda *per capita* que em 2000 era equivalente a R\$490,87, passou para R\$682,59 em 2010 (IBGE, 2010) e o PIB *per capita* de 2015, pelo IBGE, era de R\$70.700,15. Cabe lembrar que os valores não foram deflacionados.

É também o principal receptor de repasses dos *royalties* do petróleo e participações especiais, o que faz com que o município tenha um bônus orçamentário que destoa dos demais municípios do país. Tais características fazem de Campos um dos principais municípios do estado, sendo referência regional, com enorme potencial de desenvolvimento. No entanto, a retórica desse “potencial” vem sofrendo reveses ao longo de décadas, e cujo embate com a realidade o coloca em uma situação comum (VIANNA & AZEVEDO NETO, 2016). E isso pode ser observado na gestão de políticas públicas essenciais, como é o caso da política de saúde.

No que se refere à gestão do sistema público de saúde, o município é credenciado ao SUS na Gestão Plena do Sistema Municipal desde 2009 (Diário Oficial do Município de 16/09/2009), o que lhe atribui a responsabilidade de gerir e executar os serviços públicos de saúde, de acordo com os princípios do SUS, de maneira integral, equânime e universal (OLIVEIRA, GONÇALVES & LIRA, 2018). Tais atribuições na gestão descentralizada do sistema de saúde incluem investimentos à atenção básica.

Em termos normativos, quando se observa a política pública de saúde no município, tem-se que as diretrizes são conduzidas pelo último Plano Municipal de Saúde de Campos dos Goytacazes⁶, com vigência 2014-2017. O texto do Plano reforça a atenção básica como sendo a porta de entrada preferencial do SUS, formando um conjunto de ações de saúde, no âmbito

⁶ Um Plano Municipal de Saúde mais atualizado ainda não tinha sido elaborado e disponibilizado pela Prefeitura Municipal até a data do desenvolvimento desta parte do trabalho. Porém, o PMS de vigência 2018-2021 foi disponibilizado pela Prefeitura Municipal no segundo semestre de 2019.

individual e coletivo. Abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades no âmbito local e tendo como compromisso de gestão a garantia da atenção básica de qualidade para a população. Busca ainda, articular as atividades de detecção precoce de agravos, fatores de risco e doenças com o processo de vinculação e assistência contínua e coordenada; além de garantir oferta de atenção especializada de forma descentralizada, resolutiva e articulada com atenção básica (PMS, 2014).

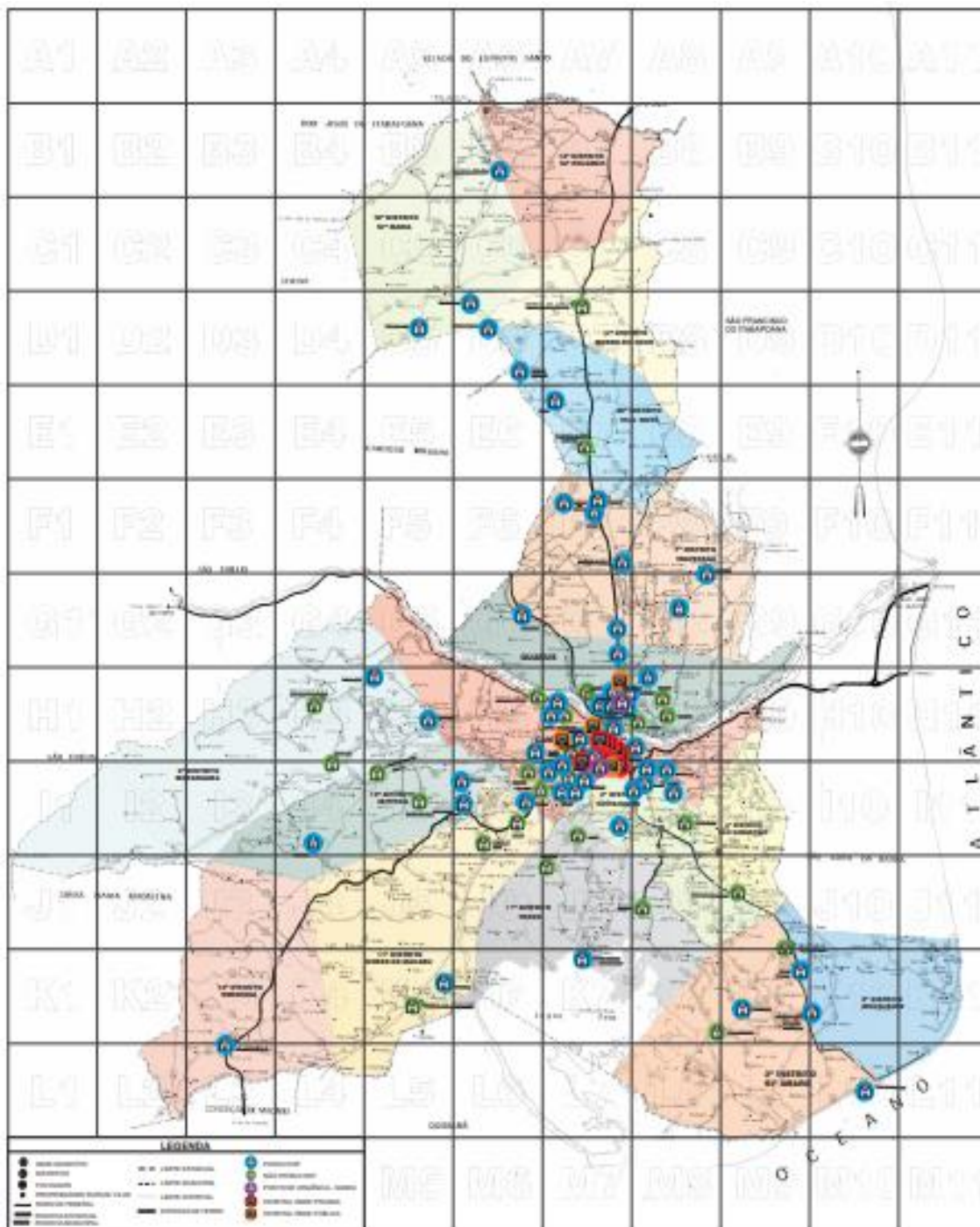
A figura 1 mostra o mapeamento das 72 Unidades Básicas de Saúde do Município de Campos, indicada por diferentes cores a presença ou não da ESF, como pode ser observado na legenda. São mostrados também na figura 1 os postos de urgência (SANDU) e os principais hospitais da rede pública e da rede privada. As duas UBSs analisadas ao longo deste trabalho, estão identificadas por uma marcação na cor amarelo.

As informações utilizadas na elaboração do mapa a seguir, foram obtidas pessoalmente na Secretaria Municipal de Saúde (SMS)⁷, no dia 25 de agosto de 2017. Dois meses após esta data, foi atualizada a presença ou não da ESF em algumas unidades. É importante ressaltar que, por se tratarem de dados mutáveis, tais informações podem ter sofrido alterações até a presente data.

⁷ As informações contidas no site oficial encontram-se desatualizadas em relação as informações fornecidas pela Secretaria Municipal de Saúde.

Figura 1: Mapeamento dos Principais Estabelecimentos de Saúde do Município de Campos dos Goytacazes (RJ) - (08/2017)

A figura 1 pode ser observada em melhor qualidade através do arquivo em pdf anexado junto a este.



Fonte: Elaboração própria, a partir de dados fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde.

Os equipamentos da rede de serviços de saúde em Campos, observada na figura 1 encontra-se, em sua maioria, concentrada na região central, incluindo as Unidades Básicas de Saúde. Das 72 UBS dispostas no município, com informações coletadas em agosto de 2018, tem-se que, 18 delas são Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF)⁸. Desse total, 7 são consideradas unidades mistas, que atuam tanto como modelo tradicional, como Estratégia Saúde da Família (ESF), como mostra a tabela 2.

Tabela 2: Divisão das Unidades Básicas de Saúde segundo o modelo vigente (08/2018)

Modelo vigente	Unidades Básicas de Saúde
Modelo Tradicional	54
Modelo Saúde da Família	11
Modelo Misto	7
Total	72

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde

Para o desenvolvimento da dissertação foram escolhidas duas Unidades Básicas de Saúde para serem analisadas e comparadas ao longo do presente trabalho: a UBS Jamil Ábido e a UBSF Parque Rodoviário. São estas, respectivamente, mista e de saúde da família; uma das mais antigas, implantada no ano de 1988; e a mais recente a do município, até a data de encerramento dessa pesquisa, em outubro de 2019, e ambas localizadas na região central de Campos dos Goytacazes.

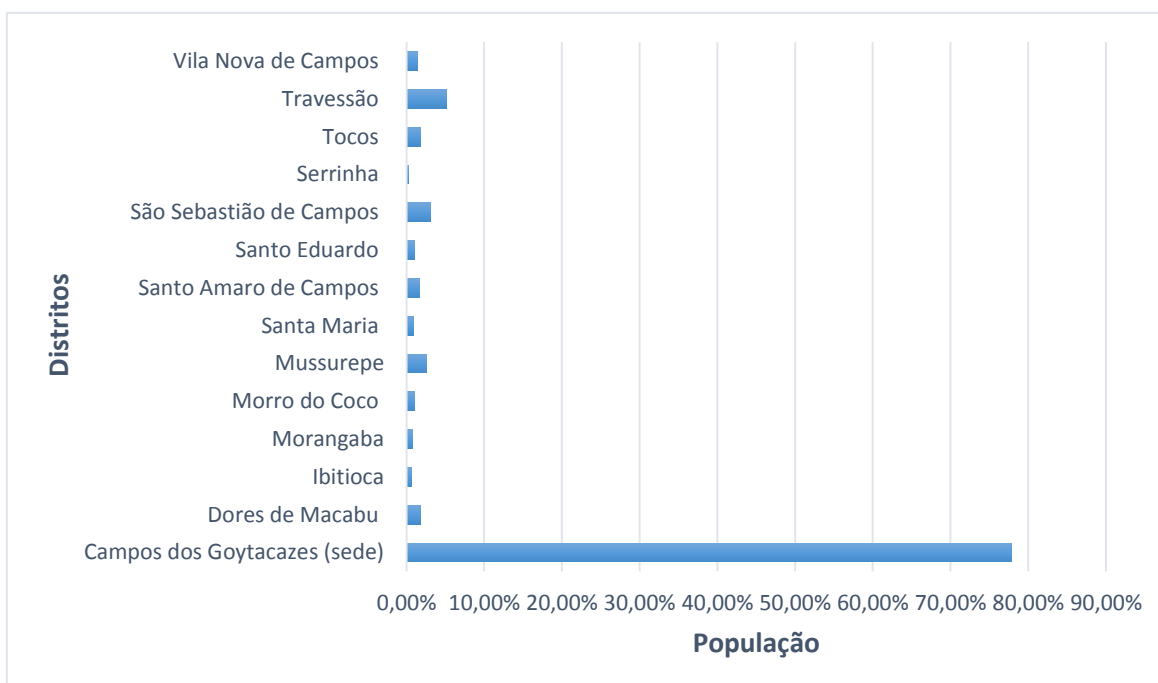
Segundo Oliveira, Gonçalves e Lira (2018), pesquisas realizadas no município de Campos dos Goytacazes (VIDAL, 2006; SANTOS, 2008; SILVA, 2012 e ALVES, 2013) têm apontado falta de planejamento na gestão, nas ações e serviços de saúde, comprometendo o acesso conforme normatizado na Constituição. A concentração dos estabelecimentos de saúde na região central do município pode ser um exemplo, da falta de planejamento e gestão.

A construção de unidades de saúde próximas uma das outras pode provocar desassistência em lugares um pouco mais distantes do centro. Uma das principais razões para essa concentração dos estabelecimentos de saúde

⁸O município utiliza esta sigla para se referir às Unidades Básicas de Saúde da Família, apesar de algumas literaturas considerarem a mesma sigla para as Unidades Básicas de Saúde Fluviais.

na região central do município pode ser identificada a partir da análise da distribuição populacional do município, que apresenta uma alta densidade populacional nessa região, evidenciada no gráfico 1. Além disso, a região central do município apresenta melhor infraestrutura, maior facilidade de acesso e transporte público, em relação aos outros distritos.

