

UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DE PERNAMBUCO
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS
BACHARELADO DE CIÊNCIAS SOCIAIS

**OS DESAFIOS NA IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS NO
MUNICÍPIO DE VITÓRIA DE SANTO ANTÃO: EXPERIÊNCIAS DE
DISCRICIONARIEDADE NO PROGRAMA SAÚDE ATÉ MAIS TARDE**

RECIFE
OUTUBRO, 2024.

UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DE PERNAMBUCO
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS
BACHARELADO DE CIÊNCIAS SOCIAIS

**OS DESAFIOS NA IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS NO
MUNICÍPIO DE VITÓRIA DE SANTO ANTÃO: EXPERIÊNCIAS DE
DISCRICIONARIEDADE NO PROGRAMA SAÚDE ATÉ MAIS TARDE**

Trabalho de conclusão de curso apresentado pelo aluno **Jordymar Emanuel Francisco Da Silva** ao curso de bacharelado em Ciências Sociais da UFRPE – Universidade Federal Rural de Pernambuco, para obtenção do grau de bacharel em Ciências Sociais, sob orientação do Professor, **Dr. Maurício Sardá De Faria**.

RECIFE
OUTUBRO, 2024.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Sistema Integrado de Bibliotecas da UFRPE
Bibliotecário(a): Suely Manzi – CRB-4 809

S586d Silva, Jordymar Emanuel Francisco da.
Os desafios na implementação de políticas públicas no município de Vitória de Santo Antão: experiências de discricionariiedade no programa Saúde até Mais Tarde / Jordymar Emanuel Francisco da Silva. - Recife, 2024.
58 f.

Orientador(a): Maurício Sardá De Faria.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Universidade Federal Rural de Pernambuco, Bacharelado em Ciências Sociais, Recife, BR-PE, 2024.

Inclui referências e apêndice(s).

1. Política pública. 2. Política de saúde. 3. Poder discricionário - Vitória de Santo Antão (PE). 4. Burocracia - Vitória de Santo Antão (PE) I. Faria, Maurício Sardá De, orient. II. Título

CDD 300

JORDYMAR EMANUEL FRANCISCO DA SILVA

**OS DESAFIOS NA IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS NO
MUNICÍPIO DE VITÓRIA DE SANTO ANTÃO: EXPERIÊNCIAS DE
DISCRICIONARIEDADE NO PROGRAMA SAÚDE ATÉ MAIS TARDE**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Ciências Sociais da
Universidade Federal Rural de Pernambuco,
como requisito parcial para obtenção do
título de Bacharel em Ciências sociais.

Aprovado em: 02/10/2024

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Maurício Sardá de Faria (Orientador)
Universidade Federal Rural de Pernambuco

Prof. Dr. Otávio Augusto Alves dos Santos (Examinador Interno)
Universidade Federal Rural de Pernambuco

Prof. Dr. João Morais de Sousa (Examinador Interno)
Universidade Federal Rural de Pernambuco

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar quero agradecer a Deus por ser meu refúgio, ser a minha força e fonte de amor, por sempre me guiar nos caminhos difíceis e também me preparar para atingir os meus objetivos. Sem ti senhor, eu não teria ido à lugar algum.

Sou grato à minha família, vocês são minha base, um porto seguro inigualável, é de onde eu vim e pra onde eu sempre posso voltar. Aos meus pais, **Josenilda e Josimar**, e minha irmã **Jordylanne**, que é minha melhor amiga, foi através de vocês que aprendi o valor das coisas da vida e principalmente no sentido do amor e da companhia. Mãe, obrigado por acreditar em mim e enxergar meus sonhos junto comigo, o meu jeito, a minha simplicidade e a minha vontade de continuar e nunca desistir vieram de ti.

Quero agradecer também a **Larissa**, minha namorada, por todo amor, suporte e carinho desde o início da minha caminhada nesta graduação. Você sempre acredita no meu potencial mesmo quando eu não acredito, me faz ver que eu posso ir cada vez mais longe e me abraça quando tudo parece difícil, é minha inspiração diária na vida e principalmente no âmbito acadêmico, pois através da sua dedicação e empenho que procuro ser melhor a cada dia. Em especial a nossos animais de estimação, que costumamos dizer que são nossos filhos, Ted, Yumi, Tailung e para o eterno Fiozinho.

Agradecer também a todos os meus amigos começando por: **Rodrigues, Juan, Carlos, Matheus, Hugo, Lázaro, Ruan e Raul**. Sem vocês eu não conseguiria levar a vida de uma forma tão leve, eu já sou risonho e na presença de cada um de vocês eu me desmancho de tanto rir, por trás de cada conversa ou brincadeira eu sei que tenho os melhores amigos que poderia ter. Também a todos amigos que fiz nesta graduação especialmente: **Marcos, Eduardo, Sinara, Ellen, Yara e Júlia**.

A Universidade Federal Rural de Pernambuco (UFRPE) ou melhor, a Ruralinda, por me proporcionar um sentimento de acolhimento que será inesquecível. A todo o corpo docente, em especial para o Profº Drº **Maurício Sardá**, o meu orientador, que deu a ideia desta pesquisa aplicada a realidade da minha cidade, também ao Profº Drº **Otávio Augusto** por me inserir em um grupo de pesquisa e me dar oportunidade de contribuir, e por último a Profª Drª **Roseana Medeiros**, com quem tive oportunidade de ser monitor e aprender com sua trajetória.

RESUMO

Este estudo se destaca na área das políticas públicas ao analisar a fase de implementação com foco na discricionariedade exercida pelos burocratas de nível de rua. O objetivo geral desta pesquisa é compreender o processo de implantação do programa 'Saúde Até Mais Tarde' e o papel desempenhado pela burocracia de nível de rua na efetivação dessa política pública, em duas Unidades Básicas de Vitória de Santo Antão-PE. Para isto, foi fundamental contar com um arcabouço teórico que embasou a discussão dos temas. Foi adotado uma abordagem qualitativa de pesquisa, com caráter descritivo e analítico, este enfoque permitiu a exploração aprofundada das experiências e percepções dos profissionais envolvidos, através de entrevistas semiestruturadas, proporcionando uma análise descritiva de como os burocratas enxergam o programa em questão e uma análise interpretativa de suas práticas e adaptações feitas no cotidiano da execução do programa através de três categorias analíticas, ação, razão e forma. Os resultados demonstram um olhar positivo sob a implementação do programa nas UBS, ao passo que revelam os desafios da discricionariedade para manter o programa, a adaptação de serviços as necessidades dos pacientes, a escassez de recurso, o impacto emocional, a necessidade da harmonia no ambiente de trabalho, entre outros. A experiência dos BNR's de Vitória de Santo Antão mostra como a discricionariedade é crucial para superar desafios diários, adaptando o serviço de saúde à realidade local e às necessidades da população.

Palavras-chave: Discricionariedade; Burocracia de nível de rua; Implementação.

ABSTRACT

This study stands out in the field of public policy by analyzing the implementation phase with a focus on the discretion exercised by street-level bureaucrats. The general objective of this research is to understand the process of implementing the 'Saúde Até Mais Tarde' program and the role played by street-level bureaucracy in the realization of this public policy in two Basic Health Units in Vitória de Santo Antão-PE. To achieve this, it was essential to have a theoretical framework that underpinned the discussion of the topics. A qualitative research approach was adopted, with a descriptive and analytical character; this approach allowed for an in-depth exploration of the experiences and perceptions of the professionals involved through semi-structured interviews, providing a descriptive analysis of how bureaucrats perceive the program in question and an interpretive analysis of their practices and adaptations made in the daily execution of the program through three analytical categories: action, reason, and form. The results demonstrate a positive outlook on the implementation of the program in the UBS while revealing the challenges of discretion in maintaining the program, adapting services to patients' needs, resource scarcity, emotional impact, the need for harmony in the work environment, among others. The experience of the BNRs in Vitória de Santo Antão shows how discretion is crucial for overcoming daily challenges by adapting health services to local realities and the needs of the population.

Keywords: Discretion; Street-level Bureaucracy; Implementation.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Orçamento e despesas da área da saúde do Governo Federal.

Tabela 2: Despesas por função de saúde no Estado de Pernambuco.

Tabela 3: Despesas por função em área de atuação de saúde e subfunção em atenção básica em Vitória de Santo Antão.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
ASB	Auxiliar de Saúde Bucal
BNR's	Burocratas em Nível de Rua
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
COV	Clínica de Olhos da Vitória
EPI's	Equipamento de Proteção Individual
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
SMT	Saúde Até Mais Tarde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Perfil dos entrevistados.

Quadro 2: Rotina de trabalho dos BNR's.

Quadro 3: Categorias Analíticas.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
2. DEFININDO POLÍTICA PÚBLICA E A FASE DE IMPLEMENTAÇÃO	20
2.1 POLÍTICA PÚBLICA, O QUE DE FATO É?	20
2.2 FASE DE IMPLEMENTAÇÃO, A TRANSFORMAÇÃO DA POLÍTICA PÚBLICA	21
3. BUROCRACIA EM NÍVEL DE RUA E A DISCRICIONARIEDADE	24
3.1 BUROCRACIA EM NÍVEL DE RUA, QUEM SÃO OS IMPLEMENTADORES?	24
3.2 A DISCRICIONARIEDADE DOS BUROCRATAS DE NÍVEL DE RUA	26
3.3 O SUS E A GESTÃO EM SAÚDE PÚBLICA: UMA SÍNTESE	29
4. METODOLOGIA	33
4.1 CARACTERIZAÇÃO DA NATUREZA DA PESQUISA	33
4.2 POPULAÇÃO, E LOCAL ESTUDADO	34
4.3 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	35
5. ANÁLISE DOS DADOS	38
6. RESULTADOS	39
6.1 SAÚDE ATÉ MAIS TARDE DE ACORDO COM OS BNR's	39
6.2 ESPAÇO PARA AÇÃO NO DIA A DIA	42
6.3 RAZÕES QUE OS BNR's APONTAM PARA A EXISTÊNCIA DA DISCRICIONARIEDADE	45
6.4 A FORMA COM QUE EXERCEM A AUTONOMIA	47
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	50
8. REFERÊNCIAS	53
9. APÊNDICE	58

1. INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) que conhecemos hoje, surgiu por meio de processos de reformulações sendo o resultado direto de um movimento de luta e reivindicação chamado “Reforma Sanitária”. O movimento adveio da insatisfação da população com o sistema de saúde vigente no Brasil da época.

Foi instituído de forma oficial na 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, mas somente formalizado pela Constituição Federal de 1988. A Saúde é um direito de todos e um dever do Estado, de acordo com Lima et al. (2020). Costa (2012) afirma que, uma novidade do SUS foi instituir o comando único dentro das três esferas de governo, uma responsabilidade compartilhada em relação à saúde pública desde o governo federal até os estados e os municípios.

Sua organização exige alguns princípios doutrinários: a universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência, a integralidade, a equidade, a participação da comunidade, a regionalização e a hierarquização. Os princípios e diretrizes apareceram na Lei orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990), e é através destes que é possível embasar políticas públicas que buscam ampliar o acesso aos serviços de saúde.

Um desdobramento atual que visa à ampliação do acesso do serviço de saúde consiste na iniciativa do Ministério de Saúde do Brasil anunciada em 2019, a criação do programa “Saúde na Hora”. Com o intuito de ampliar o acesso aos serviços das Unidades de Saúde da Família (USF), a implementação do programa procurou estender o horário de funcionamento permitindo que estas unidades operem em horários alternativos como a noite e até nos fins de semana.