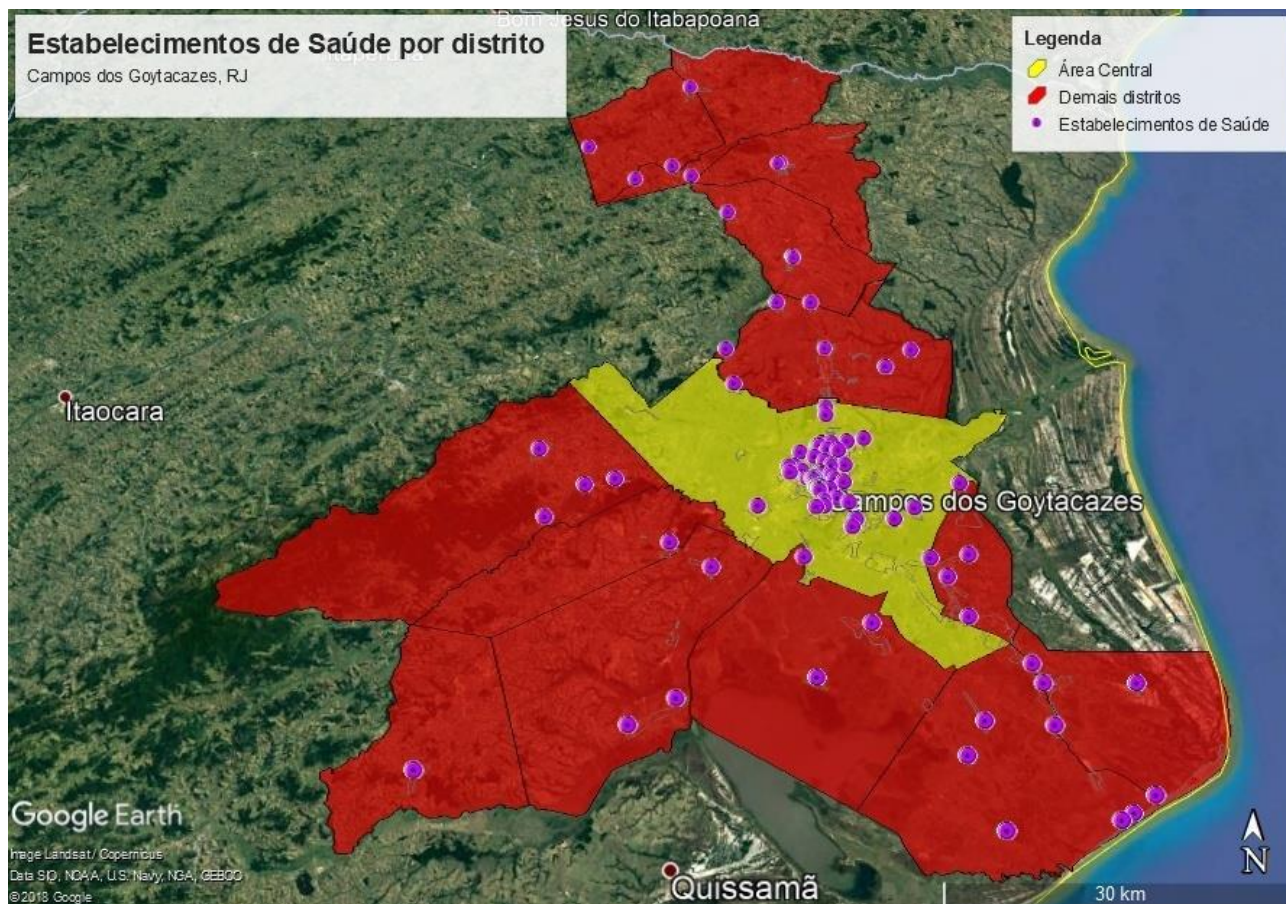
Gráfico 1: Distribuição Populacional por Distritos - Campos dos Goytacazes, RJ



Fonte: Perfil dos bairros (2018) - Elaboração própria.

Tais informações que ressaltam o peso da região central do município, podem ser reforçadas com a leitura do mapa 1, que nos mostra como os estabelecimentos de saúde do município estão distribuídos territorialmente. Para a sua elaboração foram considerados centros de referências como o da mulher; do idoso; centros de referências e tratamento como o da criança e adolescente; da dengue; além de unidades básicas de saúde; e de saúde da família; e unidades pré-hospitalares. Foi elaborado por meio do programa *Google Earth*, a partir de informações disponibilizadas pelo Centro de Informações e Dados de Campos (CIDAC).

Mapa 1: Estabelecimentos de Saúde por distrito em Campos dos Goytacazes, RJ (08/2019)



Fonte: Elaboração própria.

Segundo o Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), Campos conta com a oferta de 801 leitos hospitalares mantidos exclusivamente pelo SUS, dando ao município capacidade de atender 96,9% das demandas de saúde. Vale ressaltar que 24% da população possui acesso à saúde suplementar, coerente com a média nacional, mas que reforça o peso junto ao sistema público de saúde (MEDEIROS, 2018). A tabela 2 aponta os estabelecimentos de saúde que atendem pelo Sistema Único de Saúde (SUS), segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

Tabela 3: Estabelecimentos de saúde de atendem ao SUS (12/2018)

Tipo de estabelecimento	Público	Privado
Hospitais Gerais	2	5
Hospitais Especializados	0	2
Clínicas Especializadas	27	6
Unidades Básicas de Saúde	72	0
Unidades de Pronto Atendimento	9	0
Unidades de Serviço de Apoio de Diagnose e Terapia	1	6
Centro de Atenção Psicossocial	4	0
Total do município	115	19

Fonte: Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), 2018.

No que se refere à atenção primária, o município teve suas primeiras equipes de saúde da família implantadas no ano de 1999, no bairro de Custodópolis, região central do município, com população de 6.984 habitantes. No início do programa, o município contava com 33 equipes cadastradas no Ministério da Saúde, sendo 52.304 famílias inscritas, o equivalente a aproximadamente 196.970 cidadãos assistidos. A ESF expandiu sua cobertura de atendimentos no município, desde a sua formalização, chegando a contar com 53 equipes (PMS, 2014).

Vale ressaltar, no entanto, que a trajetória do ESF no município foi interrompida em 2008. Essa descontinuidade foi imposta pelo Ministério Público Federal (MPF) em Campos dos Goytacazes, que propôs ação civil pública e por improbidade administrativa, motivada por ilegalidades na ESF, com violação nos princípios da administração pública⁹ (LYRA, 2011).

[...] A Secretaria de Saúde do município, com o intuito de suprimir, mesmo que parcialmente, a ausência da Estratégia Saúde da Família, resolveu, desde fevereiro de 2010, criar um novo modelo de assistência ambulatorial com Unidades Básicas de Saúde funcionando no período de 12 horas, dentro das características das equipes da Estratégia Saúde da Família, trabalhando com população adscrita, equipe multiprofissional e atendimento domiciliar nas áreas mais sacrificadas, visando o aumento da capacidade instalada de seus serviços e, assim, melhorar o acesso do usuário, com a finalidade de evitar o deslocamento para hospitais (PMS, 2014-2017, p.50)

⁹ Ver processo nº 2008.510.300.1600-6.

A Estratégia Saúde da Família ficou sem funcionamento até o início do ano de 2014. Para Medeiros (2018), a implantação de outros modelos de assistência e o conseqüente enfraquecimento da ESF em nível local, conduziu o município a uma via oposta àquela preconizada pelo Ministério da Saúde, pois ainda que tenha desenvolvido políticas compensatórias, o modelo de atenção à saúde, considerado como prioritário para a reorganização da rede de serviços de saúde é o fortalecimento da APS e, sobretudo da ESF. Atualmente a ESF está ativa no município e conta com 28 equipes de saúde da família, segundo informações da Prefeitura Municipal.

No que se refere ao processo de implantação de uma Unidade Básica de Saúde (UBS), pode-se dizer, não é uma tarefa simples. Dentre os elementos técnicos levados em consideração na escolha da localidade, “os critérios de referência territorial e de facilidade de acesso da população”, ao espaço da unidade. Adicionalmente, considera-se “o risco social (altos índices de desemprego, criminalidade, prostituição, crianças fora da escola e outros), que normalmente vêm associados a um maior risco de adoecer/morrer” (MS, 2000 p.14-21).

Em Campos dos Goytacazes considera-se também, a densidade populacional e a carência de equipamentos de saúde nas proximidades. Para além dos critérios eminentemente técnicos que regem a escolha dos territórios (MS, 2000), a variável política não pode ser desconsiderada dessa equação. Mesmo porque, é na arena política em que se define as ações dos governos, e neste sentido, espaços de penetração política são também, levados em consideração quando da escolha das localidades de implantação de uma UBS.

Trata-se de uma questão importante e que, em boa medida, orientam os equipamentos públicos do município, em específico, as UBSs. São falas recorrentes em que apontam o uso político destes equipamentos, pelo Legislativo municipal. Uma prática comum, como dito de forma quase que *blasé*, por profissionais que atuam na política pública de saúde do município, que é a “divisão” das UBSs, entre os vereadores, a cada legislatura. Vale ressaltar que, a condição de ser oposição ao Executivo municipal, não representa empecilho para que se faça parte dessa “distribuição”. A estes parlamentares é atribuída a condição de indicar profissionais para atuarem nos equipamentos públicos – e em alguns casos, também os “encarregados” das

unidades –, além de se valerem de uma ação corriqueira, que é o agendamento de consultas e visitas dos agentes de saúde. A cadeira de “dono” da UBS perdura enquanto durar o mandato do vereador.

Na sequência apresenta-se os resultados referentes às duas UBSs analisadas, a partir do ingresso da pesquisa campo, com base no critério de vigência da unidade no município.

2.1. As Unidades Básicas de Saúde na Atenção Básica do SUS

As Unidades Básicas de Saúde (UBS) são um dos principais estabelecimentos de saúde que compõem a rede de Atenção Básica do Sistema Único de Saúde (SUS). Podem apresentar três diferentes modelos organizacionais: o modelo tradicional, com marcação de consultas para população e alguns serviços por livre demanda; o modelo de saúde da família, quando é implementada a Estratégia Saúde da Família (ESF); e o modelo misto, em casos de presença simultânea do modelo tradicional e do modelo de saúde da família.

As UBS têm como objetivo oferecer assistência integral às necessidades básicas de saúde, desenvolver ações de promoção de saúde e prevenção de agravos e doenças (BRASIL, 2017). Além disso, possuem um importante papel no acesso da população à saúde pública. Cada UBS é responsável por atender determinada região do município, de acordo com seu raio de cobertura, possibilitando um atendimento “personalizado”, considerando a realidade da população local e fatores como situação socioeconômica e grupos de risco.

Consideradas como “portas de entrada” do SUS, as UBSs são capazes de absorver e solucionar em torno de 80% a 85% dos problemas de saúde da população, confirmando a importância da Atenção Básica no sistema de saúde brasileiro (BOTAZZO, 1999). Uma Atenção Básica de qualidade pode ser eficaz no desafogamento dos hospitais da rede pública, que costumam ficar congestionados por demandas que poderiam ser facilmente resolvidas numa UBS, por exemplo.

Nas unidades básicas são oferecidos atendimentos básicos e gratuitos em pediatria, ginecologia, clínica geral, enfermagem. Além de serviços como injeções, inalações, vacinas, curativos, coletas de exames laboratoriais, encaminhamento para especialistas e fornecimento de medicamentos básicos. Algumas ainda podem contar também com assistência odontológica.

Nas subseções que seguem tem-se algumas considerações a respeito da UBS Jamil Ábido e a da UBSF Parque Rodoviário, de modo a apresentar suas características e particularidades.

2.1.2 Unidade Básica de Saúde - Jamil Ábido

A Unidade Básica de Saúde Jamil Ábido foi uma das primeiras a serem implantadas no município. Foi inaugurada em 28 de outubro de 1988, durante o mandato do prefeito José Carlos Barbosa. Está localizada na Avenida São Fidélis, s/n, no bairro Pecúria, na região central do município, como se observa na fachada da unidade, na figura 2.

Figura 2: Unidade Básica de Saúde Jamil Ábido



Fonte: Prefeitura Municipal de Campos¹⁰

¹⁰ Disponível em: https://www.campos.rj.gov.br/exibirNoticia.php?id_noticia=888

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, são modelos que permitem 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 através da distribuição de fichas semanais, o que de certa forma, muitas vezes acabam se tornando uma “moeda de troca” dos atores políticos envolvidos. Diferente de uma UBSF, onde as consultas são marcadas pelos ACSs, apenas para usuários cadastrados na ESF.

Nessa forma de atuação coexistem, tanto o modelo de UBS chamado tradicional, quanto o modelo de Saúde da Família (UBSF), que possui uma equipe de saúde da família (eSF) e oferecem os serviços da ESF.

Tem-se como um ponto central para o funcionamento dos equipamentos públicos, o corpo técnico que atua nesse ambiente. De acordo com informações coletadas na própria unidade¹¹, atuam na UBS Jamil Ábido ao todo 35 funcionários, entre médicos, enfermeiros, dentistas, Agentes Comunitários de Saúde (ACS), recepcionistas e entre outros. A tabela 4 traz o quantitativo dos profissionais que atuam na UBS. Não foram consideradas as especialidades dos profissionais médicos, que se evidenciam na sequência, na tabela 5.

¹¹ Em Fevereiro de 2018

Tabela 4: Relação de Profissionais da UBS Jamil Ábido (02/2019)

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 ¹²	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

Fonte: Profissionais da unidade

Tabela 5: Relação das especialidades médicas oferecidas pela UBS (02/2019)

Função	Especialidade	Média de atendimentos por plantão¹³
Médico	Clínico Geral	25
	Endocrinologista	40
	Ginecologista	50
	Pediatra	20
	Pediatra	40
	Generalista (ESF)	30

Fonte: Profissionais da unidade

No entanto, em consulta ao SCNES, encontrou-se um total de 137 profissionais cadastrados na unidade, entre médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e outros. 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, onde se observa um quantitativo de 90 técnicos de enfermagem

¹² O termo “gerente de saúde” foi encontrado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, apesar de não ser utilizado entre os profissionais da unidade.

¹³ Valores referentes ao número de consultas realizadas por plantão.

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 das falas dos profissionais. 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 permissivos a esse tipo de ingerência política. Em casos de UBSF, o responsável pela unidade é sempre o enfermeiro da família.

Outra informação importante é que o enfermeiro membro da equipe de saúde da família, contabilizado entre os membros da equipe da UBS Jamil Ábido, é o mesmo profissional que atende pelo modelo tradicional, distribuindo assim, sua carga horária de trabalho. Esse fenômeno também ocorre com o encarregado, que apesar de estar cadastrado no SCNES como membro da Estratégia Saúde da Família, é o responsável pela unidade como um todo.

Em relação as atividades desempenhadas na UBS, são oferecidos serviços nas áreas de clínica geral, endocrinologia, pediatria, ginecologia e odontologia¹⁴. 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 dia¹⁵, e realiza em torno de 3.000 atendimentos por mês¹⁶, entre ESF e tradicional.

De acordo com as informações do “Perfil dos Bairros”¹⁷ a localidade possui um total de 1.814 residências, 146 estabelecimentos comerciais e comporta, ao todo, 3.892 habitantes. A UBS Jamil Ábido é o único estabelecimento de saúde no bairro. O mapa 2 evidencia o raio de abrangência deste equipamento público dividido em bairros.

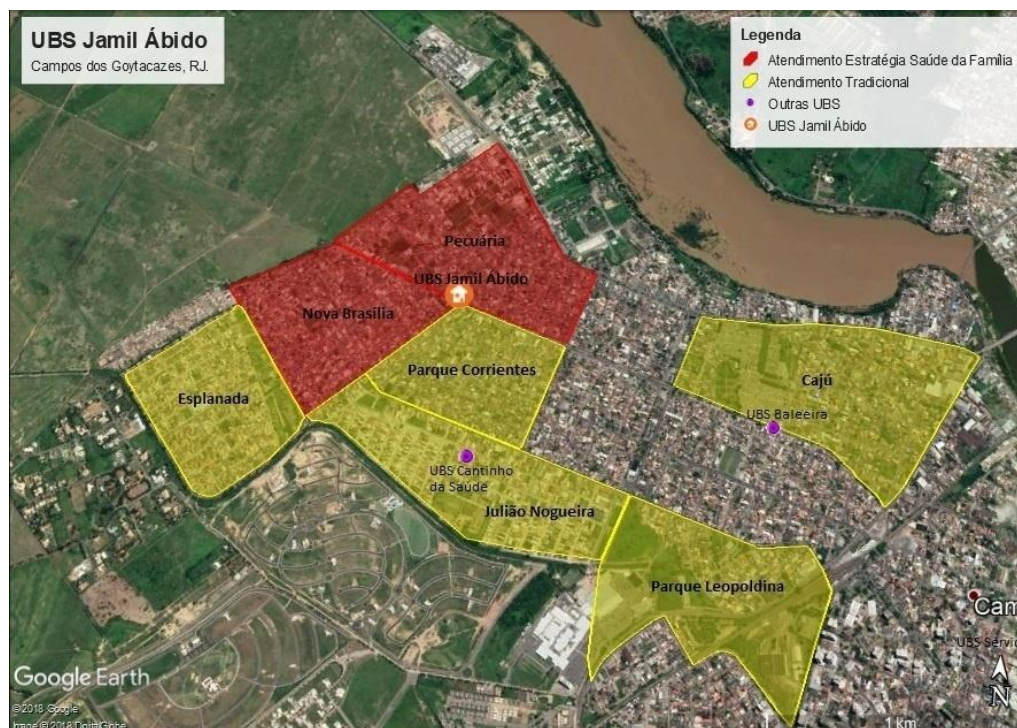
¹⁴ O serviço de odontologia não faz parte da ESF.

¹⁵ Dado disponibilizado pelo profissional responsável pela unidade.

¹⁶ Dado disponibilizado pelo profissional responsável pela unidade.

¹⁷ Documento apresentado pela Prefeitura Municipal de Campos. Disponível em: <https://cidac.campos.rj.gov.br/perfilBairros/mobile/index.html#p=74>

Mapa 2: Raio de atendimento da UBS Jamil Ábido em Campos dos Goytacazes (08/2018)



Fonte: Elaboração própria

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 famílias¹⁸, correspondente a aproximadamente 1.193 pessoas¹⁹, distribuídas em um total de sete bairros, sendo eles: Pecúária, Nova Brasília, Parque Corrientes, Esplanada, Julião Nogueira, Parque Leopoldina e Cajú. Entretanto, não existe um controle em relação ao local de residência das pessoas atendidas.

A unidade foi projetada para atender os bairros citados, porém, moradores de outros bairros 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.

Em termos operacionais, a UBS Jamil Ábido possui um conjunto de repartições, como se observa no quadro 1. A visita ocorreu em janeiro de 2019.

¹⁸Dado disponibilizado pelos Agentes Comunitários de Saúde da unidade.

¹⁹Dado disponibilizado pelo profissional responsável pela unidade

Já o quadro 2, na sequência, mostra como é organizado o atendimento aos usuários. O quadro foi elaborado também, em janeiro de 2019. 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.

Quadro 2: Agenda de atendimentos da UBS Jamil Ábido(01/2019)

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	-

Fonte: Elaboração própria

O exame ginecológico preventivo, realizado pelo enfermeiro, não está marcado na tabela devido a uma particularidade. Não é sempre que a unidade tem disponível o material necessário para a realização do exame. Portanto, quando recebem o material apropriado para esse exame, são marcados com os usuários os dias para sua realização.

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 5 (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 fica responsável por atender as famílias de uma microárea. A distribuição fica por conta dos próprios agentes que dividem entre si. Porém, segundo relatos obtidos nas entrevistas com os agentes comunitários 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 6 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.

Na subseção seguinte será apresentada a segunda UBS selecionada para ser analisada no presente trabalho.

2.1.3. Unidade Básica de Saúde da Família – Parque Rodoviário

A Unidade Básica de Saúde da Família do Parque Rodoviário é a mais recente do município de Campos, até a conclusão da pesquisa. Foi inaugurada em 30 de junho de 2016, durante o mandato da prefeita Rosinha Garotinho. É o único estabelecimento de saúde no bairro Parque Rodoviário e está localizado na Rua José Benevento, s/ nº. A figura 3 mostra a fachada da UBS.

Figura 3: Unidade Básica de Saúde da Família do Parque Rodoviário



Fonte: Prefeitura Municipal de Campos²⁰

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 política, na rotina das atividades da unidade, pois atende apenas famílias cadastradas e obrigatoriamente moradoras da região. Além de se valer de um mecanismo de ordenamento das consultas e atendimentos, cuja centralidade acaba se referindo ao agente comunitário.

Possui uma equipe de Saúde da Família e um total de 17 funcionários. Apresenta o modelo de Saúde da Família, atendendo apenas pessoas

²⁰ Disponível em: https://campos.rj.gov.br/exibirNoticia.php?id_noticia=36438

cadastradas, salvo em casos de serviços por livre demanda. Também, oferece atendimento médico e odontológico, visitas domiciliares e realização de alguns exames às pessoas cadastradas. Além de alguns serviços de livre demanda como: curativos, aplicação de injetáveis, aferição de pressão e glicemia para a população em geral. Também possui posto de farmácia popular, porém se encontra desativado pela ausência de responsável técnico farmacêutico, exigido por lei federal²¹. Seu funcionamento é de segunda a sexta, de 8h às 17h.

Em termos do raio de abrangência de atendimento da Unidade Básica de Saúde da Família do Parque Rodoviário, o mapa 3 ilustra essa amplitude.

Mapa 3: Raio de atendimento da UBS Parque Rodoviário em Campos dos Goytacazes, RJ (08/2018)



Fonte: Elaboração própria

De acordo com informações fornecidas pelo enfermeiro da família, responsável pela UBSF, o raio de abrangência da unidade contempla os bairros: Parque dos Rodoviários, Parque São Caetano, a comunidade da

²¹ Lei nº 13.021, de 8 de agosto de 2014.

Margem da Linha e aproximadamente a metade da extensão do Parque Leopoldina.

Segundo dados²² obtidos na própria UBS, 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 5 e 6 a seguir, mostram respectivamente, a relação dos profissionais que atuam na unidade e a distribuição de famílias cadastradas por ACS.

Tabela 6: Relação de Profissionais da UBSF do Parque Rodoviário (02/2019)

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

Fonte: Profissionais da unidade

Em consulta ao SCNES, foram encontrados 21 profissionais cadastrados na unidade. Além dos 17 profissionais listados acima, 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 anterior, sendo o enfermeiro da família, agente público concursado, o grande responsável pelo gerenciamento da UBS Parque Rodoviário.

²² Valores referentes a março de 2019.

Tabela 7: Relação de usuários cadastrados na ESF da UBSF de Parque Rodoviário (02/2019)

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

Fonte: Elaboração própria

Dos 6 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 3 estão dispostos os espaços e ambientes contidos na sugestão de estrutura física “modelo”, segundo o Ministério da Saúde, para Unidades Básicas de Saúde que com uma Equipe de Saúde da Família, relacionando com a estrutura física da UBSF Parque Rodoviário, em Campos dos Goytacazes.

Quadro 3: Estrutura sugerida pelo MS para UBS com uma eSF²³

Ambientes sugeridos pelo MS	Nº. de salas ou espaços sugeridos pelo MS	Nº. de salas ou espaços contidos na UBS Pq. Rodoviário
Recepção para pacientes e acompanhantes	1	1
Sala de espera para pacientes e acompanhantes	1 a 3	1
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

Fonte: BRASIL (2012).

Como pode ser observado no quadro acima, a UBS Parque Rodoviário segue todas as sugestões dadas pelo MS. Essa comparação não pôde ser realizada com a UBS Jamil Ábido, por se tratar de uma UBS mista e com construção antiga, e o modelo sugerido abrange apenas unidades de Saúde da Família.

O quadro 4 evidencia os tipos de atendimentos oferecidos na UBS Parque Rodoviário e a programação com seus respectivos turnos e dias da semana, dando formato à agenda da unidade.

²³Os 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>

Quadro 4: Agenda de atendimentos da UBSF Parque Rodoviário (01/2019)

Atividade	Segunda-feira		Terça-feira		Quarta-feira		Quinta-feira		Sexta-feira	
	Manhã	Tarde	Manhã	Tarde	Manhã	Tarde	Manhã	Tarde	Manhã	Tarde
Marcação de Consultas ²⁴	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Médico da Família	X	-	X	-	-	X	X	-	X	X
Dentista	X	-	X	X	-	X	X	-	X	X
Odonto pediatra ²⁵	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 – Equipe completa	-	-	-	-	X	-	-	-	-	-
Reunião de equipe	-	-	-	-	-	-	-	X	-	-

Fonte: Elaboração própria.

Observando o quadro acima, percebe-se que existem dias da semana com poucos atendimentos disponíveis, como segunda e quinta-feira a tarde. Na segunda-feira, não foi informado²⁶ nada que justificasse a ausência de atendimentos específicos. Já na quinta-feira, o turno da tarde é inteira e exclusivamente dedicado a reunião de toda a equipe, o que mantém os profissionais ocupados e indisponíveis para qualquer tipo de atendimento.

Além dos serviços apresentados no quadro 4, 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). A seguir, serão apresentadas e contrapostas com a preconização do MS.

²⁴ As marcações de consultas são realizadas pelos ACS.

²⁵ O mesmo profissional odontólogo que atende adultos, também presta atendimento para crianças.