As adesões iniciais à primeira fase do programa em questão, ocorreram nos estados de Minas Gerais, Paraná e Ceará, especialmente nas regiões com alta demanda, e também onde o acesso à saúde era mais restrito. A meta buscou garantir uma maior eficiência e resolução no atendimento, tentando contribuir para reduzir a superlotação – um plano para desafogar prontos-socorros e hospitais –, e para isto o governo aplica incentivos financeiros para custear as unidades que aderem o programa, a fim de contratar mais profissionais de saúde.

Uma estratégia do SUS que viabiliza a criação de programas como o este, é a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), regulamentada pela portaria de nº 2.436 de 21 de setembro de 2017. A PNAB estabelece diretrizes para organização e o desempenho da Atenção Básica no Brasil, tal como a flexibilização dos horários de funcionamento das Unidades de Saúde da Família (USF) em conformidade com as necessidades da população local, desde que mantenham os princípios e diretrizes do SUS.

Devido a forma que cresce o Sistema Único de Saúde (SUS), sobre com ele os gastos financeiros que se desdobram em maiores proporções com o tempo. Analisando informações disponíveis pelo Portal da Transparência da Controladoria-Geral da União através de um recorte entre os anos de 2021 – 2023, sob as perspectivas orçamentárias e despesas, nota-se que tanto o orçamento quanto os valores gastos tenderam a aumentar na área de saúde pública.

Tabela 1: Orçamento e Despesas da área da saúde do Governo Federal.

	2021	2022	2023
<i>Orçamento atualizado para área de atuação saúde</i>	R\$189,412 Bilhões	R\$155,504 Bilhões	R\$184,862 Bilhões
<i>Total de despesas pagas para área de atuação saúde</i>	R\$161,463 Bilhões	R\$136,849 Bilhões	R\$161,151 Bilhões

Fonte: Portal da Transparência do Governo Federal (2024)

O valor mais alto relacionado ao ano de 2021 se deve a pandemia de COVID-19, esta que exigiu uma resposta emergencial do governo brasileiro desde seu início, o que resultou num aumento significativo dos gastos com a saúde para adquirir novos recursos destinados ao enfrentamento da crise no país: vacinas; ampliação de leitos; equipamentos de proteção individual (EPIs), recursos em apoio aos estados e municípios e outros.

Com a superação do *status* de pandemia da COVID-19, em 05 de maio de 2023 que foi declarado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em Genebra, na Suíça. Pode ser possível perceber que o Brasil manteve um orçamento alto na área da saúde em 2023, semelhante ao ano de 2021, evidenciando um crescimento do SUS.

Observando a perspectiva dos gastos pelo Estado de Pernambuco, vejamos qual é a situação de acordo com o Portal da Transparência do Governo de Pernambuco neste mesmo recorte de tempo.

Tabela 2: Despesas por função de saúde no Estado de Pernambuco.

	2021	2022	2023
<i>Valor Empenhado</i>	R\$6,98 Bilhões	R\$7,83 Bilhões	R\$7,95 Bilhões
<i>Valor Liquidado</i>	R\$6,98 Bilhões	R\$7,83 Bilhões	R\$7,95 Bilhões
<i>Valor Pago</i>	R\$6,77 Bilhões	R\$7,59 Bilhões	R\$7,77 Bilhões

Fonte: Portal da Transparência do Governo de Pernambuco (2024)

Portanto, é nítido que o SUS vem evoluindo na realidade brasileira, principalmente para os municípios de pequeno e médio porte, onde não haviam Unidades de Saúde suficientes frente à demanda. No entanto, mesmo com este avanço muitos municípios destes portes ainda precisam encaminhar os usuários para centros de referência, que normalmente estão localizados nas grandes cidades, o que acaba demandando uma regulação exata dos serviços de saúde para que o atendimento igualitário e equitativo seja como está previsto na lei.

Neste justo contexto está Vitória de Santo Antão um município de porte médio, localizado na região nordeste do Brasil, precisamente no centro da Zona da Mata, a 45 quilômetros da capital de Pernambuco. Datada historicamente em 1626, e já tendo tido vários nomes – Cidade de Braga e Santo Antão da Mata –, teve seu reconhecimento como cidade apenas no ano de 1843, onde passou a se chamar Vitória de Santo Antão em referência à vitória dos pernambucanos sobre os holandeses na Batalha das Tabocas.

O município se destaca por suas diversas participações e momentos históricos, onde vale a pena destacar a célebre Batalha do Monte das Tabocas, a Hecatombe e sua participação na Revolução Praieira, além de ser também reconhecida por sua intensa produção de cana-de-açúcar, que desempenhou um papel fundamental em sua história e desenvolvimento econômico.

Em uma consulta ao DataSUS o município já conta com aproximadamente 140.389 habitantes através dos dados do ano de 2021, sendo predominantemente feminino com, 73.491 mulheres e 66.898 homens.

Nos últimos quatro anos incluindo o período da pandemia de COVID-19, a cidade da Vitória de Santo Antão tem apresentado uma nova fase em relação ao êxito na gestão de aparelhos públicos, e principalmente no setor de saúde. Para exemplificar, um programa da Secretária de Saúde e Bem-Estar – esta que compreende a liderança pública da saúde do município atualmente –, ficou em primeiro lugar em uma premiação da OPAS/OMS no ano de 2022¹, pelo quesito de organização dos serviços de APS – com o programa Saúde no Campo –, a premiação sendo uma iniciativa do Ministério da Saúde no Brasil e da Organização Pan-Americana da Saúde/ Organização Mundial da Saúde no Brasil, que parabenizou iniciativas relevantes na Atenção Primária à Saúde, valorizando programas que ampliam o acesso do Sistema Único de Saúde no país.

Portanto, desta forma quando olhamos atentamente o município, podemos observar em que medida está a sua inserção no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), entendendo a cidade como uma das várias facetas que integram o sistema de saúde brasileiro.

Tabela 3: Despesas por função em área de atuação de saúde e subfunção em atenção básica em Vitória de Santo Antão.

	2021	2022	2023
<i>Despesas por função da área de atuação saúde</i>	R\$78,643 Milhões	R\$77,600 Milhões	R\$105,938 Milhões
<i>Despesas por subfunção por área de atuação em atenção básica</i>	R\$34,933 Milhões	R\$32,628 Milhões	R\$52,625 Milhões

Fonte: Portal da Transparência da Prefeitura de Vitória de Santo Antão (2024)

Estes gastos relativos à atenção básica seguiram um padrão semelhante as despesas por função na área de atuação da saúde do município. Há uma queda de R\$34,933 milhões no ano de 2021 para R\$32,628 milhões em 2022, mas em 2023, os

¹ Programa da Secretaria de Saúde e Bem-Estar da Vitória fica em primeiro lugar em premiação da OPAS/PMS. Prefeitura da Vitória. 07 de abril, 2022. Disponível em: <https://www.prefeituradavitoria.pe.gov.br/portal/index.php/2022/04/07/programa-da-secretaria-de-saude-e-bem-estar-da-vitoria-fica-em-primeiro-lugar-em-premiacao-da-opas-oms/> Acesso em: 12 de fev. 2024.

gastos aumentaram significativamente para R\$52,625 milhões, um aumento de 61,3% em relação ao ano anterior.

Portanto, esse salto pode indicar uma priorização maior dos serviços de atenção básica no município, que possivelmente surge para fortalecer os serviços de prevenção e atendimento primário.

De acordo com um dado de 2023 do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), que foi inserido no Relatório Anual de Gestão de Saúde² referente ao ano de 2022, o município de Vitória de Santo Antão apresentou cerca de 91 estabelecimentos físicos de saúde, e destes estabelecimentos, 40 são Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Um dos objetivos da Secretária de Saúde e Bem-Estar para com a cidade, está a implementação de planos e programas de Saúde que procuram abranger diferentes parcelas da população, tal como os princípios e diretrizes do SUS. Através desta premissa acima, a Secretária de Saúde e Bem-Estar da cidade de Vitória de Santo Antão criou ainda na pandemia, em janeiro de 2021, o programa “Saúde até Mais Tarde”.

Semelhante ao programa “Saúde na Hora” mencionado anteriormente, o “Saúde até Mais Tarde” da cidade de Vitória visa a facilitação de acesso à saúde da população trabalhadora para cidadãos que não tem muito tempo para cuidar de sua saúde durante o dia, neste sentido, expandem o horário de funcionamento das Unidades Básicas de Saúde (UBS) da cidade e agora os usuários passam a poder procurar por um atendimento mesmo durante a noite.

A implementação do programa se deu primeiramente na Unidade de Saúde da Família (USF) do bairro de Pirituba. De acordo com o próprio site da Prefeitura da Vitória (2021) o programa foi rapidamente expandido até a quarta USF, no bairro de Militina, sendo seus antecessores o bairro Maués e o bairro da Bela Vista.

De acordo com o documento “Unidades de Saúde e Serviços ofertados” disponível no Portal da Transparência da Prefeitura de Vitória de Santo Antão, em 31 de julho de 2023, o programa Saúde até Mais Tarde já comportava outras unidades de saúde além das UBS/USF. Estariam alicerçadas ao programa as Unidades Básicas de Saúde do bairro do

² Prefeitura Municipal de Vitória de Santo Antão. **Relatório anual de gestão de saúde: 2022**. Vitória de Santo Antão, 2023. https://transparencia.prefeituradavitoria.pe.gov.br/uploads/5429/1/atos-oficiais/2023/relatorio-de-gestao-municipal-de-saude/1679927953_relatorio-anual-de-gestao-de-saude--2022.pdf. Acesso em: 23 de fev. 2024.

Maués, Militina, Pirituba I e II, Bela Vista I, II e III, Policlínica da Criança e do Adolescente, Centro de Especialidade Odontológica (CEO) I e II, Clínica da Mulher, Unidade Pernambucana de Atenção Especializada (UPA-e), clínica de fisioterapia, Clínica de Olhos da Vitória (COV).

No Anexo 1.1.6 do Plano Municipal de Saúde (2022), disponível publicamente no site do Portal da Transparência da Prefeitura de Vitória de Santo Antão, foi estabelecida uma meta de ampliação do programa ‘Saúde até Mais Tarde’. Essa ampliação estipulou a inclusão do programa em outras três unidades básicas de saúde, sendo uma por ano, até 2025.

Após três anos de existência do programa em contínua atividade no município, as últimas unidades a implementarem o programa foram para os bairros de Redenção e Lídia Queiroz. Portanto, quando falamos da fase de implementação de políticas públicas, como no caso descrito do programa ‘Saúde até Mais Tarde’, compreendemos que é imprescindível a presença de agentes implementadores e de instrumentos de ação estatal para manter a política instaurada.

A atuação dos agentes implementadores em municípios de pequeno ou médio porte torna-se mais difícil quando comparado com um município grande, já que as decisões destes sujeitos afetam de forma direta o cidadão, nestes casos como o de Vitória a oferta de serviços públicos geralmente é bem menor, o que também acarreta no não atendimento de toda demanda.

Os agentes implementadores ou popularmente descritos na literatura como Burocratas em Nível de Rua (BNR’s), são funcionários públicos que trabalham diretamente com a população, comumente estão alicerçados a um certo grau de margem de manobra e discricionariedade durante a execução de seus ofícios, ou políticas, o que pode ter um impacto considerável nos resultados finais, sejam bons ou ruins. Desse modo, devemos compreender que os funcionários públicos que realizam a entrega do programa Saúde até Mais Tarde (SMT), são de fato Burocratas em Nível de Rua.

Na literatura, essa autonomia ou discricionariedade, tem sido descrita como uma área de tomada de decisões que permite a transformação de regras gerais em determinações específicas. Essas decisões são feitas diante de uma gama de alternativas não previamente determinadas pela lei, levando em conta as circunstâncias presentes em cada situação real.

Será visto mais adiante que a autonomia destes BNR's influencia diretamente na maneira como interpretam e implementam as regras e normas preestabelecidas nas fases anteriores da análise de políticas públicas.