²⁶ Pelos profissionais atuantes da unidade.

2.2. Comparação das Atividades Desenvolvidas entre as Unidades Básicas de Saúde

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, em que passa a ser o contato preferencial dos usuários, a porta de entrada e centro de comunicação com a Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2015).

Para que sejam efetivados os princípios anteriores e a fim de padronizar os processos de trabalho e a implementação da ESF nas UBS, o Ministério da Saúde traz um conjunto de diretrizes a serem seguidas no desenvolvimento das 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 sobre as atribuições, buscou-se comparar com o que efetivamente é realizado pela Equipe de Saúde da Família da UBS Jamil Ábido e na UBS Parque Rodoviário. As informações contidas no quadro 5 sobre a realização ou não das atividades, foram fornecidas por profissionais da unidade e algumas delas observadas efetivamente durante a pesquisa de campo.

Quadro 5: Relação das atividades que preconizadas pelo Ministério da Saúde

Atribuições preconizadas pelo Ministério da Saúde	Desenvolvida na UBS Jamil Ábido		Desenvolvida na UBS Parque Rodoviário	
	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 ²⁷	---	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

Fonte: Ministério da Saúde²⁸

A partir das informações acima, é possível observar que a UBS Jamil Ábido oferece quase que a totalidade dos serviços estabelecidos pelo Ministério da Saúde. Enquanto a terapia de reidratação oral, além de não ser oferecida, era desconhecida pelos profissionais da unidade. Todavia, é válido ressaltar que em situações as quais os serviços não podem ser oferecidos na unidade, independentemente do motivo, o paciente é encaminhado para outros locais dentro da rede, onde o serviço é disponível, buscando garantir a assistência integral à saúde.

²⁷O 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.

²⁸A 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>

Fazendo uma análise do funcionamento das Unidades Básicas de Saúde de forma comparativa, foram observadas algumas diferenças e semelhanças. Em relação a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde, alguns dos ACS da UBS Jamil Ábido prestaram concurso para trabalhar na UBS Cantinho da Saúde, que fica localizada territorialmente próxima. Porém, devido a extinção da Estratégia Saúde da Família em tal unidade, foram transferidos para a UBS Jamil Ábido. 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 ir a UBS todos os dias no início do expediente de trabalho. Eles têm a opção de saírem diretamente de suas casas e ir diretamente realizar as visitas domiciliares às famílias cadastradas, que é o que acontece na maioria dos casos. E em outro momento, eles comparecem a unidade para levarem as demandas. Diferentemente do que acontece na UBS do Parque Rodoviário, onde os ACS todas as manhãs tem a necessidade de comparecer a unidade, antes de saírem para realizar as visitas domiciliares.

Além disso, na UBS Parque Rodoviário, uma vez por semana, ocorrem visitas domiciliares com a participação de todos os profissionais componentes da Equipe de Saúde da Família. Já na UBS Jamil Ábido, 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 da demanda pelos serviços ofertados, ficou claro que a UBS Jamil Ábido 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, como foi mostrado no mapa 2, que possuem interesse em se cadastrar na ESF, mas não conseguem, ou porque a rua onde reside ainda não é coberta pela ESF ou por “não haver vaga”. Percebe-se aqui, um espaço de intervenção política, em que pese a capacidade do legislador local intervir, a partir da sua ingerência na unidade. Os profissionais da 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*²⁹ de famílias cadastradas e atendidas pelos ACS.

Enquanto a UBSF Parque Rodoviário apresenta um número de famílias cadastradas (2.936 pessoas ou 924 famílias)³⁰ um pouco abaixo da capacidade máxima (3.500 pessoas) devido à falta de interesse/demanda da 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, comparando se as UBS Jamil Ábido³¹ e Parque Rodoviário seguem ou não tais recomendações.

Quadro 6: Relação dos ambientes sugeridos pela PNAB 2017 para uma UBS

Ambientes preconizados pela PNAB	UBS Jamil Ábido		UBS Parque Rodoviário	
	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 ³²	---
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%

Fonte: PNAB 2017³³

²⁹ O número total de famílias cadastradas e atendidas na UBS Jamil Ábido não foi informado por nenhum dos profissionais da unidade.

³⁰ Número informado e referente ao mês de fevereiro de 2019.

³¹ É importante ressaltar que esta unidade foi construída em 1988, muito antes da publicação da PNAB 2017.

³² Este ambiente estava desativado até o momento de finalização do campo (Fevereiro de 2019)

³³ Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html

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 as unidades apresentam grande parte dos ambientes sugeridos. No momento da construção da UBS Parque Rodoviário estava em vigor a antiga PNAB de 2012, que já sugeria os ambientes listados no quadro, com a exceção de apenas dois deles. Enquanto no momento de construção da UBS Jamil Ábido, não havia esse tipo de regulamento.

Por fim, ressalta-se a questão da infraestrutura que, na UBS Jamil Ábido destaca-se 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 Parque Rodoviário 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.

No capítulo seguinte será abordado o cotidiano dos profissionais das Unidades Básicas de Saúde Jamil Ábido e do Parque Rodoviário, as particularidades de cada uma dessas unidades, suas diferenças e similitudes e a percepção do autor após acompanhamento presencial em ambas as unidades de saúde.

CAPÍTULO III

AS PERCEPÇÕES E O COTIDIANO NA IMPLEMENTAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Esse capítulo parte do entendimento mais geral de um conceito cunhado por Lipsky (2010), onde o autor define burocratas do nível de rua como servidores públicos (agentes) que trabalham interagindo diretamente com os cidadãos e tem como característica principal a discricção na realização do trabalho. Trata-se de uma abordagem conceitual já trabalhada anteriormente, mas, para o que se busca desenvolver nesse capítulo, retomar esse amparo teórico ajuda a compreender como foram os desdobramentos do campo, nessa última etapa do trabalho. Afinal, são esses burocratas que implementam e formam as políticas públicas, na ponta, por meio de suas tomadas de decisões, das rotinas de trabalho que estabelecem e dos dispositivos que criam para lidar com as pressões e as incertezas do trabalho cotidiano.

Esses burocratas podem assumir um papel de *policy making* por se encontrarem numa posição com alto grau de discricção e com certa autonomia em relação à autoridade organizacional (LIMA; D'ASCENZI, 2013). Por conseguinte, tais profissionais acabam sendo fundamentais na condução do dia a dia da política pública, e, portanto, assumem, na prática, o papel de agentes implementadores. Por isso mesmo, esse resgate conceitual, já tratado ao longo da dissertação, ajuda a explicar o campo da pesquisa e as informações nele obtidas, que associadas com as percepções desse cotidiano e as regras formais de condução dessas unidades.

Analisando o processo de implementação, percebe-se que esses agentes implementadores são capazes de modificar as políticas públicas por meio das tomadas de decisões realizadas durante o trabalho cotidiano e das rotinas de padronização estabelecidas por eles, as quais são inseridas suas próprias ideias, valores, crenças e visões de mundo. Trata-se de um ambiente onde o elemento da incerteza, no tocante à condução da política, permeia a

operacionalização da política. Autores como Lima e D'Ascenzi (2013), consideram que;

Para lidar com as incertezas do trabalho desenvolvem três repostas. Em primeiro lugar, criam padrões de práticas que tendem a limitar a demanda, maximizar a utilização de recursos disponíveis e obter a conformidade dos clientes. Ou seja, organizam seu trabalho para obter soluções dentro dos constrangimentos que encontram. Em segundo, modificam o conceito de seu trabalho, restringem seus objetivos e reduzem o fosso entre recursos disponíveis e objetivos atingidos. Em terceiro lugar, transformam o conceito de matéria-prima (seus clientes) para tornar mais aceitável tal fosso entre realizações e objetivos (LIMA e D'ASCENZI, 2013, p.104).

As rotinas que os burocratas de nível de rua estabelecem, assim como as diversas simplificações que eles aplicam, são instrumentos que utilizam para lidar com a complexidade do seu trabalho. Por isso, para Lipsky (2010), são os burocratas do nível de rua quem fazem a política pública. É neste sentido, que se buscou perceber o campo de pesquisa, cujas observações seguiram essa compreensão teórica.

As condições de trabalho são determinantes no ambiente em que as ações da política são tomadas (ou não) e os seus efeitos, em boa medida com participação e intervenção dos profissionais que atuam na ponta, a partir da compreensão da política que possuem. E a discricionariedade dos agentes implementadores, além de inevitável, pode ser desejável, uma vez que esses atores detêm conhecimento das situações locais e podem adaptar seus planos e “estratégias” a elas (LIMA e D'ASCENZI, 2013). Seu exercício pode modificar por parte dos agentes, no momento da implementação, o desenho original da política pública elaborada pelos formuladores. De acordo com Arretche (2001) é a discricionariedade o motivo pelo qual diversas vezes as mesmas políticas se diferem entre si em ambientes diferentes. Neste sentido, tais apontamentos podem ser percebidos nas unidades de saúde pesquisadas ao longo do trabalho. E traz ainda, outras variáveis que podem nos ajudar a compreender como se conforma a atuação do profissional na ponta, em que pese o fator político, que se percebeu inerente ao ambiente que se propôs a estudar.

Além da discricionariedade, também é necessário habilidade por parte dos agentes para lidar com as pressões do trabalho cotidiano, com a gestão de conflitos e implementação de suas próprias estratégias e rotinas estabelecidas.

Para Gabriela Lotta (2010), é fundamental relacionar as práticas dos agentes implementadores com a forma com que eles interagem com os clientes (usuários das políticas públicas) durante o processo de implementação. Em outras palavras, como esses burocratas de nível de rua executam suas ações na prática e quais os fatores que influenciam nas mudanças de rumos e nos resultados das políticas públicas, especialmente as de saúde. Tais questões nortearam um roteiro informal de perguntas aos profissionais, bem como serviram de guia teórico para os rumos em que se direcionavam as observações do campo, seja do espaço físico, bem como sobre o comportamento daqueles envolvidos com a política.

Nas seções que seguem, apresento uma segunda percepção do campo. A primeira, já relatada, em alguma medida, no capítulo anterior, destaca alguns elementos importantes no que se refere ao funcionamento dos equipamentos públicos de saúde, em que pese a sua estrutura física e organizacional, bem como os espaços que acobertam e os efeitos, já no campo operacional da política em si, bem como a partir da variável da política local, que em boa medida, “captura” esses espaços. Uma segunda abordagem de campo é a que faço aqui, neste capítulo. Trata-se de um esforço, no sentido de trazer as falas dos profissionais das unidades observadas para o universo da pesquisa, com todas as suas nuances, no que se refere ao funcionamento e operacionalização da política pública. É por essa vertente que procuro conduzir o texto daqui em diante, no sentido de tentar “comparar” as duas unidades, sem obviamente, estabelecer qualquer juízo, no que se refere a apontar se uma é melhor que a outra. Essa não é a minha intenção.

3.1A pesquisa de campo como ferramenta de análise

De início, destaco que a escolha do tema e do objeto de pesquisa, tem muito a ver com o apreço que cultivei, ao longo da minha, ainda que curta,

trajetória acadêmica, com uma importante pesquisadora nesse campo, a professora Gabriela Lotta. Mas, já aponto aqui, uma diferença com o campo de pesquisa no qual Lotta (2010) realizou os seus estudos. Para o presente trabalho, optei por acompanhar, frequentemente a rotina de trabalho de diferentes profissionais atuantes na área da saúde e não apenas os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), durante aproximadamente dois meses. Foram selecionadas duas Unidades Básicas de Saúde, cujos critérios de seleção já foram apresentados anteriormente. Durante este período, observei o cotidiano dos profissionais de cada unidade, onde registrei as principais ações, interações, falas e circunstâncias vivenciadas durante o período.

Para que fosse possível a realização desse acompanhamento presencial, foi solicitado a Secretaria Municipal de Saúde que fosse emitido um documento por escrito, autorizando a minha entrada como pesquisadora nas Unidades Básicas de Saúde, assim como a minha permanência, e a realização de entrevistas com os profissionais das unidades.

O pedido de autorização foi protocolado na Secretária Municipal de Saúde e só foi atendido após alguns meses, depois de muita insistência e diversas explicações a respeito dos objetivos da pesquisa que seria desenvolvida a partir das informações coletadas nas UBSs. Vale ressaltar que, esse entrave já despertou algum incômodo, no tocante aos mecanismos de gestão pública, dada a finalidade da solicitação (pesquisa acadêmica) e as negativas, e/ou atrasos nas respostas.

Com a autorização em mãos, fui me apresentar nas duas UBSs, a Jamil Ábido e a Parque Rodoviário. Expliquei que era estudante universitária e que estava desenvolvendo uma pesquisa de mestrado sobre a implementação da Estratégia Saúde da Família em Campos dos Goytacazes e que essas UBSs tinham sido selecionadas para serem analisadas. Para isso, precisava saber como acontecia na prática essa implementação, conhecer um pouco da rotina de trabalho dos profissionais que atuam na ESF, como era o dia a dia desses profissionais e a visão deles a esse respeito. Também falei que seria necessário que eu acompanhasse diariamente como funcionava a unidade, os processos e as práticas realizadas por ali.

Em ambas as unidades fui bem recepcionada. Os responsáveis pelas unidades, com muita boa vontade, se dispuseram a mostrar toda a estrutura

física da unidade, cômodo por cômodo, o que ajudou a elaborar alguns dos apontamentos descritos. Fui apresentada aos profissionais como “estudante da UENF que está fazendo pesquisa”. Apesar de se referirem a mim como estudante, percebi que muitos profissionais das unidades não compreendiam muito bem o meu papel ali, e o porquê de estar os observando aquele ambiente, todos os dias.

Em vários momentos, durante o período em que estive acompanhando o dia a dia das UBSs, os usuários das unidades me indagaram se eu era funcionária da prefeitura ou médica. Chegaram até a perguntar se estava exercendo algum tipo de fiscalização no local ou se eu estava providenciando obras/reformas naquela unidade. Tais impressões se mantiveram ao longo de todo o tempo permanecido no campo.

3.2. As percepções sobre a estrutura física das unidades de saúde

A questão da estrutura física é uma crítica comum entre os funcionários da Unidade Jamil Ábido. A construção da unidade foi realizada no ano de 1988 e a conservação do espaço, como será observada no quadro a seguir, encontra-se com problemas na sua estrutura física.

O quadro a seguir traz algumas percepções obtidas através da pesquisa de campo, em relação a estrutura física do local. Foi construído a partir de observações.

Quadro 7: Descrição da estrutura física da UBS Jamil Ábido

Espaço	Descrição do local	Observações de campo	Tendência ^(*) Funcional (+) Restritiva (-)
Entrada e Sala de espera	Espaço destinado aos usuários do serviço e seus acompanhantes que aguardarão o atendimento.	Poucas cadeiras disponíveis e algumas delas quebradas; Não possui ventilação;	+-
Recepção	Espaço destinado à informação, registro, agendamento e encaminhamento.	Não possui computador; As informações são todas arquivadas em papéis;	+-
Sala de curativos	Espaço destinado ao tratamento de lesões.	O espaço é amplo, porém em mau estado de conservação; Carece de insumos;	+-
Sala de dispensação de medicamentos	Espaço destinado à recepção, guarda, controle e distribuição de medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos.	Sala em bom estado; Fica sempre trancada e a chave sob os cuidados do enfermeiro e/ou encarregada;	++
Consultórios	Espaço destinado ao atendimento individual do paciente: Odontológico; Ginecológico; Pediátrico.	Os consultórios se encontram em péssimas condições; Mesas e cadeiras enferrujadas; Paredes com manchas e pintura descascada; Não possuem ventilação; Pouca iluminação;	+-
Almoxarifado	Local destinado à guarda de materiais diversos	Nenhum problema aparente;	++
Banheiros	Sanitários.	Não apresentam iluminação adequada; Espaço muito pequeno e mal conservado;	+-
Sala de pesagem	Onde são pesados bebês e crianças	Pouca iluminação; Pintura bastante desgastada;	+-
Sala de vacina	Espaço destinado à administração de imunobiológicos e de medicação injetável	Sala interditada devido a infiltrações;	--
Sala do enfermeiro	Local onde o enfermeiro realiza testes rápidos e realiza atividades administrativas, preenchimento do formulário de produções	Espaço amplo; Possui computador; Apesar de pouca iluminação e ventilação;	++
Sala de arquivos	Local onde são armazenados documentos em geral	Nenhum problema aparente;	++

Administração	Local onde a encarregada trabalha e soluciona as demandas apresentadas pelos usuários	Espaço bem pequeno; Entrada pelo “lado de fora” da unidade; Possui computador; Pouca iluminação e ventilação;	+-
Cozinha	Local destinado ao preparo de lanches para funcionários	Espaço improvisado pelos funcionários, porém de grande funcionalidade;	+-
Sala de convivência	Local destinado aos funcionários	Espaço também improvisado e integrado a cozinha;	++
Laboratório Injetável Hiperdia	Onde são realizados exames e coletas de sangue	Apresenta pouca iluminação e ventilação; Paredes com manchas de infiltração;	+-
Farmácia	Local onde são distribuídos medicamentos a população	Espaço amplo e bem organizado;	++

Fonte: Elaboração própria

(*) A tendência é definida por: (+) para maior percepção quanto à funcionalidade frente ao estabelecido pelo MS e (-) para menor percepção quanto à funcionalidade frente ao estabelecido pelo MS.

A análise do quadro 7, assim como a do quadro 8, na sequência, requer algumas considerações de antemão. Como se trata de um equipamento público, cujas definições dos espaços físicos necessários, são dadas pelo Ministério da Saúde, utilizou-se como norte estes critérios estabelecidos. Neste sentido, para efeito analítico comparativo, nos valem, meramente, de critérios de percepção de campo, portanto, frágeis em termos avaliativos, mas, respondem as “impressões” que se obteve no campo de pesquisa. Para cada um dos itens observados utilizou-se a maior ou menor “tendência”, como um elemento de “funcionalidade” e/ou “restrição”, ao equipamento público em análise. A duplicação dos sinais (+) e/ou (-) foi utilizada como sendo um indicador de intensidade, em um sentido e noutro. Como se refere a uma comparação entre duas UBSs, os resultados não indicam um *ranqueamento*, propriamente dito.

Dos 16 espaços observados, 9 foram classificados com “(+-)”, pois apesar de não apresentarem boas condições de conservação e/ou estruturais, se encontram em funcionamento e “cumprem” sua função. Apenas um espaço foi classificado com “(--)", uma vez que se trata de uma sala interditada e inativa. Outros 6 espaços foram classificados com “(++)", ambientes que

funcionam em ótimas condições e não foi observado nenhuma dificuldade relevante, em relação a estrutura física.

Logo na entrada no campo de pesquisa percebeu-se que o ambiente físico da unidade chama atenção, pelo fato de que os usuários não são bem acomodados durante a espera pelo atendimento. Os consultórios são pequenos e com problemas evidentes de conservação. As paredes apresentam falhas na pintura e manchas de vazamentos, o que afeta nas condições adequadas de trabalho. Foram encontrados também, vazamentos da rede hidráulica, e por isso, algumas salas encontram-se interditadas, como por exemplo, a sala de vacinas.

Foi relatado por uma funcionária que, comumente são encontrados ratos, baratas e outros tipos de insetos no local, pela manhã, quando a unidade está sendo aberta para atendimentos. Toda a estrutura física também carece de iluminação e ventilação apropriadas. Além da questão estrutural, foi evidenciado, pelos funcionários da unidade a constante falta de insumos; de medicamentos; além da falta de materiais de uso cotidiano e comum, como papel e tinta para impressora; e de higiene como papel higiênico e sabonete.

Na Unidade Jamil Ábido é comum a presença de goteiras e vazamentos hidráulicos, que ao longo de tempo, acabam danificando as paredes e boa parte dos móveis. Algumas salas, inclusive, encontram-se interditadas devido a presença de vazamentos, como por exemplo, a sala de imunização, onde são aplicadas as vacinas e um dos consultórios médicos.

A ventilação também é um tanto precária, depende quase que em sua totalidade de correntes de vento natural, apesar de não haver muitas janelas. Também não tem muitos ventiladores funcionando no local.

Os consultórios possuem mobiliário antigo e gasto e pouca iluminação. As lâmpadas, segundo fui informada, “vivem queimadas”. Os profissionais relataram: “várias vezes nós fazemos vaquinha pra comprar lâmpadas, pra gente não ter que trabalhar no escuro. Mas não adianta, é só vir uma chuva que vaza água do teto, *molha* as lâmpadas e *queima* tudo de novo”. Além disso, as paredes apresentam inúmeras pinturas com manchas de infiltração.

O enfermeiro da família é o único da unidade. Atende também pelo modelo tradicional. Esse profissional possui uma sala de uso exclusivo na unidade, onde realiza exames ginecológicos preventivos, testes rápidos e entre

outros procedimentos. Desempenha, ainda, algumas funções administrativas, como registrar o número de atendimentos realizados, chamados por eles de “produção”.

A responsável pela unidade, gerente administrativa, também conhecida popularmente como “encarregada”, ocupa o cargo por indicação política. Ela possui uma pequena sala para ela, com computador, onde realiza trabalhos administrativos.

A unidade possui um consultório odontológico³⁴ e um posto de farmácia popular em pleno funcionamento, que oferece medicamentos básicos aos usuários, mediante receituário médico.

Os profissionais dispõem de uma cozinha, com fogão e geladeira, e uma pequena área improvisada onde preparam suas refeições, se alimentam e interagem entre si, em horários de almoço e lanche.

Existem também sala de coleta (de exames), sala de curativos, almoxarifado, sala de arquivos, sala destinada ao armazenamento de insumos, dispensa onde são guardados materiais de limpeza, e banheiros feminino e masculino, exclusivos para funcionários e banheiros feminino e masculino exclusivos para os usuários.

A sala de espera é pequena, comporta um pequeno número de usuários, e das poucas das cadeiras existentes, várias estão quebradas. Isso faz com que muitos usuários aguardem pelo atendimento do lado de fora da unidade, motivo de grande transtorno em dias de chuva. E em dias de maior movimento, geralmente as terças-feiras, no período da manhã e da tarde, como pode ser observado no quadro 2, a unidade, também, fica muito lotada de pessoas esperando, causando constantes tumultos. É comum, nessa unidade perceber a questão do “fura fila”, porém, não é no sentido literal. Ocorre indiretamente, por meio dos chamados “encaixes”.

Além disso, por se tratar de uma unidade mista, que também atende pelo modelo tradicional, os usuários não cadastrados na Estratégia Saúde da Família, para serem atendidos³⁵, costumam ficar esperando em uma fila – que

³⁴Os serviços de odontologia desta unidade são ofertados pelo modelo tradicional de atendimento. Para utilização deste serviço, não é necessário estar cadastrado na Estratégia Saúde Família.

³⁵ Salvo em casos de atendimento para serviços de livre demanda, como: aferição de pressão e glicemia, realização de curativos e entre outros.

começa a se formar de madrugada, a partir das 4h da manhã³⁶ – com intuito de conseguir uma ficha que dá direito a uma consulta médica. Como a quantidade de consultas por semana é limitada, muitos usuários não vêem outra opção, a não ser acordarem muito cedo e encarar a fila, formada do lado de fora da unidade, na calçada.

Por se tratar de uma unidade mista, o que se observou, ainda de maneira intuitiva, é a questão da “porosidade” quanto a uma espécie de “ingerência informal” dos atores políticos, no caso do Legislativo municipal, na figura de “vereador”, que a ele cabe a condição de “indicar o encarregado”, o que lhe remete a um “ganho político” naquele território. Fato este não observado no modelo exclusivamente de Saúde da Família.

A análise, meramente perceptiva, que se fez na unidade Jamil Ábido, se repete na unidade do Parque Rodoviário. De início, vale ressaltar uma diferença importante, que é o fato de que a estrutura física não recebeu críticas por parte dos profissionais. Construída no ano de 2016, a mais recente do município até o momento, a unidade se encontra em perfeito estado de conservação.

O quadro 8, a seguir, traz algumas percepções a respeito da estrutura física do local.

³⁶ Segundo relatos de alguns usuários da unidade, durante conversas informais.