Se combinarmos a análise da fase de implementação de políticas públicas juntamente com a autonomia dos agentes implementadores, pode ser possível encontrarmos um aprofundamento da compreensão sobre como as políticas são efetivamente colocadas à prática, de como a decisão de um agente público é pontuada em âmbito operacional, além de entender os diferentes papéis que estes agentes implementadores têm no processo de transformação de políticas públicas.

O objetivo geral desta pesquisa é compreender o processo de implantação do programa 'Saúde Até Mais Tarde' e o papel desempenhado pela burocracia de nível de rua na efetivação dessa política pública.

Para atingir esse propósito, são definidos três objetivos específicos: o primeiro, apresentar uma síntese das leituras e reflexões sobre políticas públicas, com foco na fase de implementação e no papel dos burocratas de nível de rua; já o segundo, descrever e analisar o processo de implementação do programa 'Saúde Até Mais Tarde' no contexto do SUS em Vitória; e, por fim, listar os desafios enfrentados pelos agentes implementadores na prática, observados diretamente no campo de atuação.

O trabalho está organizado da seguinte forma: inicialmente, são definidos os conceitos de políticas públicas e a fase de implementação; em seguida, discute-se a burocracia em nível de rua e a discricionariedade, relacionando essas questões com o SUS e a gestão em políticas públicas. A seguir, a metodologia é apresentada, abordando a natureza da pesquisa, a população e o local estudado, além do instrumento de coleta de dados. Por fim, são discutidos a análise dos dados e os resultados obtidos.

Para compreender como uma política pública acontece em nível micro, foi indispensável investigar sobre a temática da burocracia em nível de rua. Em *Street-Level Bureaucracy* de Michael Lipsky (1989), o debate político acerca da autonomia e organização dos indivíduos em serviços públicos foi ampliado, e se tornou uma referência obrigatória para condução de estudos com este tema.

O maior interesse pelo tema foi através da exploração das contribuições nacionais da Dr. Gabriela Spanghero Lotta, que traz um arcabouço enorme de pesquisas, análises e

debates de forma atual expandindo novas óticas para a análise da fase de implementação através da autonomia dos implementadores.

Em acréscimo para este estudo, o pesquisador é cidadão e reside na cidade de Vitória de Santo Antão. Não há pesquisas relacionando a temática da burocracia e da discricionariedade dentro da cidade, que por sua vez, está diante de uma nova fase da atuação da saúde no município. Por ter interesse sobre a discricionariedade, e notar a expansão massiva nos últimos anos do programa em questão desta pesquisa, queria compreender como a autonomia destes profissionais “implementadores” do horário expandido estaria impactando na maneira como entregam a saúde básica.

A utilização da terminologia “implementação de políticas públicas” nesta pesquisa acontece pelo fato de que nos últimos anos este tem sido o termo mais relevante na condução de estudos no ambiente acadêmico referente à atuação dos burocratas em nível de rua, a discricionariedade e sobre o próprio processo de implementação do ciclo de políticas públicas – inclusive nas políticas públicas da saúde.

Entretanto, mesmo após encontrar uma base teórica sólida acerca da temática, ainda é possível notar que há uma carência de pesquisas e análises sobre a implementação de políticas públicas na área de atuação da saúde no nordeste brasileiro, e neste caso específico existe uma lacuna em questão da temática a respeito do município de Vitória de Santo Antão, sendo apenas mencionada em poucos casos relativos à cidade do Recife.

Ressaltar a escassez de estudos sobre este tema na região evidencia a falta de compreensão sobre como uma análise pode contribuir para o debate público em âmbito municipal. Conduzir uma pesquisa nestes entraves pode revelar um aprofundamento sobre a dinâmica local nas UBS/USF, concentrando a atenção na perspectiva de quem trabalha com a entrega destes serviços públicos em APS.

Ainda pesquisando a terminologia no *Google Acadêmico*, concentrando atenção nas cinco primeiras páginas o que se pode notar são o número de contribuições da autora Gabriela Spanghero Lotta. Neste sentido, atualmente a autora contribui frequentemente para o debate, seja com pesquisas de sua autoria ou participando com outros pesquisadores em seus respectivos estudos.

2. DEFININDO POLÍTICA PÚBLICA E A FASE DE IMPLEMENTAÇÃO

2.1 POLÍTICA PÚBLICA, O QUE DE FATO É?

Existem diversas contribuições em relação à política pública nas áreas de ciências sociais e ciências políticas, ambas revelam uma grande preocupação a respeito da natureza do objeto e acabam por fomentar debates acadêmicos polêmicos. Fonseca (2016) diz que isto ocorre por meio de uma grande variedade de conceitos acadêmicos e de formulações de comunidades epistêmicas, das ações governamentais e de embates na esfera pública além de inúmeras disputas de variadas ordens.

Este mesmo autor explica a carência de uma reflexão crítica acerca de uma ideia concreta sobre o que a política pública representa, além de seu papel e impacto dentro da sociedade, logo, afirma que, o termo pode ser visto com um determinado grau de amplitude, efêmero e pouco firmado não havendo um conceito único e isento de discussão (Fonseca, 2013, p. 402).

Antes de trazer a discussão dentro da temática de políticas públicas, é necessário, de antemão, explicar a forma que abordarei o que são políticas públicas atualmente no cenário brasileiro.

O economista e pesquisador especialista em políticas públicas e desenvolvimento social, Jorge Abrahão de Castro, incide a política pública como um conjunto de ações, programas e medidas implementadas pelo governo a nível diverso, federal, estadual ou municipal.

Para Castro (2011), as sociedades constroem ao longo de sua história e de seu desenvolvimento uma gama de mecanismos estatais que são destinados a vários propósitos, estes só são possíveis através da força dos movimentos sociais e de organizações políticas. Mesmo quando uma política pública implica numa decisão política, não acaba sendo toda decisão política que constitui uma política pública (Rua, 2009).

Ao aprofundarmos a compreensão do que constitui uma política pública, é importante ressaltar que seu conceito evolui ao longo do tempo e é influenciado por diversos fatores, como a conjuntura política, as demandas sociais e a capacidade de implementação do Estado. As políticas públicas são, portanto, respostas estratégicas do governo às necessidades da sociedade, que se materializam por meio de um processo contínuo de negociação entre diferentes atores sociais, instituições e interesses. Nesse sentido, Lindblom (1959) defende que as políticas públicas sempre seguem um processo

incremental, no qual as decisões não são totalmente racionais ou completamente novas, mas fruto de ajustes e correções de rumos anteriores.

Portanto, o desenvolvimento de políticas públicas reflete a tentativa do governo de traduzir seus propósitos em programas e ações, estes que irão trazer resultados ou transformações na realidade. Logo, depois de ser pensada e formulada, a política se transforma em planos, programas, projetos, entre outros, já quando implementadas ficam sujeitas a avaliações, a fim de se verificar as suas funcionalidades. Para Martins e Dias (2018), as políticas públicas atingem a população através da ação e interação dos servidores que estão à frente na prestação dos serviços públicos.

Olhando para trás na década de 80, por exemplo, as políticas públicas de saúde foram arraigadas por uma centralização decisória do governo brasileiro. Farah e Barboza (1999), afirmam que a fragmentação do modelo institucional, a carência do funcionamento e a divisão setorial das áreas não facilitaram o manejo das políticas no país, o que provocou uma falha na eficiência, eficácia e efetividade.

Portanto, quando falamos de políticas públicas, estamos nos referindo a um campo de ação onde o governo busca resolver problemas públicos por meio de decisões coordenadas, mas que, por sua própria natureza, estão sujeitas a ajustes e disputas de poder. Essa característica adaptativa e multilateral das políticas públicas é crucial para entender tanto seus sucessos quanto seus fracassos na prática, conforme destacado por Roth Deubel (2002), que observa como a implementação nem sempre ocorre conforme o planejado devido às variáveis que emergem no processo.

2.2 FASE DE IMPLEMENTAÇÃO, A TRANSFORMAÇÃO DA POLÍTICA PÚBLICA

Para desenvolver políticas públicas a literatura sugere o uso de um instrumento analítico capaz de auxiliar a compreensão de processos decisórios e de seus resultados. Logo, as políticas públicas podem ser analisadas como um ciclo de diferentes etapas: agenda, formulação, implementação e avaliação. (Howlett, Ramesh, Perl, 2013).

Este ciclo demonstra que as políticas públicas não são apenas um reflexo de decisões tomadas em gabinetes governamentais, mas sim o produto de uma interação complexa entre atores políticos, burocráticos e sociais.

No que tange a primeira fase, da agenda, é a definição dos temas que serão priorizados pelo Estado. Realizar análises nesta fase se torna importante para reconhecer os motivos pelos quais determinadas políticas se tornam preponderantes em relação a outras.

Já durante a fase de formulação, se observa a parte em que as políticas ocuparão a posição de objeto de formulação, esta fase condiz à maneira de planejar, decidir sobre como serão os modelos e objetivos da política.

Nesta terceira fase do ciclo, a implementação, é o momento crucial que depende fortemente da ação de agentes implementadores e dos instrumentos de ação estatal, para Hill e Varone (2016) nesta fase busca-se entender as diferenças entre o que foi formulado e o que foi executado, além da compreensão do papel que os diferentes agentes têm neste processo de transformação de políticas públicas.

Na última fase, a de avaliação, será o momento em que os resultados das políticas serão mensurados. Análises feitas nesta fase possibilitam observar os diversos instrumentos de avaliação, os resultados alcançados e as dimensões dos mesmos, os atores presentes na avaliação, mecanismos de feedback, entre outros (Lotta, 2019, p. 14)

Para Fleury e Ouverney (2012) é importante reconhecer cada aspecto, pois são cruciais em cada momento da construção e do desenvolvimento de uma política. É essencial entender os diferentes estágios de decisão em uma política, incluindo quem está envolvido, como as decisões são tomadas, quais e quantas etapas existem, os limites do poder dos gestores, e como a sociedade civil participa (Fleury e Ouverney, 2012, p. 28).

Estreitamente sobre a etapa de implementação no âmbito de políticas públicas, as várias contribuições descrevem-na como parte do campo de análise de políticas públicas que procuram observar o momento de materialização, ou seja, da concretude das políticas. Para Souza (2006) o ciclo das diferentes fases, não condiz completamente com a realidade, no entanto, é um instrumento analítico válido para entender os processos que fazem parte das políticas públicas.

É desta forma que este estudo se ambientou a partir da fase de implementação, referente à execução das ações definidas nas fases anteriores de agenda e formulação das políticas (Lima e D'Ascenzi, 2013).

Afim de desvelar impasses na fase de implementação, se originaram duas inclinações a respeito: *top-down*, a que compreende os processos de implementação de forma descendente e a *botton-up* que aponta que os problemas estão em uma forma ascendente (Nogueira e Fagundes, 2015, p.3).

Já na análise *botton-up*, a preocupação está em torno de compreender a política como de fato ela é, deixando de lado a legitimidade e a conformidade, e focando no que realmente acontece (Lotta, 2019, p. 16). Dessa forma, a abordagem *botton-up* perpassa a visão tradicional da fase de implementação estar alicerçada à processos hierárquicos e incrementou que deveria ser observada como uma parte contínua e integral do processo político, incluindo a barganha a negociação entre atores que querem implementar a política e os agentes de quem as ações dependem (Lotta, Pires e Oliveira, 2014, p.5).

Portanto, a abordagem *top-down*, apesar de útil em contextos para o que haja um planejamento centralizado, muitas vezes falha em capturar a realidade vivida por quem implementa localmente, que muitas vezes podem se deparar com obstáculos imprevistos ou com a necessidade de reinterpretar as diretrizes.