Quadro 8: Descrição da estrutura física da UBS Parque Rodoviário

Espaço	Descrição do local	Observações de campo	Tendência ^(*) Funcional (+) Restritiva (-)
Entrada e Sala de espera	Espaço destinado aos usuários do serviço e seus acompanhantes que aguardarão o atendimento.	Muitas cadeiras e em perfeito estado; Ventilação e iluminação adequadas;	++
Recepção	Espaço destinado à informação, registro, agendamento e encaminhamento.	Possui computador; As informações são informatizadas;	++
Salas de curativos	Espaços destinados ao tratamento de lesões.	O espaço é amplo e em perfeito estado de conservação; Não faltam insumos; Existem duas salas (curativos sépticos e curativos assépticos), mas apenas uma funciona com esta destinação.	+ -
Sala de procedimentos	Espaço destinado à realização de procedimentos como administração de medicação injetável, realização de pequenos procedimentos, coleta de material para análises clínicas e permanência de pacientes em observação.	Ambiente em perfeito estado; Possui ar-condicionado;	++
Consultórios	Espaço destinado ao atendimento individual do paciente: Odontológico; Ginecológico; Pediátrico.	Os consultórios se encontram em perfeitas condições; Mesas e cadeiras novas; Possuem ar-condicionado; Iluminação adequada;	++
Almoxarifado	Local destinado à guarda de materiais diversos	Ambiente em perfeito estado;	++
Banheiros	Sanitários.	Ambiente em perfeito estado;	++
Sala de vacina	Espaço destinado à administração de imunobiológicos e de medicação injetável	Ambiente em perfeito estado; Possui ar-condicionado;	++
Sala do enfermeiro	Local onde o enfermeiro realiza testes rápidos e realiza atividades administrativas, preenchimento do formulário de produções	Espaço amplo; Possui computador; Possui ar-condicionado; Iluminação adequada;	++
Sala de arquivos	Local onde são armazenados documentos em geral	Nenhum problema aparente;	++
Sala de inalação	Local destinado a administração de medicação inalatória	Ambiente em perfeito estado;	++

coletiva			
Cozinha	Local destinado ao preparo de lanches para funcionários	Ambiente amplo e em perfeito estado; Possui geladeira, fogão, micro-ondas, e máquina de café; Iluminação adequada	++
Sala de convivência	Local destinado aos funcionários	Ambiente em perfeito estado;	++
Laboratório Injetável Hiperdia	Onde são realizados exames e coletas de sangue	Ambiente em perfeito estado; Possui ar condicionado;	++
Farmácia	Local onde são distribuídos medicamentos a população	Espaço interditado;	--

Fonte: Elaboração própria

(^{*)} A tendência é definida por: (+) para maior percepção quanto à funcionalidade frente ao estabelecido pelo MS e (-) para menor percepção quanto à funcionalidade frente ao estabelecido pelo MS.

Como pode ser observado no quadro 8, o espaço não apresenta grandes problemas em relação a sua estrutura física. Tendo sido construída há apenas 3 anos, todos os espaços se encontram em perfeito estado de conservação e a unidade também não apresenta nenhum tipo de problema com equipamentos e/ou insumos.

A recepção e sala de espera têm capacidade para comportar de maneira confortável um grande número de usuários enquanto aguardam para serem atendidos, com cadeiras novas e conservadas, boa ventilação (possui ventilador) e iluminação adequada. Porém, não é bem essa a realidade.

Por se tratar de uma Unidade de Saúde da Família, sem a disponibilidade de atendimento pelo modelo tradicional, as únicas consultas realizadas no local são destinadas apenas para aqueles usuários já cadastrados na Estratégia Saúde da Família, mediante a documentação exigida³⁷. Essas consultas são previamente agendadas pelos Agentes Comunitários de Saúde, excluindo a necessidade de qualquer tipo de fila de madrugada para conseguir fichas de atendimento. Além disso, como cada usuário possui seu horário agendado e em demanda bem menor que a outra Unidade Básica de Saúde – que além dos usuários da ESF, também oferecem consultas pelo modelo tradicional – normalmente, também não ocorre a

³⁷Cópia da identidade, cópia do CPF, cartão do SUS e cópia de comprovante de residência.

formação de filas para aguardar atendimento. Ou seja, a recepção e sala de espera, ampla e aconchegante, passa quase que a totalidade do tempo vazia, sem usuários aguardando por atendimento.

As salas de atendimento são amplas e arejadas. O ambiente possui boa iluminação e é bem ventilado, todos os consultórios³⁸ possuem aparelhos de ar condicionado em pleno funcionamento. O consultório médico é equipado com maca, mesa para o médico, armários e computador, todos em bom estado.

A unidade também oferece serviços de saúde bucal e possui um consultório odontológico com os equipamentos necessários, novos e em pleno funcionamento.

O enfermeiro da família é responsável pela unidade. Possui uma sala destinada a realização de alguns procedimentos ginecológicos (possui maca específica), coleta de material para exames e testes rápidos. Além disso, também é o local onde são realizados alguns dos trabalhos administrativos e de gerenciamento da unidade (também possui computador).

A sala de imunização, local onde são aplicadas as vacinas, é utilizada também para coleta de sangue para realização de exames feitos em laboratório específico³⁹. Os exames de sangue, assim como os de urina e fezes, são realizados por alguns laboratórios da rede privada do município. É feito por laboratório da rede privada, mas quem paga é a prefeitura. É assim em todas que oferecem esse serviço. Vale ressaltar que esses laboratórios têm algum tipo de parceria ou convenio com a prefeitura, conforme foi ressaltado. Porém, não foi possível verificar o teor, mesmo porque não se refere ao proposto na pesquisa. É de responsabilidade de cada laboratório a distribuição dos materiais utilizados para a coleta dos materiais, assim como o recolhimento dos materiais para serem examinados e a entrega dos resultados dos exames. A coleta de sangue e outros materiais para realização de exames são realizadas semanalmente na unidade.

A unidade possui duas salas destinadas a realização de curativos, sendo uma para curativos sépticos e uma para curativos assépticos. Entretanto,

³⁸ O consultório médico, consultório odontológico, sala do enfermeiro, sala de imunização, sala de procedimentos e sala de reunião dos Agentes Comunitários de Saúde possuem aparelhos de ar condicionado.

³⁹ O laboratório responsável pela Unidade de Saúde da Família do Parque Rodoviário é o Laboratório Pedra Verde.

apenas a sala de curativos assépticos se encontra em funcionamento. Com a justificativa de que “dificilmente aparecem pessoas aqui com ferimentos contaminados” e “antes só se usava a sala de curativos assépticos mesmo”. A sala de curativos sépticos é utilizada como um “espaço de convivência” entre os profissionais da unidade. Possui uma maca, um pequeno armário que sustenta um aparelho de televisão em cima e uma mesa com cadeiras.

A unidade possui uma sala destinada as reuniões de equipe, que acontecem regularmente toda semana com a equipe completa. Além dessas reuniões com a equipe completa, também são realizadas reunião exclusivas, e as entre os Agentes Comunitários de Saúde.

A unidade do Parque Rodoviário, assim como a Jamil Ábido, anteriormente mencionada, também apresenta algumas salas desativadas. O posto de farmácia popular, por exemplo, está desativado. Não funciona devido à ausência de profissionais qualificados exigidos para o exercício da função, como o farmacêutico. Desta forma, o posto de farmácia não dispõe de medicamentos no local e o espaço construído e destinado ao posto de farmácia popular encontra-se inutilizado.

Apesar de ambas as unidades apresentarem espaços desativados, os motivos que levam a inutilização desses espaços, em cada uma das unidades são completamente distintos. A unidade Jamil Ábido, além da sala de imunização interditada, também apresenta um consultório médico interditado, devido a vazamentos de água no teto e infiltrações na parede. Para que o atendimento não seja prejudicado, foi improvisado um consultório onde inicialmente era uma sala de arquivos.

Em dias de chuva, segundo os profissionais, os problemas se agravam, na unidade Jamil Ábido. Um profissional de unidade disse que “o chão fica alagado. Escorrem água pelas paredes e teto, inclusive pelas lâmpadas, que acabam queimando”. Essa mesma pessoa me mostrou um registro fotográfico, o qual ilustrava o médico da família atendendo uma senhora no consultório, em dia de chuva. Ela colocava os pés para o alto para não serem molhados pela água do chão. E o médico, apesar dessas condições, exercia sua função atendendo a paciente. Também foi relatado pelos profissionais da unidade que:

Teve um dia que choveu muito. Aqui [apontando para a sala de espera] tava cheio de gente esperando pra ser atendida. O nosso consultório improvisado nem dava pra usar, porque tava caindo muita água. Mas pra não deixar o povo sem atendimento, o Dr. [o nome do médico foi omitido] colocou uma cadeira no corredor, nós pegamos uma mesinha dessa e ele atendeu todo mundo ali mesmo, no corredor, mesmo sem estrutura nenhuma. Esse Dr. é um anjo, isso sim”.

Enquanto a unidade do Parque Rodoviário tem a sala de curativos sépticos sendo utilizada para outra finalidade e a sala de nebulização que fica fechada a maior parte do tempo, devido à falta de demanda pelos serviços oferecidos nessas salas. Para além das percepções dos espaços físicos, que se procurou conjugar com outras variáveis, esse trabalho, tem como um elemento importante, exatamente os profissionais que atuam nas unidades, e isso se conforma de uma maneira mais fiel, a partir das suas falas, que procurei destacar na sequência.

3.3. As percepções sob o olhar dos profissionais

Nessa seção relato algumas falas dos profissionais, com os quais mantive contato nas duas unidades. Tais apontamentos são importantes, pois podem captar nos seus argumentos, reclamações e elogios, indicativos de como operam a política na ponta, sem rodeios e a partir das condições que lhes são ofertadas pelos respectivos equipamentos públicos.

Os profissionais da unidade Jamil Ábido se mostraram insatisfeitos com as condições da estrutura física do seu ambiente de trabalho, e apresentaram inúmeras queixas como já mencionado anteriormente. Enquanto os profissionais da unidade do Parque Rodoviário, em sua totalidade, se mostraram satisfeitos a respeito da estrutura física do local e não apresentaram nenhum tipo de crítica, gostam do ambiente de trabalho e se sentem confortáveis. E isso, obviamente, reflete nos resultados dos trabalhos de cada profissional, seja em um sentido ou noutro.

A falta de insumos é outra queixa apresentada pelos profissionais de apenas uma das unidades de saúde. Na unidade Jamil Ábido é comum a

indisponibilidade de medicamentos; materiais para curativos; materiais de limpeza, como detergente, desinfetante, entre outros; materiais de papelaria, como papel, *toner* para impressora; e materiais de higiene pessoal, como papel higiênico. Tais questões, de acordo com as observações no campo, parecem que desperta nestes profissionais uma possibilidade maior de exercerem suas “ações discricionárias”, em um ambiente de trabalho sem as condições adequadas.

Foi relatado que diversas vezes os profissionais se reúnem e compram, por conta própria e de maneira coletiva, alguns dos materiais indisponíveis no local. Eles compram e por fim, dividem o custo igualmente entre eles, de modo a tentarem melhorar as condições no dia a dia de trabalho e até mesmo para “não parar o serviço, os atendimentos”, como foi dito por um deles.

Fatores como infraestrutura inadequada e a falta de suprimentos básicos no ambiente de trabalho apresentam grande importância frente ao dia a dia de trabalho destes profissionais da saúde, que não apresentam nenhuma expectativa de mudança dessa situação a curto/médio prazo. Para Lipsky (2010), as condições e as limitações materiais são vistas como determinantes da trajetória do processo de implementação de uma política pública. O autor revela que as condições de trabalho determinam a atuação na burocracia do nível de rua, como o que se percebeu na unidade Jamil Ábido.

Apesar das inúmeras limitações enfrentadas pelos profissionais desta unidade, e de acordo com o que pude observar, enquanto acompanhava a rotina de trabalho desses profissionais, esses fatores, ainda que importantes, não impedem que eles realizem seu trabalho, com a qualidade e dedicação que tais atividades requerem. Mesmo em consultórios antigos – e até mesmo improvisados, sem ventilação, com iluminação inadequada e com a constante ausência de insumos, os profissionais atendem os usuários que chegam na unidade buscando por serviços – seja de consulta médica, realização de exames, imunização ou até mesmo para realização de curativos – com atenção, paciência e respeito.

Ainda que fatores como esses não impeçam o desempenho adequado do trabalho desses profissionais, acabam desmotivando alguns deles. Nas conversas que mantive sobre atuação e a rotina de trabalho na Unidade Básica de Saúde, muitos destacaram a vontade de querer fazer mais, mas no finaldas

contas não poder, por se sentirem impossibilitados devido as limitações causadas pela falta de assistência do município para com a unidade.

Foi comum entre os profissionais, afirmações do tipo: “isso não vai mudar” e “sempre foi assim e vai continuar sendo”, a respeito das condições de trabalho, indicando descontentamento com a falta de assistência da prefeitura com a unidade e, conseqüentemente, com os cidadãos usuários da UBS. Além disso, também percebi um sentimento de “impotência” por parte dos profissionais, por eles quererem fazer mais, oferecer mais aos usuários, mas se sentirem impossibilitados devido a falta de recursos.