Já a perspectiva *bottom-up*, como discutido por Lotta (2019), oferece uma visão mais próxima da realidade cotidiana, permitindo uma análise mais detalhada das dinâmicas de poder e das interações entre os diversos atores envolvidos no processo de implementação. A importância de considerar esta abordagem sublinha a implementação como uma fase marcada por negociações, adaptações e, frequentemente, improvisações, onde as políticas são moldadas tanto por decisões formais quanto pelas interações cotidianas dos agentes.

Embora o ciclo de políticas públicas proposto por Howlett, Ramesh e Perl (2013) ofereça um modelo útil para a análise de políticas públicas, é importante ressaltar que, no dia a dia, as fases podem acabar por se sobrepor umas às outras e influenciar mutuamente.

Sabatier (1986) argumenta que o processo de formulação e implementação não é estritamente sequencial, mas marcado por interações constantes entre os formuladores de políticas e os agentes que implementam. As decisões tomadas durante a implementação podem, de fato, redefinir ou ajustar os objetivos definidos na fase de formulação, especialmente em contextos onde a discricionariedade dos burocratas de nível de rua é elevada.

Assim, quando analisamos a implementação de políticas públicas, é crucial reconhecer que esse processo é, em essência, não-linear e dependente de contextos locais, sendo influenciado por múltiplos fatores que podem alterar significativamente o curso da política originalmente formulada.

3. BUROCRACIA EM NÍVEL DE RUA E A DISCRICIONARIEDADE

3.1 BUROCRACIA EM NÍVEL DE RUA, QUEM SÃO OS IMPLEMENTADORES?

O primeiro autor sociólogo a escrever uma análise sistemática e influente sobre burocracia foi Max Weber, como indica Barros (2016). Weber na obra *Economia e Sociedade*, suscitou que a ideia da burocracia está sempre ligada com o conceito da autoridade, e em sua *Teoria Burocrática* analisa e classifica a autoridade em três tipos: autoridade carismática; autoridade tradicional; autoridade racional-legal.

Para com a autoridade carismática, se identifica às características físicas/pessoais do líder, este que possuirá seguidores que ovacionam seus feitos, sua história e a qualidade de suas ações pessoais. Já na autoridade tradicional, configura-se quando a legitimidade de suas ações é de cunho sagrado com base nas tradições, hábitos e cultura, onde as práticas podem ser transferidas por figuras como patriarcas e anciões. Por fim, a autoridade racional-legal que se caracteriza em regras e procedimentos formais, tais atores políticos estariam comprometidos a agir de acordo com as normas pré-definidas em uma estrutura organizacional – tal como o Estado.

A contribuição do estudo da burocracia por Max Weber, ganhou forças à medida que sociedade se modernizou, as ações de um indivíduo e a forma em que se comunica com os outros agora constituem a sociedade, a racionalização da organização, em que transformações nos aspectos estruturais e relacionais substituíram o ambiente anteriormente dominado por processos artesanais. Dutra (2020) aponta que para Weber, a burocracia se torna instrumento de dominação racional.

Na industrialização moderna, Barros (2016) também afirma que a autoridade tradicional foi substituída por uma burocracia com mais legitimidade na redistribuição do poder em sentido racional, o que o autor chama de “socialização do poder”. O poder de determinados atores agora se torna instrumento de sua utilização.

Lotta (2012) põe a burocratização como sendo um respaldo do desenvolvimento de uma economia mais complexo. Um ambiente organizacional demanda complexidade

das perspectivas que começaram a estar inclusas no processo do poder político da realidade moderna.

No alcance da legitimidade de um espaço público, existem trabalhadores colocando em prática mecanismos de liderança, e procurando estratégias para colocar em prática a condução de políticas e a entrega de serviços que são do interesse da população.

Para Lipsky (2010; 2019) estes trabalhadores ganham nome, os burocratas de nível de rua. São agentes que exercem uma profissão de contato direto com um beneficiário de um determinado serviço público e que detém um alto poder de decisão durante seu ofício, podendo ser policiais, médicos, professores, assistentes sociais, profissionais de saúde, entre outros. Lotta (2012) afirma que estes agentes demarcam o acesso dos sujeitos à direitos e benefícios ofertados pelo governo, portanto, é através deles que a população consegue ter o acesso a administração pública, já que os burocratas estão em processo de interação contínuo com a população enquanto exercem suas profissões.

Estes agentes muitas vezes estão em posição de representar uma imagem do Estado para a população, Lipsky (2010; 2019) afirma que quando os cidadãos vão até os burocratas, vão como indivíduos únicos, atrelados a diversas experiências de vida, cheios de personalidades, expectativas e necessidades.

Entretanto, como os burocratas de rua são uma face do Estado, os sujeitos que vão de encontro com os agentes são transformados em clientes, que podem ser reconhecidos e distribuídos em certos padrões e categorias sociais, e que logo, passarão a ser tratados de acordo com estes padrões.

Para Arretche (2001), existe uma distância importante entre o que foi primariamente desenhado e o que se queria alcançar nas políticas públicas, com o que realmente foi implementado. Portanto, há transformações na fase de implementação que são derivadas de certa forma, pela tomada de decisão dos BNR. Lotta (2012) afirma que na maneira em que decisões vagas e repletas de conflitos surgem, os burocratas têm oportunidade de escolher um comportamento perante determinadas situações.

Todo o processo de implementação independentemente do tipo de controle que sobre ele é exercido, envolve um grau de discricionariedade. Aquele que delega a ação a ser implementada perde, de alguma maneira, uma quantidade de controle. Isso significa dizer que, mesmo em instituições onde a implementação da política está sujeita a um rígido controle hierárquico, existe algum grau de discricionariedade. Seu estudo permite identificar os fatores que

influenciam a maneira pela qual a combinação de regras e discricionariedade se desenvolve e é levada a cabo pelos implementadores. Deve-se ter em mente, tanto as características específicas das questões em jogo, quanto às forças econômicas, políticas e sociais (Cavalcanti, 2007, p. 231).

De acordo com Hill (2003), embora se reconheça a existência da autonomia das burocracias, a ideia da discricionariedade muitas vezes não é abordada nas análises de forma adequada. Em vez disso, é frequentemente vista como um elemento residual a ser eliminado ou resolvido para viabilizar o controle da coordenação.

Hupe & Hill (2007) ainda afirmam que o modelo de burocracia idealizado por Weber não comporta o pressuposto da discricionariedade dos burocratas incidirem sobre as políticas públicas, apenas implementar as decisões que foram previamente estabelecidas pelos formuladores da política, sem interferir. Procurando focar na racionalização das estruturas burocráticas, Weber não explorou diretamente o papel da discricionariedade, inviabilizando a ideia na implementação das políticas públicas.

3.2 A DISCRICIONARIEDADE DOS BUROCRATAS DE NÍVEL DE RUA

De acordo com Lipsky (2010; 2019), a discricionariedade é uma característica inerente à atuação dos burocratas de nível de rua. Esses profissionais, que operam diretamente com o público enfrentam situações imprevisíveis e, frequentemente, têm de tomar decisões sem orientações precisas. Como resultado, suas escolhas influenciam diretamente o acesso da população a direitos e serviços públicos, determinando quem será atendido e em que condições.

Esse conceito é indispensável para entender a implementação de políticas públicas, uma vez que, embora os formuladores de políticas definam diretrizes gerais, são os burocratas em nível de rua que, no cotidiano, ajustam e aplicam essas regras de acordo com as circunstâncias encontradas. De acordo com Lipsky (2019), quando uma população não alcança um serviço ofertado por um setor privado, eles precisam acessar este serviço através do governo.

Estes funcionários públicos da linha de frente detém uma autonomia por não precisarem descumprir as regras e ordens preestabelecidas, pelo contrário, ao tomá-las para si justificam de certa forma sua resistência. Neste sentido Lotta (2012), aponta que há uma dupla pressão vivenciada durante o ofício destes agentes: por um lado, o Estado

(os políticos) para que cumpram com as normas a fim de atingirem os objetivos estabelecidos, e do outro, dos cidadãos que são beneficiários das políticas, para aumentar a efetividade nos serviços.

Ou seja, *in locus*, os BNR's compreendem mecanismos colocados à realidade para monitorar a forma atuante da gestão, no que tange à condução de uma determinada política pública, ou a prestação adequada dos serviços que são de interesse da população.

A discricionariedade pode ser considerada como o poder de tomada de decisão que o BNR carrega consigo. Estes agentes exercem a sua autonomia nas decisões que tangem os cidadãos com quem interagem. Lipsky (2019) diz que quando as decisões são levadas por conjuntos, as decisões individuais tornam-se necessariamente um comportamento da organização, isto é, reflete a política.

Portanto, procurar um equilíbrio entre a rigidez das regras e a flexibilidade da discricionariedade é essencial para garantir que as políticas públicas sejam tanto eficazes quanto justas. Conforme Souza (2006), esse gerenciamento envolve a criação de mecanismos de supervisão e controle que possam limitar o abuso da discricionariedade sem restringir a capacidade dos burocratas de inovar e responder às situações imprevistas.

De certa forma em todo momento em determinados casos de burocracia em nível de rua é necessário estar apto para utilizar seu poder de decisão/ação. Um médico por exemplo sempre deve estar pronto para agir mesmo não estando em seu turno de trabalho.

Esses profissionais frequentemente se deparam com situações que exigem decisões rápidas e que vão além dos protocolos rígidos estabelecidos pelas normas institucionais. Mesmo fora de seu turno de trabalho, um médico pode se ver diante de uma emergência e, em certos casos, precisa intervir prontamente, utilizando sua experiência e julgamento para salvar uma vida, independentemente de regras formais ou limitações burocráticas.

Além disso, a discricionariedade pode ser usada de forma inadequada, contribuindo para a burocratização excessiva ou a personalização dos serviços, o que pode comprometer os princípios de equidade e justiça social (Cavalcanti, 2007).

Nessa perspectiva, Hupe e Hill (2007) defendem que a discricionariedade deve ser compreendida e gerida, ao invés de eliminada, visto que ela é uma parte natural do processo de implementação em sociedades complexas.

Existem diversas visões teóricas de discricionariedade, considerando as contribuições apresentadas por Hupe (2013) – (i) jurídica, (ii) econômica, (iii) sociológica e (iv) política – quando procuramos analisar, é possível relacionar diretamente com o papel dos burocratas de nível de rua, enfatizando a importância de cada visão no contexto da discricionariedade desses agentes.

Na visão (i) jurídica, a discricionariedade dos burocratas é compreendida como uma extensão da autoridade delegada pelas normas formais. Aqui, o foco é o cumprimento estrito das regras estabelecidas pela legislação ou pelas diretrizes institucionais. A decisão do burocrata está, portanto, limitada por esse arcabouço legal, restringindo sua margem de manobra.

No caso de um médico de uma unidade básica de saúde, por exemplo, ele pode se ver obrigado a seguir protocolos clínicos padronizados, mesmo que, em determinadas circunstâncias, tenha conhecimento de que outra abordagem poderia ser mais adequada para o paciente. Assim, a discricionariedade, dentro dessa visão, é uma questão de aplicar as regras previamente estabelecidas com pouca flexibilidade.

Pela visão (ii) econômica, a discricionariedade é vista sob o prisma da eficiência e da otimização dos recursos. Aqui, o burocrata de nível de rua é incentivado a tomar decisões que minimizem perdas e promovam o uso eficiente de recursos públicos. No caso de um médico, isso pode se traduzir na tentativa de equilibrar as necessidades de diversos pacientes, otimizando o tempo e os insumos médicos disponíveis para garantir o melhor atendimento possível sem comprometer o orçamento ou o serviço prestado. A discricionariedade, nesse contexto, está vinculada a maximizar os resultados com o menor custo possível.