Foi relatado por um dos profissionais que já teve experiência anterior de trabalhar e acompanhar a realidade da Estratégia Saúde da Família em outro município, onde segundo ele a ESF “funcionava de verdade”. Não faltavam insumos, havia medicação disponível para os usuários, que por sua vez possuíam maior facilidade para marcação de consultas e visitas domiciliares. Segundo esse profissional, “as famílias moradoras de localidades mais distantes, também recebiam visitas domiciliares com facilidade, pois havia disponível um automóvel na unidade para esta finalidade”. Acostumada com esta realidade, ao se deparar com a realidade do município de Campos, percebeu uma diferença muito grande. Em sua opinião, a ESF “não funciona” em Campos, pois não é dada a atenção e a importância necessária para sua implementação. E, além disso, acredita que

(...) a prioridade do município está centrada nas unidades básicas que atendem pelo modelo tradicional, talvez por conseguir atender a um número maior de usuários, enquanto a ESF possui uma quantidade mais restrita.

Todavia, apesar das condições de trabalho serem mais complicadas, segundo foi dito, “o município de Campos remunera melhor seus profissionais, proporcionando uma melhor qualidade de vida, motivo pelo qual optou por trocar de município”.

Enquanto na unidade do Parque Rodoviário, a respeito dos insumos, foi relatado pelo profissional responsável pela unidade que “o pedido dos materiais é feito mensalmente, por meio de uma plataforma *online* e dificilmente faltam

materiais, sejam insumos hospitalares, materiais de papelaria ou matérias de limpeza. Sempre tem em estoque, disponível na unidade”.

Em entrevista realizada com os Agentes Comunitários de Saúde, ao serem questionados sobre as principais dificuldades encontradas no exercício de sua função, muitos profissionais, das duas unidades, lamentaram a falta de apoio da rede de saúde do município, que

(...) não oferece o suporte necessário, no financeiro, na estrutura e nem nos insumos e apontaram também o fato de que “muitos pacientes têm seus tratamentos descontinuados, devido a necessidade de exames mais complexos e de remédios caros que a prefeitura não consegue oferecer para todos que precisam.

Também foi relatado que,

(...) a maioria das UBS possuem uma ambulância de plantão. Essas ambulâncias levam os pacientes mais debilitados para fazerem o tratamento. Geralmente é assim, os pacientes de hemodiálise são levados pro Pró-rim, os de câncer vão para o Oncobeda fazer quimioterapia e tem os de diabetes também que vão no Centro de referência. E são todos pacientes bem carentes, né? Só que essas ambulâncias vivem quebrando e tem paciente que morre porque não consegue ir fazer o tratamento. É muito triste, minha filha. Semana passada mesmo um paciente desses faleceu.

A remuneração também foi motivo de reclamação por parte dos profissionais das duas unidades. Eles alegam que seu trabalho é bastante árduo e os salários que recebem estão aquém do que acreditam que merecem, sentindo-se desvalorizados. Entretanto, foi unanimidade entre eles o sentimento de satisfação e contentamento por poderem ajudar e mudar a vida de muitas pessoas, cuidando da saúde e do bem-estar deles.

É de fácil percepção a discricionariedade exercida pelos profissionais de ambas as Unidades Básicas de Saúde. Na Unidade Jamil Ábido é observada em maior quantidade, talvez por apresentar maiores dificuldades, carências e pressões em relação aos recursos escassos e a demanda em excesso, necessita ainda mais.

Após ter sido finalizada a pesquisa de campo em fevereiro de 2019, oito meses depois, em outubro de 2019, retornou-se a campo para uma observação a respeito do que foi analisado anteriormente. As principais atualizações serão relatadas a seguir.

3.4. Retorno ao campo: novas observações

A primeira entrada no campo ocorreu em janeiro de 2019, onde busquei observar os dados primários, na ponta, com os profissionais e com suas perspectivas sobre o trabalho que realizam. Essa foi a minha intenção inicial. Ao me deparar com as condições estruturais com as quais tais profissionais são obrigados a lidar no dia a dia, me ocorreu de trazer para a dissertação esse elemento. Afinal, as condições de trabalho influem no que cada profissional pode fazer, a partir das suas funções previamente estabelecidas pela regra. Desse modo, as condições de trabalho foram consideradas importantes para essa análise, pois, refletem na maior ou menor condição de decisões discricionárias de cada um.

Com isso em mente, achei por bem, realizar o campo em dois tempos. A Um no início da pesquisa, onde se coletou as informações percepções dos espaços e as falas dos profissionais, e outra, decorridos oito meses da primeira abordagem. Assim, no dia 09 de outubro de 2019, após ser finalizada a pesquisa de campo nas duas Unidades Básicas de Saúde, retornei aos locais onde foi realizada a pesquisa de campo. Durante uma semana visitei ambas as unidades e pude observar relevantes modificações no funcionamento das unidades.

Começando pela UBS Jamil Ábido, logo ao entrar na unidade notei diferença na recepção/sala de espera. As cadeiras do local, antigas e várias se encontravam quebradas, foram substituídas por cadeiras novas e em maior quantidade. Foi retirado do local um ventilador antigo que funcionava no interior da unidade, porém este não foi substituído por nenhum outro e permanece apenas um ventilador de teto, mas que não funciona.

A recepção antes não possuía nenhum computador. Os cadastros eram realizados manualmente, em pequenas fichas de papel preenchidas com

caneta e depois guardadas em envelopes e arquivadas em pastas. Foram instalados três computadores novos na recepção, que também ganhou algumas mobílias novas – mesas e cadeiras. Outro computador antigo que a unidade já possuía, também foi substituído por um novo.

A unidade que contava com apenas um computador antigo, agora possuem um total de sete computadores. O recebimento dos computadores aconteceu por volta de um mês e meio antes do meu retorno a unidade. O motivo para o recebimento dos aparelhos é a informatização das informações através de um sistema computadorizado, onde são cadastrados os usuários, assim como suas fichas médicas. Mas a unidade ainda se encontra em processo de adaptação. Muitas coisas ainda continuam sendo feitas manualmente e, aos poucos, segundo me disseram, estão passando para o sistema.

Apesar do recebimento dos computadores e a instalação do sistema ter sido uma grande melhoria para a UBS Jamil Ábido, a internet utilizada para o funcionamento do sistema na unidade é paga pelos próprios profissionais. Segundo eles, “se for depender da prefeitura, não acontece nada”. Ainda foi relatado que “pra isso [o sistema online] funcionar, a gente tem que fazer vaquinha e tirar do nosso bolso pra pagar, se não, não tem internet”.

O único ar condicionado da unidade, localizado no posto de farmácia popular da UBS e que durante um tempo esteve sem funcionar, se encontra em pleno funcionamento, devido a um serviço de manutenção realizado no local, que foi pago pelos profissionais da farmácia. Mais uma vez fica claro o exercício da discricionariedade visando um melhor funcionamento do serviço público.

A coleta de sangue e outros materiais na unidade para exames⁴⁰, antes realizada uma vez por semana, teve sua frequência reduzida pela metade, sendo agora, apenas duas vezes por mês, aumentando o tempo de espera dos usuários. A justificativa apresentada foi a de que, supostamente, a prefeitura optou pela diminuição da frequência para reduzir custos, uma vez que já estaria em débito com alguns dos laboratórios. Esta alteração não foi implementada apenas na unidade Jamil Ábido, mas em todas as Unidades

⁴⁰O laboratório responsável pela UBS Jamil Ábido é o laboratório Labmed.

Básicas de Saúde que realizam esse tipo de serviço, inclusive a Unidade do Parque Rodoviário.

As marcações de consultas na UBS Jamil Ábido, antes realizadas apenas mediante a fichas – distribuídas uma vez por semana pela manhã e motivo de filas de espera durante a madrugada – passaram a ser realizadas a qualquer momento. Não ocorre mais a distribuição de fichas. Agora, o paciente que deseja marcar uma consulta médica precisa apenas se dirigir até a unidade, portando a documentação necessária. Os usuários da Estratégia Saúde da Família continuam tendo suas consultas marcadas pelos Agentes Comunitários de Saúde. Essa mudança no sistema de marcação de consultas extinguiu com a formação de filas na calçada da UBS durante a madrugada, porém, deixou a agenda lotada e a espera continua. O paciente que se dirige a unidade buscando marcar uma consulta médica, só consegue vaga para dois meses depois.

Durante este tempo, entre a finalização da pesquisa de campo e o retorno a unidade, foi incluído na lista de serviços oferecidos pela UBS Jamil Ábido, o teste de gravidez, que é realizado por livre demanda⁴¹, qualquer dia e horário dentro do funcionamento da unidade, e o resultado é disponibilizado na hora. Não é necessário cadastro e nem identificação para este serviço⁴².

Além disso, também foi instalada uma máquina de registro de ponto eletrônico, a qual os profissionais da unidade devem, através da impressão digital, registrar o horário de chegada e saída da unidade. Esse registro tornou-se obrigatório para os profissionais desta unidade, aproximadamente dois meses antes do meu retorno ao local. Caso a carga horária mensal de serviço do profissional não seja atendida, ocorrem descontos em seu salário, causando desconforto para a maioria deles.

O serviço de nebulização que antes estava indisponível devido à falta dos materiais necessários, se encontra disponível. E o quadro de funcionários da unidade continua o mesmo, não houve nenhum tipo de alteração.

Na unidade de Saúde da Família do Parque Rodoviário foram identificadas poucas modificações no seu funcionamento. A mais importante

⁴¹ O teste de gravidez, assim como o teste rápido, que identifica doenças sexualmente transmissíveis; e os exames ginecológicos; não são realizados em menores desacompanhados.

⁴² Assim como o teste para doenças sexualmente transmissíveis.

delas foi o encerramento do serviço de imunização através da aplicação de vacinas. A unidade não fornece mais este serviço e a sala destinada a imunização encontra-se desativada.

A frequência da coleta de materiais para exames também foi reduzida, assim como nas outras unidades do município.

Continuam sendo realizados testes rápidos na unidade, a fim de identificar doenças como: HIV, sífilis, hepatite B e hepatite C. Para realização deste tipo de teste, não é necessário ser cadastrado na Estratégia Saúde da Família, porém, diferentemente da UBS Jamil Ábido, é necessária a identificação do paciente, assim como a assinatura de um termo de consentimento livre e esclarecido⁴³. Vale ressaltar que o laudo, assim como outras informações são sigilosas. Não foi incluído na lista de serviços oferecidos pela unidade o teste de gravidez, assim como ocorreu na UBS Jamil Ábido.

Na unidade do Parque Rodoviário não foi instalada máquina de registro de ponto eletrônico, para controlar os horários de entrada e saída e a frequência dos profissionais, como ocorreu na UBS Jamil Ábido.

Em relação ao quadro de funcionários, o enfermeiro da família, e responsável pela unidade, se encontra de licença e está sendo substituído temporariamente por uma enfermeira. Foi contratada também uma estagiária, anteriormente não havia a figura do “estagiário” na unidade.

⁴³ Ver em Anexos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As políticas públicas são elaboradas pelos formuladores no alto escalão da burocracia e executadas na ponta, pelos agentes implementadores, também chamados de burocratas do nível de rua, durante o processo de implementação. Segundo Selznick (1948), essa transferência de atribuições necessariamente envolve indivíduos concretos que possuem interesses e objetivos que nem sempre coincidem com os do sistema (Estado).

Neste sentido, entende-se a presença de resistências apresentadas pelos agentes implementadores ao cumprimento de algumas instruções e normas. É entendido também o fato destes profissionais não conseguirem realizar seus trabalhos, segundo as concepções mais satisfatórias, devido às limitações no campo de trabalho, a falta de recursos, as 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 cidadãos 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 algumas estratégias para lidarem com as pressões e fazerem a política acontecer, mesmo com os recursos sendo 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, onde ressaltam o fato de que, inúmeras vezes, dividiram custos e pagaram com seu próprio dinheiro, por 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 culpa exclusivamente destes burocratas, mas sim, das limitações estruturais as quais são expostas e necessariamente eles têm

que lidar. Deste modo, em ambientes de escassez, tais iniciativas discricionárias tendem a ser mais presentes.

Apesar de todas as dificuldades enfrentadas pelos profissionais atuantes na Unidade Básica de Saúde Jamil Ábido, é indubitável o esforço e dedicação apresentados no exercício de suas funções. Algumas vezes aquém de suas atribuições, com o único objetivo de entregar uma saúde pública de qualidade, ou ao menos digna, para os cidadãos usuários daquela unidade de saúde.

Outra questão importante é o fator político e sua influência no processo de implementação da política pública. Silva e Melo (2000) afirmam que estudos empíricos já revelaram um padrão distinto, onde prevalece a troca, a negociação e 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. No âmbito da saúde não é muito diferente. A existência de um ator político “responsável”, ainda que de modo informal, pela unidade de saúde, possibilita a “troca de favor”, onde a moeda de troca utilizada é a agilidade de um serviço de saúde que deveria ser oferecido para todos, sem qualquer tipo de distinção.