Já o que acontece na visão (iii) sociológica, o julgamento é o elemento central da discricionariedade. Ao contrário da visão jurídica, em que o burocrata é visto como executor de regras, aqui ele é visto como um agente com liberdade de avaliar e interpretar as situações com base em critérios que vão além das regras formais.

O burocrata, neste caso, leva em consideração aspectos contextuais e subjetivos ao tomar decisões. Ainda considerando o exemplo de um médico, este pode ter que adaptar o tratamento de um paciente com base nas condições específicas dele, como limitações socioeconômicas, mesmo que isso signifique desviar-se das diretrizes padrão. Esse julgamento inclui também a consideração de normas institucionais, mas prioriza o

entendimento individual da situação, permitindo um maior espaço para a atuação discricionária.

Por fim, na visão (iv) política, a discricionariedade é vista como parte do jogo de poder e de representação de interesses dentro das instituições. Aqui, o burocrata de nível de rua exerce sua autoridade em um contexto hierárquico, onde o poder político legitima suas decisões. Entretanto, essa legitimação não impede a ocorrência de ações oportunistas, e a discricionariedade pode ser utilizada para favorecer determinados interesses ou grupos.

Por exemplo, um médico, ao lidar com a implementação de um programa de saúde municipal, pode se ver influenciado por pressões políticas locais para priorizar certas comunidades ou grupos em detrimento de outros. Nesse sentido, a discricionariedade é exercida dentro de um ambiente permeado por jogos de poder, onde decisões são legitimadas pela posição hierárquica e pelo poder político, mas não estão isentas de influências externas e interesses.

A partir dessas diferentes visões teóricas, que parecem variar desde a formalidade das regras jurídicas até a flexibilidade do julgamento sociológico, passando pela eficiência econômica e pelo poder político. Cada uma dessas visões ilumina um aspecto distinto da tomada de decisão dos burocratas e revela como a discricionariedade pode ser uma ferramenta poderosa e, ao mesmo tempo, um espaço para conflitos e negociações.

Brodkin (2007) diz que a discricionariedade possui duas características: a primeira de que ela é fundamental para atender de forma circunstancial específica a demanda dos serviços; a segunda de que a discricionariedade torna possível que os BNR façam a manutenção da prestação do serviço através de uma gama de práticas.

3.3 O SUS E A GESTÃO EM SAÚDE PÚBLICA: UMA SÍNTESE

Antes de falar sobre o Sistema Único de Saúde (SUS), será abordado previamente a relação Saúde Pública; Medicina Previdenciária; Saúde do Trabalhador. Antes do SUS, a saúde pública, mesmo que universal em sua teoria, se encontrava diante de um cenário de recursos limitados e procurava interagir apenas em campanhas e ações preventivas, o que resultou em milhares de brasileiros sem o devido acesso regular para com os cuidados médicos.

Existia a medicina previdenciária, quanto a questão da saúde para com o trabalhador, entretanto ambos se concentravam apenas no atendimento aos trabalhadores formais, apresentando apenas abordagens diferentes. Na prática da previdência, era ofertado a assistência médica geral para os trabalhadores e seus dependentes, enquanto, a saúde do trabalhador procurava focar na ação para evitar doenças e acidentes diretamente relacionados com o trabalho.

Ambos eram parte integrante de um sistema que não contemplava as necessidades de quem estava fora do mercado formalizado do trabalho. Antes de 1975, o orçamento dos recursos públicos da área federal do Ministério da Saúde não alcançava nem 1%.

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi um marco democrático ambientado bem no fim do século passado. Atualmente ele representa um dos maiores sistemas de saúde pública do mundo, e foi criado através da Constituição Federal de 1988 que redefiniu o conceito de saúde em território brasileiro, sendo uma parte das ações estabelecidas na Constituição como sendo de “relevância pública”, portanto, fica atribuído ao domínio público a sua regulamentação, fiscalização e controle das ações e serviços de saúde. Discorrendo um pouco sobre suas estruturas sabemos que:

Hospitais, laboratórios, consultórios, clínicas, centros e postos de saúde são estabelecimentos onde se prestam *serviços de saúde* e se realizam *ações de saúde*. Existem ainda, indústrias farmacêuticas, de equipamentos, vacinas, material médico-cirúrgico e meios diagnósticos; empresas que comercializam os chamados *planos de saúde*, e instituições públicas responsáveis pela gestão, como o Ministério da Saúde e as secretarias estaduais e municipais. Consequentemente, parte dessas organizações presta *serviços* de saúde e outra produz *bens*, como medicamentos, vacinas e equipamentos (Paim, 2009, p. 11).

Alguns princípios organizativos e doutrinários comportam o SUS – estes que foram anteriormente apresentados previamente na introdução deste estudo –, são eles: a universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência, a integralidade, a equidade, a participação da comunidade, a regionalização e a hierarquização.

Logo após a criação do SUS, houve uma tentativa de unificar e universalizar a medicina previdenciária e a saúde do trabalhador para com a saúde pública. Integrando a assistência médica da previdência, garantiu que todos tivessem acesso aos serviços de saúde, independentemente de serem trabalhadores formais ou informais. Além disso, o

SUS incorporando a saúde do trabalhador como um campo de ação mais amplo, visa não só a prevenção de acidentes e de doenças ocupacionais, mas também da promoção da saúde em todos os ambientes de trabalho.

Uma das características mais relevantes do SUS, compreende a sua forma de organização que divide a atenção em três níveis, a primária, secundária e terciária. A primária é concedida em postos de saúde e unidades básicas de saúde, ela representa para sociedade uma porta de entrada para o sistema já que se torna a responsável pelo atendimento inicial, na prevenção ou promoção de saúde. Já na atenção secundária e terciária está atribuído aos serviços de média à alta complexidade, onde podemos incluir hospitais e centros especializados, os responsáveis pela realização de procedimento complexos e de tratamentos especializados.

De acordo com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (2003) – CONASS –, a forma de implantação do SUS foi orientada através de instrumentos chamados de Normas Operacionais, que são instituídas pelas portarias ministeriais. As normas marcam as competências de cada esfera de governo e as respectivas condições necessárias aos Estados e municípios, a fim de assumir as responsabilidades e prerrogativas dentro do sistema.

Entre os objetivos das Normas Operacionais, podemos destacar a indução e o estímulo de mudanças no sistema, o aprofundamento e a reorientação da implementação do próprio SUS, a definição de novos objetivos estratégicos pelas prioridades, diretrizes e movimentos tático-operacionais, também a regulação das relações entre os gestores e por último a normalização do SUS.

Para Paim (2009), a fim compreendermos o sistema de saúde, se observa a relação das agências e agentes no setor de saúde. Sobre as agências em um sistema de saúde, elas podem ser definidas como organizações públicas ou privadas, governamentais ou não, cujo objetivo é promover, proteger, recuperar e reabilitar a saúde de indivíduos e comunidades. O autor descreve que estas agências incluem desde hospitais particulares que atendem pacientes por meio de um plano de saúde, ou até mesmo um posto de saúde municipal. Portanto, o sistema de saúde no Brasil apesar de ser chamado de Sistema “Único” de Saúde, é composto por uma variedade de estabelecimentos e serviços que atuam tanto para o setor público quanto para o privado, sendo este último formado por organizações com ou sem fins lucrativos.

Os agentes, por sua vez, são os profissionais e trabalhadores que, de forma individual ou em equipe, executam ações voltadas para o cuidado da saúde das pessoas e das comunidades. Paim (2009) fala que a profissão de médico, historicamente era o profissional mais reconhecido, caracterizado por sua prática autônoma atendendo famílias em consultórios particulares ou visitando-as em casa, entretanto, na atualidade a maioria dos profissionais de saúde é vinculado a uma organização, pública ou privada.

Ressaltar a importância da relação entre agentes e agências atualmente, é tratar dos profissionais e trabalhadores de saúde e seus respectivos vínculos com as organizações que podem acontecer mediante contratos de trabalho, convênios ou credenciamento.

A gestão de serviços da saúde, foi pensada como uma prática administrativa que procura aperfeiçoar o funcionamento das organizações por meio de ações eficientes, eficazes e efetivas (Tanaka OY. Tamaki, 2012). Em outras palavras, a gestão pública da saúde consiste em pessoas e recursos destinados a alcançarem objetivos preestabelecidos.

A própria expressão “Gestão em Saúde Pública” se refere ao processo de administrar e coordenar as atividades relacionadas à área de saúde em uma determinada região ou comunidade. Portanto, envolve a implementação de políticas públicas, alocação de recursos e organização de serviços de saúde.

Enquanto a gestão em política pública abrange uma gama de atividades gerenciais relacionadas à formulação e execução de políticas, existe um processo que se concentra especificamente na transformação das decisões políticas em ações práticas, juntamente da condução destas ações até a entrega dos resultados que se almejam alcançar, a fase da implementação.

Diante deste cenário, um dos principais desafios da gestão pública no Sistema Único de Saúde é assegurar que a universalidade, integralidade e equidade sejam mantidas em um cenário de escassez de recursos e disparidades regionais.

A implementação efetiva das políticas públicas de saúde depende, portanto, não apenas de decisões políticas e gerenciais, mas também da capacidade de articular diferentes atores envolvidos no sistema, desde gestores até profissionais de saúde.

Nesse contexto, a coordenação intergovernamental e a participação social, outro princípio fundamental do SUS, desempenham um papel crucial na busca por uma gestão que seja eficiente, eficaz e efetiva.

Embora o Sistema Único de Saúde (SUS) tenha sido um avanço significativo na democratização do acesso à saúde no Brasil, sua implementação enfrenta desafios constantes que vão desde a desigualdade regional no acesso aos serviços de saúde até questões de subfinanciamento e gestão.

A descentralização do sistema, que distribui as responsabilidades entre União, estados e municípios, visa promover uma gestão mais próxima das necessidades locais, porém, também gera dificuldades em relação à coordenação e à padronização das ações de saúde.

Insistir em discorrer sobre os agentes na definição de sistema de saúde de Paim (2009), direciona a atenção para a discricionariedade destes implementadores, durante a realização de seus ofícios e as suas relações com as agências. Cada ente federativo tem autonomia para planejar e executar suas políticas, o que significa por lado o fortalecimento da adequação das ações à realidade local, mas, por outro pode criar discrepâncias na qualidade e disponibilidade dos serviços oferecidos.

4. METODOLOGIA

4.1 CARACTERIZAÇÃO DA NATUREZA DA PESQUISA

Para dar conta de atingir os objetivos pontuados na pesquisa sobre o programa Saúde Até Mais Tarde, cujo prisma é compreender o processo de implantação do SMT e o papel desempenhado pela burocracia de nível de rua, foi adotado um viés qualitativo de pesquisa com a natureza descritiva e analítica. Com esse enfoque é possível realizar a exploração em profundidade das experiências e percepções dos profissionais envolvidos, oferecendo uma análise interpretativa de suas práticas e das adaptações realizadas no cotidiano da execução do programa.

De acordo com Alves (1992) os cientistas do passado já compreendiam a distinção existente entre a ordem das quantidades e das qualidades, mas que ambas eram consideradas como formas de qualidade.

Das quantidades, era considerada qualidade primária, refletindo as características intrínsecas dos objetos, o que podia levar a mensuração e a representação matemática. Por outro lado, no caso da ordem das qualidades, era referente a maneira como os indivíduos percebiam e experienciavam o objeto, ligando-se às sensações subjetivas.

A abordagem qualitativa é frequentemente apontada como a mais adequada para explorar as qualidades secundárias, as quais não podem ser medidas diretamente. Minayo (2000) diz que as qualidades dizem a respeito dos significados, motivações, aspirações, crenças, valores e atitudes das pessoas em suas práticas e interações sociais.

Minayo (1998) explica que o campo da saúde é composto por uma intrincada rede de fatores físicos, psicológicos, sociais e ambientais, todos interligados à condição humana e ao processo de atribuição de significados. A autora argumenta que a adoção de metodologias qualitativas nas pesquisas em saúde amplia a perspectiva fenomenológica sobre o objeto de estudo. Com essa abordagem, passam a ser investigados não apenas os aspectos físicos, mas também as crenças, valores e atitudes, especialmente no contexto das ações de promoção, prevenção e tratamento na Saúde Pública.

4.2 POPULAÇÃO, E LOCAL ESTUDADO

Nesta presente pesquisa, a população selecionada compreende os profissionais de saúde – que neste caso são os BNR's – que atuam nas Unidades Básicas de Saúde em Vitória de Santo Antão, estreitamente os que atuam cobrindo a expansão do horário de atendimento do programa Saúde até Mais Tarde.

Nesta pesquisa, foram observadas duas Unidades Básicas de Saúde (UBS) com diferentes níveis de implementação do programa Saúde Até Mais Tarde. A primeira UBS integra o programa há mais de três anos, permitindo uma análise mais consolidada da sua operação. A segunda UBS, por sua vez, implementou o programa há menos de trinta dias, o que possibilitou observar as dinâmicas iniciais e os desafios enfrentados na fase de adaptação.

4.3 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Para Castro (2022), partindo destes pressupostos da pesquisa qualitativa é possível promover uma análise dialógica dos relatos obtidos em um procedimento de pesquisa, como a entrevista por exemplo.

A entrevista auxilia na compreensão aprofundada das experiências vivenciadas pelos BNR's e a discricionariiedade. Castro (2022) ressalta outra característica essencial da modalidade de pesquisa qualitativa, o papel do participante, e estreitamente, do pesquisador que irá interpretar os dados de maneira indutiva. O autor menciona, Schwandt (2006) cujo desenvolve a problemática da compreensão do pesquisador em relação à consciência humana com o objeto de pesquisa. Para tanto, o autor acrescenta a noção do interpretativismo como a forma para se compreender a realidade de uma maneira mais clara, isto é, o pesquisador utilizando de sua interpretação não pode intervir no significado da ação observada.

Quando questionada a definição usual de entrevista, ela é frequentemente entendida como "colóquio entre pessoas em local combinado, para obtenção de esclarecimentos, avaliações, opiniões etc." (Rocha et al., 2004, p. 2).

São vários os tipos de entrevistas passíveis de serem utilizados como instrumentos de coleta de dados em pesquisas. Como exemplo, as entrevistas podem ser estruturadas, não estruturadas, semiestruturadas, em grupo focal ou individual, e as mais modernas se adaptam a entrevistas por telefone, e-mail ou online. Cada uma compreende vantagens e limitações.

Na entrevista semiestruturada, o pesquisador segue um roteiro de perguntas, mas não se restringe estritamente a um questionário. Manzini (2004, p. 2) afirma que independentemente do tipo de entrevista que "todas as entrevistas se dirigem para algum lugar, pois antes da realização da coleta temos um objetivo de pesquisa que dirige nossa busca."

Ainda sobre a entrevista semiestruturada, podemos dizer que ela se difere da estruturada pela flexibilidade quanto à atitude e compreensão do pesquisador, e pode ou não alterar as perguntas no decorrer das respostas dadas. Essa flexibilidade permite que o entrevistador explore novas direções a partir das respostas do entrevistado, enriquecendo o processo de coleta de dados ao adaptar o roteiro de acordo com o contexto da conversa.

Manzini (2004) destaca a importância de um roteiro com questões principais, que servem como uma base para organizar e alcançar os objetivos da pesquisa, no entanto ele ressalta que as perguntas espontâneas podem permear a interação entre o pesquisador e o participante o que possivelmente pode trazer novas informações sobre um determinado assunto de maneira mais livre, e as respostas não estão condicionadas a uma padronização.

O roteiro é comumente chamado de tópico guia, e segundo Gaskell (2002), ele é como o próprio sentido da palavra, uma espécie de guia, mas que a entrevista não deve ser conduzida apenas por ele. Sendo assim, foi elaborado um roteiro a fim de atingir os objetivos da pesquisa.

A técnica de amostragem da entrevista foi por amostra intencional, foram selecionadas as Unidades Básicas de Saúde (UBS) que estivessem acessíveis ao pesquisador no momento da coleta de dados. Inicialmente, estava previsto que três unidades básicas de saúde participariam, com três entrevistados em cada uma delas. No entanto, devido à coincidência da data da pesquisa com o período eleitoral para prefeito e vereador, várias unidades contatadas não se disponibilizaram para a realização das entrevistas. Essa situação limitou o número de entrevistados e unidades participantes, resultando em ajustes na amostra originalmente planejada.

Foram realizadas um total de seis entrevistas com profissionais atuantes em ambas as UBS, abrangendo diferentes funções e perspectivas. Os entrevistados incluídos foram: um cirurgião-dentista, uma auxiliar de saúde bucal (ASB), uma agente comunitária de saúde (ACS), uma enfermeira chefe, uma técnica em enfermagem e uma bombeira civil. Essas entrevistas proporcionaram uma visão abrangente e diversificada das práticas e desafios na execução do programa em diferentes fases de sua implementação.

QUADRO 01 – Perfil dos entrevistados.

	IDADE	COR/RAÇA	SEXO	PROFISSÃO	CARGA HORÁRIA
ENTREVISTADO 1	26	PARDO	M	CIRURGIÃO DENTISTA	40H
ENTREVISTADA 2	54	PARDA	F	AUXILIAR EM SAÚDE BUCAL (ASB)	40H

ENTREVISTADA 3	51	NEGRA	F	AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE (ACS)	40H
ENTREVISTADA 4	31	AMARELA	F	ENFERMEIRA- CHEFE	40H
ENTREVISTADA 5	25	BRANCA	F	BOMBEIRA CÍVIL	40H
ENTREVISTADA 6	37	PARDA	F	TÉCNICA DE ENFERMAGEM	40H

De modo geral, o processo de coleta de dados contou com a colaboração e disponibilidade dos entrevistados.

Todos entrevistados afirmaram terem recebido uma especialização antes de atuar em suas respectivas funções dentro das UBS, esta que a própria secretária disponibiliza para gestão de seus profissionais. Para conferir que tipo de serviços são oferecidos nas UBS do município de Vitória foi elaborado o quadro abaixo:

QUADRO 02 – Rotina de trabalho dos BNR's.

PROFISSÃO	SERVIÇOS
CIRURGIÃO DENTISTA	EXTRAÇÃO; RESTAURAÇÃO; ENCAMINHAMENTO PARA CEO; LIMPEZA.
AUXILIAR EM SAÚDE BUCAL (ASB)	RECEPÇÃO DE PACIENTE; RECOLHIMENTO DE FICHAS; AUXÍLIO AO DENTISTA; REPOSIÇÃO MATERIAL.
AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE (ACS)	VISITAS COM MÉDICOS, ENFERMEIROS OU TÉCNICOS DE ENFERMAGEM; VISITAS DOMICILIARES; ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES CRIANÇAS, GESTANTES, PACIENTES COM HÉRNIAS OU DIABETES.
ENFERMEIRA-CHEFE	PUEIRICULTURA; ATENDIMENTO DE CRIANÇAS ATÉ DOIS ANOS; PRÉ-NATAL; HIPERDIA.
BOMBEIRA CÍVIL	INFORMAÇÕES; PREVENÇÃO DO LOCAL; AUXÍLIO PACIENTES QUE PRECISAM DE ACESSIBILIDADE.
TÉCNICA DE ENFERMAGEM	VACINAS, HGT, AFERIR PRESSÃO, CURATIVOS

Estes profissionais que atuam nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Vitória de Santo Antão – Bela Vista e Lídia Queiroz –, desempenham papéis essenciais e variados para garantir a prestação de serviços de saúde à população.

O cirurgião-dentista é responsável por procedimentos como extração, restauração, limpeza, além de encaminhamentos para o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO). O auxiliar em saúde bucal (ASB) complementa essa função com atividades de apoio, como recepção de pacientes e assistência ao dentista durante os atendimentos.

O agente comunitário de saúde (ACS), por sua vez, tem um papel fundamental no acompanhamento da saúde dos pacientes, realizando visitas domiciliares e auxiliando em consultas com médicos e enfermeiros, especialmente para grupos vulneráveis como gestantes e diabéticos. A enfermeira-chefe se dedica a cuidados especializados, como puericultura, pré-natal e o programa de acompanhamento de hipertensos e diabéticos (Hiperdia). Além disso, a bombeira civil colabora com a acessibilidade e segurança do ambiente, enquanto a técnica de enfermagem é responsável por procedimentos como aplicação de vacinas, curativos e monitoramento de pressão e glicemia.

5. ANÁLISE DOS DADOS

Na análise dos dados coletados, os profissionais voluntários que participaram das entrevistas serão identificados como "Agentes Entrevistados" para manter a clareza e a uniformidade das informações. Cada entrevistado será referenciado de forma abreviada, utilizando a sigla "AE" seguida de um número sequencial, conforme a ordem em que foram entrevistados.

Por exemplo, o primeiro entrevistado será identificado como AE1, o segundo como AE2, e assim por diante. Essa nomenclatura tem o objetivo de facilitar a apresentação e análise das respostas, garantindo ao mesmo tempo a confidencialidade e a organização dos dados.

Nesta pesquisa as entrevistas foram transcritas manualmente com o intuito de captar o máximo de informações possível. Em seguida, o conteúdo transcrito foi submetido à análise.

A primeira análise, que corresponde a interpretação do programa por parte dos BNR's será conduzida de forma mais descritiva, buscando compreender as percepções

individuais dos entrevistados sobre o funcionamento e os desafios do programa. Já na fase de análise da discricionariedade, o material foi organizado em categorias que ajudaram a interpretar os significados subjacentes aos discursos.

Para Sampaio (2021), é comum que estudos que optem por uma abordagem qualitativa na análise de implementação de políticas públicas, procurem recorrer a categorização de textos, mas sem quantificar essas categorias. O autor afirma que a maior contribuição deste modelo se torna a síntese da diversidade de interpretações, isto é, com foco na identificação e interpretação da diversidade de sentido presente nos textos.

Portanto, para o presente estudo foi adotado as mesmas categorias analíticas utilizadas na obra de Barreto (2022) que investiga a discricionariedade dos burocratas de nível de rua no CRAS em Viçosa-MG. Agora aplicados ao contexto do programa Saúde Até Mais Tarde em Vitória de Santo Antão.

QUADRO 03 – Categorias Analíticas.

CATEGORIAS ANALÍTICAS	COMPONENTES
<i>AÇÃO</i>	Espaço para ação no dia a dia.
<i>RAZÃO</i>	Razões que os BNR's apontam para a existência da discricionariedade
<i>FORMA</i>	A forma com que exercem a autonomia

Conforme as categorias pontuadas no estudo mencionado acima, minha análise procura compreender discricionariedade pela ação(i), como espaços para ação no dia a dia; a razão(ii), que os BNR's ressaltam sobre os motivos para existência da discricionariedade; e a forma(iii), que descreve a maneira com que exercem a autonomia.

6. RESULTADOS

6.1 SAÚDE ATÉ MAIS TARDE DE ACORDO COM OS BNR's

Esses comentários das entrevistadas 2 e 6 demonstram uma percepção positiva sobre o programa, especialmente no que tange à ampliação do acesso a saúde.

[...] foi muito bom pra população, porquê tem muita gente que não podia vir até um posto de saúde né? (AE2, 2024).

[...] muito bom, principalmente pra quem trabalha, pra quem não tem... tipo um dentista mesmo, tem dentista a noite, tem enfermeiro, tem médico. Tem pessoas que precisam de um acompanhamento e acha que

as vezes só dá pra ir durante o dia, que é a correria, e a noite tem tudo, daí achei esse programa muito bom pra poder alcançar todo mundo (AE6, 2024).