A grande demanda pelos serviços de saúde acaba diminuindo a velocidade de entrega destes serviços. As agendas de consultas sempre cheias e as filas de espera longas. Quando se trata de saúde, nem sempre é possível esperar para ser atendido. Quem possui enfermidade, possui também pressa. Aqueles cujos familiares estão enfermos, querem atendimento rápido para seus entes queridos. Mas nem sempre se encontra a agilidade desejada. É nesse ambiente que se abre espaço para a atuação de atores políticos, que em muitas das vezes atuam no sentido de “criar dificuldades para vender facilidades”, condições corriqueiras, como foi ressaltado, nesses equipamentos públicos de saúde do município. Tais achados, não intencionais, diga-se de passagem, ainda demandam estudos mais acurados sobre os seus efeitos, com métodos mais rigorosos de análise, mas, que por aqui, já apontam um problema relevante a ser pesquisado futuramente.

Os modelos de atendimento adotados pelas unidades de saúde, além de suas características e particularidades já explicitadas anteriormente, também se diferenciam pela permeabilidade da influência política. O modelo tradicional e o modelo misto são muito mais porosos a interferências externas e políticas

do que o modelo de saúde da família. O fato de oferecerem consultas com profissionais especialistas em várias áreas e em livre demanda, os tornam mais porosos a interferência política. Diferentemente do modelo de saúde da família o qual é exigido obrigatoriamente um cadastro prévio e a comprovação de residência dentro do raio de cobertura da unidade.

No caso específico das duas unidades de saúde analisadas ao longo deste trabalho, foram percebidos problemas de ociosidade e demanda aquém da capacidade na unidade do Parque Rodoviário; e em extrema contradição, um excesso de demanda apresentado pela unidade Jamil Ábido. Vale ressaltar que as unidades estão localizadas a uma distância de aproximadamente 2,5km uma da outra, portanto, como uma interseção clara, como se observou nos mapas, quanto ao raio de abrangência entre essas unidades.

Por fim, tem-se que, mesmo diante da necessidade proposta por Lipsky (2010) de compreender, o que de fato acontece no momento da implementação de uma política pública, é necessário, também, ficar atento a outras variáveis, como às condições de trabalho destes profissionais, se são adequadas para que eles exerçam efetivamente suas funções, e quais as dificuldades que podem ser encontradas e postas como travas impedindo-os de obter êxito, bem como na maior ou menor capacidade de intervenção dos atores políticos, no sentido de “capturar” esses espaços para ganhos que vão além do proposto pela política pública.

REFERÊNCIAS

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

ABRUCIO, Fernando Luiz. *Para além da descentralização: os desafios da coordenação federativa no Brasil*. In: Fleury S, organizador. *Democracia, descentralização e desenvolvimento: Brasil & Espanha*. Rio de Janeiro: Editora FGV; 2006. p. 77-125.

ALMEIDA, Maria Hermínia. *Federalismo e Proteção Social: A experiência brasileira em perspectiva comparada*. São Paulo, mimeo, 2000.

ANDERSON, Charles W. *The Place of Principles in Policy Analysis*. *American Political Science Review*, 1979.711-723. Disponível em: <<https://www.cambridge.org/core/journals/american-political-science-review/article/place-of-principles-in-policy-analysis/00919AD2B8FB6445DA8D9EA3801BF454>> Acesso em: 20 de mar. de 2018.

ARRETCHE, M. Relações federativas nas políticas sociais. *Educação e Sociologia*, Campinas, v. 23, n. 80, set. 2002.

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.

BOTAZZO, C. *Unidade Básica de Saúde: a porta do sistema revisitada*. Bauru: EDUSC, 1999.

BRASIL, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Para entender a gestão do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde*. - Brasília: CONASS, 2003

BRASIL, Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DR: Senado Federal, 1988.

BRASIL, Governo do Brasil. *Administração Pública*. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/governo/2014/10/o-papel-de-cada-ente-da-federacao-na-gestao-da-saude-publica>> Acesso em: 20 de mar. de 2018.

BRASIL, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. *Estado, Instituições e Democracia: república*. Livro 9, vol. 01. Brasília, 2010.

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. *Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/01*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. *Saúde da Família: Uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília, 1997.

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.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)*. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. *A implantação da Unidade de Saúde da Família*. Caderno 1. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde*. – Brasília : CONASS, 2011.

BRASIL. IBGE. Censo Demográfico Brasileiro, 2010. Disponível em <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rj/campos-dos-goytacazes/panorama>>. Acesso em: 18/10/2018

BRASIL. IBGE. Censo Demográfico Brasileiro, 2010. Disponível em <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rj/campos-dos-goytacazes/panorama>>. Acesso em: 18/10/2018

BRASIL. Ministério da Saúde. Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE). Disponível em: <http://sage.saude.gov.br/paineis/psf/lista_mun.php?output=html&ufs=&ibges=&cg=&tc=&re_giao=&rm=&qs=&ufcidade=Brasil&qt=5570%20munic%C3%ADpi os&pop=206114067&cor=005984&nonono=html&title=&mes=mar%C3%A7o& mess=3&anos=2017&codPainel=31&codPainel=31> Acesso em: 02/07/2019

Brodkin, E. Z. Reflectionson Street-LevelBureaucracy: Past, Present, and Future. *PublicAdminRev*, 72: 940-949. 2012. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1540-6210.2012.02657.x>

FERREIRA, Vicente R. S.; MEDEIROS, Janann J. *Fatores que moldam o comportamento dos burocratas de nível de rua no processo de implementação de políticas públicas*. Cad. EBAPE.BR, vol. 14, nº3, Artigo 7, 776-793, Rio de Janeiro, 2016.

HILL, Michael. e HAM, Christopher. *The Policy Process in the Modern Capitalist State*. Nova Iorque: Haverst, 1993.

JUNQUEIRA, Simone R. Competências profissionais na estratégia Saúde da Família e o trabalho em equipe. Módulo Político Gestor. UNA-SUS UNIFESP. 168 p. 2016.

LIMA, Luciana Leite and D'ASCENZI, Luciano. Implementação de políticas públicas: perspectivas analíticas. *Rev. Sociol. Polit.* [online]. 2013, vol.21, n.48, pp.101-110. ISSN 1678-9873. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-44782013000400006>.

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

LOTTA, Gabriela 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, Gabriela. *Burocracia e Implementação de Políticas de Saúde*. 1ed. Rio de Janeiro, 2015.

LUZ, Madel. *Duas questões permanentes em um século de políticas de saúde no Brasil republicano*. *Ciência Saúde Coletiva* 2000; 5:293-312.

MAJONE, Gian; WILDAVSKY, Aaron. *Implementation as Evolution*. In: *Public Policy: the essential readings*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall, 1995.

MATTA, Gustavo; MOROSINI, Márcia. *Atenção Primária à Saúde. Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/ateprisau.html> Acesso em: 29 de ago. 2019.

MEDEIROS, Jacinta de Aguiar. *O Processo de Reimplantação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Município de Campos dos Goytacazes/Rj entre os anos de 2009/2015: Avanços e Desafios*. Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Sociais da UENF. Campos dos Goytacazes, 2018.

MEYERS, M. K., VORSANGER, S. (2010). Burocratas de nível de rua e a implementação de políticas públicas. In: B. G. Peters, J. Pierre (Org.). *Administração Pública: coletânea*. São Paulo: Ed. da Unesp; Brasília, DF: Enap.

O'TOOLE, Laurence. J. Interorganizational relations in implementation. In: PETERS, B.G.; PIERRE, J. (Orgs.). *Handbook of public administration*. Londres. Thousand Oaks, 2003.

OLIVEIRA, M. C., GONÇALVES, L., LIRA, R. A saúde em Campos dos Goytacazes pede socorro: uma análise do plano anual de saúde a partir do conselho municipal. *Revista Perspectivas online*. Vol. 8, nº21, p. 1-14. 2018.

PAIM, Jairnilson S. O que é o SUS? Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, 2009.

PAULINO, I. *et al.* Estratégia Saúde da Família. Editora Ícone, São Paulo, 2009.

Perfil dos bairros: Campos dos Goytacazes – RJ. Disponível em:
<<https://cidac.campos.rj.gov.br/perfilBairros/mobile/index.html#p=1>> Acesso em: 06 de dez. de 2018.

Plano Municipal de Saúde de Campos dos Goytacazes. Disponível em:
<<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rj/campos-dos-goytacazes/panorama>>. Acesso em: 18/10/2018.

PRESSMAN, Jeffrey L.; WILDAVSKY, Aaron. Implementation: How Great Expectations in Washington are Dashed in Oakland. 3a ed. Berkeley University of California Press, 1984.

RONCOLLETA, Adriana. F. T. Princípios da medicina de família. São Paulo: Sombramfa, 2003.

SÃO PAULO (Estado). Prefeitura Municipal de São Paulo. Diretrizes Operacionais: Unidades Básicas de Saúde. Janeiro, 2015. Disponível em:
<https://www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografia/Diretrizes%20operacionais_AB_2015.pdf> Acesso em: 02 de jul. de 2019.

SECCHI, Leonardo. Agenda building in Brazilian municipalities: when and how citizens participate. In: FRANZKE, J. (Org.) Making civil societies work. i. ed. Potsdam: Editora da Universidade de Potsdam, 2006. P.109-124.

SECCHI, Leonardo. *Políticas Públicas: Conceitos, Esquemas de Análise, Casos Práticos*. São Paulo: Cengage Learning, 2010 .

Selznick, Philip. "Foundations of the Theory of Organization". *American Sociological Review*. 1948. 25–35.

SOUSA, Maria Fátima de; HAMANN, Edgar Merchán. *Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta?*. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, 1325-1335, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232009000800002&lng=en&nrm=iso> Acesso em 9 de jun. 2018.

TENDLER, J. Bom governo nos trópicos: uma visão crítica. Rio de Janeiro: Revan; Brasília, DF: ENAP, 1998.

VAN METER, D. S.; VAN HORN, C. E. *The policy implementation process: a conceptual framework*. *Administration & Society*, v. 6, n. 4, p. 445-88, fev. 1975.

VIANNA DA CRUZ, J.L., & AZEVEDO NETO, J.A. Crise do petróleo, dependência dos royalties e ajuste fiscal: o caso do município de Campos dos Goytacazes/RJ. *Boletim Petróleo, Royalties e Região*. Ano XIII, nº51, 2016.

ANEXOS

LISTA DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE CAMPOS DOS GOYTACAZES (RJ)

1. UBS Alair Ferreira
2. UBS Aldeia
3. UBS Alvorada
4. UBS Baleeira
5. UBS Cambaíba
6. UBS Campelo
7. UBS Cantinho da Saúde
8. UBS Carvão
9. UBS Cave do paraíso
10. UBS Conceição do Imbé
11. UBS Conselheiro Josino
12. UBS Correnteza
13. UBS Custodópolis
14. UBS Dores de Macabu
15. UBS Eldorado
16. UBS Espinho
17. UBS Fazendinha
18. UBS Félix Miranda
19. UBS Guandu
20. UBS IPS
21. UBS Ibitioca
22. UBS Jamil Ábido
23. UBS Jockey Club
24. UBS Lagamar
25. UBS Lagoa das Pedras
26. UBS Lagoa de Cima
27. UBS Lebret
28. UBS Maria Selma (Tira gosto)
29. UBS Marrecas
30. UBS Mata da Cruz
31. UBS Morangaba
32. UBS Murundu
33. UBS Mussurepe
34. UBS Novo Mundo
35. UBS Palmares
36. UBS Parque Aurora

- 37.UBS Parque Guarus
- 38.UBS Parque Imperial
- 39.UBS Parque Prazeres
- 40.UBS Parque Rodoviário
- 41.UBS Patronato São José
- 42.UBS Penha
- 43.UBS Pernambuco
- 44.UBS Poço Gordo
- 45.UBS Ponto Grossa dos Fidalgos
- 46.UBS Quilombo
- 47.UBS Retiro
- 48.UBS Ribeiro do Amaro
- 49.UBS Santa Ana
- 50.UBS Santa Cruz
- 51.UBS Santa Helena
- 52.UBS Santa Maria
- 53.UBS Santa Rosa
- 54.UBS Santo Amaro
- 55.UBS Santos Dumont
- 56.UBS São Martinho
- 57.UBS São Sebastião
- 58.UBS Saturnino Braga
- 59.UBS Sentinela do Imbé
- 60.UBS Serrinha
- 61.UBS Servidor
- 62.UBS Tapera
- 63.UBS Terra Prometida
- 64.UBS Três vendas
- 65.UBS Turf Club
- 66.UBS Venda Nova
- 67.UBS Vila Nova
- 68.UBS Sapucaia
- 69.UBS Travessão
- 70.UBS Tocos
- 71.UBS Morro do coco
- 72.UBS Baixa Grande