Quando AE6 enfatiza que o programa atende a uma demanda importante de pessoas que trabalham durante o dia e têm dificuldade em acessar cuidados de saúde nesse período, a entrevistada ressalta a relevância de oferecer atendimento noturno com diferentes profissionais, como dentistas, enfermeiros e médicos.

Sua fala também condiz com o objetivo central do programa que foi explanado na introdução da pesquisa, de garantir que um público mais amplo, que não poderia acessar os serviços durante o horário regular, consiga o acompanhamento necessário à noite.

Em relação a como ficou a orientação da divisão do trabalho dos profissionais de saúde após a inserção do horário estendido do programa:

[...] da mesma forma né, gente que fica durante o dia, é só durante o dia, a gente que fica a noite é só a noite, mas a noite é assim, tem os profissionais que trabalham 20 h e tem os profissionais que trabalham 40 h. Quem trabalha 20 h por exemplo né, ele pega das 16h às 21h, já quem trabalha 40h, que é serviços gerais, técnicos, ASB, começa de 13h até as 21h mais ou menos (AE1, 2024).

Essas informações podem refletir sobre a gestão do trabalho no programa e como essa estrutura impacta a operação das unidades no período noturno. Portanto, existem implicações tanto para a organização interna quanto para o atendimento ao público, e falando sobre a gestão foi questionado aos entrevistados sobre como é o contato com a gestão:

Tem um grupo agora que se chama os apoiadores, que é meio que dividido em vitória pelos territórios, aí eles que fiscaliza, sempre estão passando pra controlar ver a demanda, ver o que a UBS necessita (AE1, 2024).

[...] são pessoas legais, a gente tem até um grupo da saúde que tem os apoiadores e tal, aí tudo que acontece aqui, normal ou diferente a gente entra em contato com eles e eles nos ajuda (AE2, 2024).

Os relatos mencionados sobre o grupo descrito como ‘apoiadores’ no contexto de Vitória de Santo Antão sugerem a presença de uma estrutura de outros burocratas de mediação e suporte entre as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e a Secretaria de Saúde. O papel deste grupo desempenha fiscalização, a avaliação e também o controle do funcionamento das UBS, verificando demandas e necessidades.

Além disso, os ‘apoiadores’ fornecem suporte prático e esclarecem dúvidas dos profissionais de saúde, atuando como intermediários e facilitadores da comunicação entre as unidades e a gestão municipal.

Pela menção do entrevistado 1, é possível entender que ao se dividir por territórios, esse grupo consegue manter um acompanhamento localizado e contínuo, permitindo uma visão detalhada das necessidades de cada unidade. E questionando sobre a dinâmica interação com este grupo, foi descrito que:

Sempre tem mensal sabe? Tem reuniões com os enfermeiros, com os técnicos, com os ACS, então tendo esse contato direto né pra saber opinião, organizar as ideias com reuniões e visitas também que eles sempre fazem na unidade (AE6, 2024).

É entendido então que interação de rotina ocorre de forma mensal, mas não desconsidera a ação dos ‘apoiadores’ em outros momentos para suporte prático dos profissionais caso algum problema apareça. E questionando sobre a forma com que a gestão noticiou a implementação do programa nas unidades básicas:

Eles chegaram conversaram e disseram que iriam vir pra cá, que iriam chegar com outro médico, com outro dentista, então assim como a gente já vinha esperando isso a um tempo, que uma hora eles iriam vir pra cá, então foi super tranquilo (AE4, 2024).

Através do comentário da entrevistada 4, que aborda a implementação do programa “Saúde Até mais Tarde” na UBS do bairro do Lídia Queiroz, é possível destacar a forma tranquila com que a gestão comunicou a equipe sobre as mudanças.

O diálogo entre a gestão e os profissionais da unidade foi direto, mencionando a chegada de um novo médico e dentista para atender à demanda. E tendo evidência que a equipe da UBS do Lídia Queiroz já aguardava pela ampliação do programa para aquela unidade, contribuiu para uma transição sem dificuldades.

O relato evidencia como se dá dinâmica de articulação entre os gestores e os profissionais de saúde do município de Vitória na implementação do programa em uma nova unidade. A percepção positiva sobre a preparação e implementação do programa fortalece a aceitação e adesão da equipe local às mudanças promovidas pela iniciativa.

Foi questionado aos profissionais entrevistados se houve algum documento em que a gestão apresentou para justificar a ampliação do programa nas UBS, entretanto, muitos não souberam informar, conquanto outros disseram que tudo ocorreu com base no diálogo como no relato acima.

Quando eu entrei aqui eram poucas pessoas que vinham né? As pessoas demoraram até perceber que a UBS agora funcionava a noite, porque não sabiam também né? Daí agora com o tempo a gente tem uma demanda bem grande, com o tempo foi informado, na mídia, né? (AE5, 2024).

Este comentário da técnica em enfermagem nos mostra um aspecto comum na implementação de novos programas de saúde pública: o tempo necessário para que a população se familiarize com as mudanças. Logo, a adesão do programa três anos atrás foi baixa, pois grande parte da população não estavam cientes da extensão do horário de funcionamento da UBS. O que demonstra como é fundamental a comunicação e a divulgação para o sucesso de políticas públicas, especialmente em casos de comunidades onde as informações demoram para circular.

Essa fala relata a importância de uma estratégia de comunicação bem planejada, que envolva diferentes canais de divulgação, para garantir que a população esteja plenamente informada e possa aproveitar os novos serviços oferecidos.

Esse exemplo também aponta para um desafio operacional frequente em políticas de saúde: a disseminação desigual de informação, que pode resultar em uma implementação lenta, mas que, com o tempo, pode atingir seu potencial quando as pessoas se tornam mais conscientes dos benefícios disponíveis.

6.2 ESPAÇO PARA AÇÃO NO DIA A DIA

Sobre as dificuldades, a entrevistada 3 diz que a inserção de novas normas, programas ou regras podem implicar em uma adaptação mais complicada para um ACS:

[...] quando tem um programa novo, de quando tem alguma coisa nova, uma regra, quando modifica o nosso dia a dia, digamos assim, na nossa visita entendeu? Por que as vezes o governo vai e muda alguma coisa, aí pede um documento a mais, aí os idosos não quer dar CPF não quer dar identidade (AE3, 2024).

O comentário se relaciona com a discricionariedade da ação, já que descreve uma situação em que os ACS enquanto BNRs precisam lidar com as novas regras e procedimentos que afetam diretamente o seu trabalho cotidiano. Immergut (1996) diz que a existência das normas e regras, são um aspecto que facilita ou impede a tradução de políticas públicas em ações concretas, como no caso da ACS.

Neste caso em questão da entrevistada 3, a dificuldade não surge necessariamente pela inserção da regra, mas quando os cidadãos – os idosos que ela relata –, resistem em cumprir com as exigências impostas como os documentos adicionais. Eles irão se deparar com cenários que terão que utilizar a sua discricionariedade para encontrar maneiras de gerenciar essa resistência, seja buscando convencer os idosos a fornecerem os documentos ou procurando alternativas que possam contornar o problema sem comprometer a implementação.

Portanto, se trata de uma discricionariedade de ação por que envolve decisões práticas e ajustamentos na execução das tarefas diárias, quando há mudança nas regras que impactam o fluxo normal do trabalho.

Ainda falando sobre as dificuldades encontradas pelos BNR's, a entrevistada 3 também acrescentou que há um problema na ausência de recursos básicos para sua atuação:

[...] só assim a condição de trabalho, entendeu... que a gente tem pouca, condição de trabalho quando eu falo em termos de fardamento, em termo de um crachá para a gente se identificar e por mais que a gente peça a gente reivindique nas reuniões em equipe para passar para outra equipe que é da secretária a gente não tem retorno (AE3, 2024).

Sua fala está relacionada a ação, por se tratar das limitações práticas e estruturais que afetam o desempenho de um burocrata no seu trabalho. A profissional ao mencionar uma carência de recursos, como o crachá para identificação e um fardamento especializado, pode revelar a ausência de resposta por parte das instâncias superiores.

Outro fator para considerarmos este trecho como uma discricionariedade de ação, é pela necessidade de se adaptar a determinada condição de trabalho que neste caso pode ser inadequada ou mal representada pelas limitações materiais. A ACS precisa decidir como continuar a executar sua função independentemente do material para sua representação como agente comunitária de saúde.

Essa adaptação envolve a margem de autonomia e a flexibilidade em relação a como a profissional lida com a falta de condições adequadas, especialmente quando os pedidos e reivindicações não são atendidos pela secretária de saúde.

Após ser questionada se falta alguma coisa em sua estrutura de trabalho na UBS durante a noite, a entrevistada 5 diz que por se tratar do SUS é comum acabar faltando alguma coisa, revelando como encara esse problema no cotidiano.

[...] na rotina do dia a dia, nós estamos falando do SUS, então é normal faltar alguma coisa ali ou aqui, mas pelo o dia a dia já aconteceu vezes de a gente sentir falta de um remédio que acabou durante o dia, por exemplo o dipirona acabou a tarde, a noite tem que ter reposição, e quando não tem a gente tem que prescrever outro medicamento como por exemplo o paracetamol (AE5, 2024).

Essa perspectiva do trecho da entrevista com a técnica em enfermagem se enquadra com a categoria de ação, visto que descreve como ela lida com a falta de recursos, especificamente neste caso dela, a ausência de medicamentos durante a execução de sua função diária na UBS.

A técnica precisa usar da discricionariedade para tomar decisões imediatas e que também tenham praticidade enquanto enfrenta a falta de remédios, como substituir a dipirona por paracetamol. Esse tipo de discricionariedade envolve a adaptação às circunstâncias e a escolha de alternativas para manter o atendimento, mesmo quando há o cenário ideal, como por exemplo em caso da prescrição de um medicamento para um paciente com alergia a determinado medicamento.

A autonomia na ação aqui é essencial para garantir a continuidade do atendimento, apesar das limitações de recursos, as decisões devem ser tomadas à medida que se ajustem às condições reais.

Assim... A gente tem que ter muita atenção sempre porque são instrumentais contaminados, aí a gente tem que ter muito cuidado, muita

atenção mesmo, até bem dizer muito carinho com aquilo que faz (AE2, 2024).

A fala aqui indica que a auxiliar em saúde bucal (ASB) percebe o seu espaço significativo para agir, mas com a condição de ser extremamente cuidadosa. A discricionariedade é, portanto, acompanhada por um conjunto de responsabilidades e precauções, que moldam também a categoria da forma como ela lida com sua função, explicitando assim a interpretação tanto pela ação como pela forma.

6.3 RAZÕES QUE OS BNR's APONTAM PARA A EXISTÊNCIA DA DISCRICIONARIEDADE

Ao perguntar a entrevistada 4 sobre a existência da discricionariedade dada sua forma de agir assumindo responsabilidades que, tecnicamente, não fazem parte do seu papel formal, ela discorre que:

[...] então acho que é de nós, agentes de saúde, porque desde que eu trabalhei em outra unidade básica, e que já trabalhei em um hospital a gente precisa ver as pessoas como um todo, um pouco de tudo se não a gente não resolve o problema (AE4, 2024).

A razão aqui é neste caso é enxergar as pessoas como um todo para resolver os problemas dos pacientes da maneira mais eficaz. Logo, isto explica por que ela sente a necessidade de ir além de suas funções normais.

A enfermeira-chefe percebe que se atuar estritamente dentro dos limites de sua função, pode não atender plenamente às necessidades dos pacientes. A razão apresentada aqui é baseada na ideia de que as demandas dos pacientes são multifacetadas, e, para resolver adequadamente os problemas, o profissional precisa adotar uma abordagem holística.

Quando foi questionado a entrevistada 5 sobre a o uso da forma com que ajusta seu comportamento e o tratamento de acordo com as características individuais dos pacientes, a razão da discricionariedade foi:

[...] não é por questão de que uma pessoa é melhor do que a outra, é por questão de tratamento mesmo, pelo jeito das pessoas umas pessoas são

mais abertas e outras são mais fechadas. Tem gente que brinca mais, tem gente que é mais sério (AE5, 2024).

A razão para a profissional exercer sua autonomia nesse caso está na necessidade de adaptar o atendimento ao perfil de cada paciente para garantir uma interação mais eficiente e adequada.

Ao reconhecer que o tratamento personalizado não é uma questão de favoritismo ou de considerar um paciente melhor que o outro, revela que sua ação é uma resposta às diferentes formas como as pessoas se comportam e interagem. A razão para o uso da discricionariedade é a variedade de personalidades e comportamentos dos pacientes, o que exige uma abordagem diferenciada do uso de um tratamento ajustado a essas diferenças, indo além da técnica.

A entrevistada 6, é uma bombeira civil que possui curso em técnica de enfermagem e que também já atuou na área, quando discorri a respeito da razão para uma ação com discricionariedade existir, seu fala foi:

Pra mim é aquela coisa a exceção, toda regra tem uma exceção, então eu acredito que é de acordo com a necessidade de cada um, por exemplo tem um caderno de espera pra um clínico eu chego aqui precisando de um exame de rotina, e você também chega precisando do mesmo, só que o seu caso é uma coisa mais rápida, de urgência, então assim de acordo com a sua necessidade, eu acho importante abrir essa exceção pra você, né? (AE6, 2024).

Logo, ilustra sua justificativa para a existência da discricionariedade no atendimento ao público. Ao mencionar que "toda regra tem uma exceção" e que as ações devem ser adaptadas conforme a necessidade de cada paciente, ela evidencia o papel central da razão na discricionariedade.

A bombeira civil reconhece que, mesmo em situações rotineiras, como o agendamento de exames, é necessário avaliar o contexto específico de cada paciente e, quando há um caso mais urgente, priorizá-lo. E no caso em que foi questionado sobre o atendimento de parentes ou conhecidos, a AE5 explicou:

Olhe eu trato do mesmo jeito que eu trato qualquer paciente, se tiver médico na hora tem, se não tiver vai marcar, aí eu trato no mesmo direito

[...] não é por que eu sou parente que eu vou fazer pra um e para outro não (AE5, 2024).

A profissional justifica sua conduta com base no princípio de igualdade de tratamento, indicando que a imparcialidade é uma diretriz que guia seu trabalho. A razão para não tratar parentes de forma diferente é uma tentativa de garantir justiça e equidade no atendimento, alinhada com as normas éticas e profissionais.

6.4 A FORMA COM QUE EXERCEM A AUTONOMIA

Um dos primeiros desafios com a forma de atuação, é a responsabilidade, o entrevistado 1 diz que a liderança de procedimentos médicos envolve muitas vezes pacientes com condições de saúde bem delicadas:

[...] tipo a responsabilidade é grande, a gente lida com pacientes tanto num operatório como num básico sabe, que a gente mexe né? A gente faz aqui uma cirurgia que pode mexer com todo tipo de paciente, diabético, hipertenso, aí a gente carrega uma grande responsabilidade (AE1, 2024).

A fala demonstra que o dentista precisa aplicar seu julgamento conforme a sua responsabilidade no contexto de suas tarefas. A discricionariedade se manifesta na forma de executar as tarefas com um alto grau de responsabilidade e cautela, precisando rever sua postura ou conduta conforme o estado de saúde do paciente, o tipo de procedimento envolvido e os seus riscos.

A complexidade do trabalho exige um nível de julgamento que vai além da simples aplicação de regras e envolve um uso consciente da discricionariedade para garantir a segurança e o bem-estar dos pacientes.

O próximo relato revela não apenas a prática cotidiana no atendimento aos usuários do sistema de saúde, mas também evidencia um importante elemento de alteridade.

Assim... tem os pacientes né... muitas vezes quer ser atendido de todo jeito, assim brabo, mas aí vem o trabalho da gente né convence com amor com carinho, e a gente explica como tem que ser (AE2, 2024).

Quando ela faz menção que muitos pacientes chegam irritados ou exigindo atendimento imediato, a resposta da trabalhadora de saúde vai além de uma postura técnica. Enfatizando o uso do amor e do carinho como ferramentas para acolher o paciente e transformar a interação, seu comportamento reflete um atendimento humanizado, no qual a profissional se coloca no lugar do outro, compreendendo suas angústias e necessidades, ao mesmo tempo em que estabelece um diálogo respeitoso.

Tal postura reforça a ideia de que o sucesso no atendimento não depende apenas de procedimentos formais, mas também da capacidade de criar vínculos de empatia e respeito com os usuários. Nesse caso, a forma é flexível, sensível ao contexto e envolve um uso estratégico da comunicação, que vai além da aplicação mecânica de regras.

Pode ser pontuada também o desafio da harmonia no ambiente de trabalho, visto no comentário da entrevistada 5:

Uma dificuldade eu encontro no ambiente, tipo as pessoas, que eu digo assim os profissionais... já passei por muita coisa por exemplo, fulano está de cara feia para ti hoje, eu já tive que lidar com várias pessoas de várias formas por conta do humor (AE5, 2024).

Descreve como a profissional precisa ajustar seu comportamento de acordo com as variações de humor e atitude de seus colegas de trabalho. A fala da técnica em enfermagem indica que a profissional está se adaptando frente às diferentes personalidades e emoções dos outros profissionais de saúde da UBS.

A maneira em que a técnica usa a comunicação para garantir a harmonia no ambiente de trabalho da Unidade Básica de Saúde, pode vir a afetar o desempenho e a colaboração entre os outros profissionais. A dificuldade dos relacionamentos coletivos está relacionada com o gerenciamento das interações para evitar conflitos e manter o fluxo de trabalho, o que envolve sensibilidade, flexibilidade e habilidade em navegar pelas dinâmicas pessoais.

Essa observação do gerenciamento das interações pode ser encontrada na obra de Lotta (2012) ao estudar os ACS no Programa Saúde da Família. A autora diz que a implementação da política precisa ser analisada de forma interativa, observando as práticas e estilos comunicacionais desenvolvidos pelos agentes, para conseguir diferentes resultados que produzem na interação com a população que se beneficia de um programa.

Ainda com a entrevistada 5, em determinado momento da entrevista ela afirma que: “por exemplo eu posso muito bem entregar remédios, mas eu irei precisar da receita, eu não posso entregar a você se não estiver com a receita”. Houve uma inquietação se não existiria uma maneira de flexibilizar mediante situações adversas, e seu comentário foi:

Posso tentar dar um jeito de falar com o médico caso seja por urgência dele prescrever uma receita pra pessoa pegar um remédio no qual perdeu a receita (AE5, 2024).

O comentário da técnica em enfermagem exemplifica a categoria da forma da sua discricionariedade de suas ações em uma situação específica, como no caso de uma urgência onde precisam “dar um jeito” de falar com o médico para resolver um problema pontual, como a perda de uma receita como ela ressalta.

Para Lipsky (1989; 2010; 2019) a tomada de decisão afeta diretamente as chances e oportunidades de vida da população, implicando na forma que a população recebe o serviço disponibilizado por um agente e sobre as expectativas que as pessoas criam sobre aquele ofício. Essa situação da AE5 ilustra a flexibilidade da estratégia utilizada por ela para atender as demandas dos pacientes, mesmo quando procedimentos formais não são seguidos rigidamente.

[...] vou falar da minha sobrecarga por autonomia minha, tipo meu marido me diz que eu as vezes me envolvo demais com as pessoas porquê muitas vezes eu chego estressada em casa, por fazer pré-natal dou uma de nutricionista porquê preciso falar sobre a alimentação das crianças depois de seis meses, aí ainda dou uma de dentista porquê preciso ver como está a higiene bucal das crianças, aí as vezes chega alguém aqui com um problema e eu escuto, preciso dar uma de psicóloga e aconselho as pessoas, saio até da minha profissão dando uma de amiga porque tem gente que chega aqui precisando só de um apoio (AE4, 2024).

Esse comentário foi pontuado por último pois pode ser analisado a luz das três categorias analíticas estabelecidas, a entrevistada 4 demonstra um tipo de autonomia extensiva. Nesse caso específico, a agente não fica apenas nas funções que são oficialmente atribuídas a ela, mas vai além, assumindo papéis e responsabilidades que não são estritamente técnicas.

Falando da ação, a entrevistada tem liberdade para adaptar seu trabalho conforme as necessidades dos usuários. Ela não se limita ao que está no seu cargo, mas acaba

fazendo coisas como dar conselhos de nutrição, verificar a saúde bucal das crianças, ouvir e aconselhar pessoas como se fosse psicóloga e até oferecer apoio emocional como uma amiga. Isso mostra que a discricionariedade dela vai além das habilidades técnicas e entra em áreas mais pessoais e emocionais.

Sobre a razão por trás disso, parece que a entrevistada se sente motivada a ir além do esperado porque vê as necessidades dos usuários e quer ajudar de uma forma mais completa e humana. O desejo de lidar com diferentes situações e de dar um apoio mais amplo é o que leva ela a ultrapassar suas responsabilidades formais. A razão é um sentimento de responsabilidade e empatia em relação às pessoas que ela atende.

Por fim, a forma como ela exerce essa discricionariedade é marcada por um envolvimento pessoal e emocional. Ela não se limita ao trabalho técnico, mas também se envolve em questões emocionais e de apoio, muitas vezes indo além do que seria esperado. Esse jeito de atuar mostra uma abordagem mais integrada e completa no atendimento, buscando atender às necessidades das pessoas de uma forma mais pessoal e atenciosa.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A horário estendido de atividade das Unidades Básicas de Saúde (UBS), como o que ocorre no programa 'Saúde Até Mais Tarde', pode ser uma alternativa promissora para aliviar a superlotação nos hospitais públicos, especialmente diante da situação econômica do país. A adoção de programas como estes por níveis municipais visa ampliar a cobertura e o acesso a serviços de APS, permitindo que a população tenha mais opções de atendimento preventivo e cuidados básicos fora do horário comercial, o que pode evitar que casos mais simples sobrecarreguem emergências hospitalares.

Dessa forma, a presente pesquisa teve como objetivo central a compreensão do processo de implantação do programa 'Saúde Até Mais Tarde' e o papel desempenhado pela burocracia de nível de rua. Para tanto, foi necessário fundamentar a discussão em um arcabouço teórico baseado nas perspectivas de implementação de políticas públicas, e considerando que se trata de um programa específico no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) também foi necessário pontuar uma literatura a respeito do sistema de saúde brasileiro. Além disso, explorou-se a teoria da discricionariedade dos burocratas de nível de rua, destacando suas implicações na prática.

A fim de atender aos objetivos da pesquisa, foram realizadas entrevistas com seis profissionais de saúde em duas Unidades Básicas de Saúde localizadas em Vitória de Santo Antão. A análise, de caráter descritivo, buscou apresentar uma visão geral do programa a partir da perspectiva dos agentes implementadores. No que tange à discricionariedade, a investigação focou na identificação dos principais desafios enfrentados durante a implementação, utilizando como base as categorias analíticas de ação, razão e forma, que orientaram a análise do exercício da discricionariedade pelos profissionais entrevistados.

Os desafios enfrentados pelos burocratas de nível de rua (BNR's) do programa em questão, incluem a responsabilidade de lidar com pacientes em situações de risco no período noturno, a necessidade de manter uma harmonia no ambiente de trabalho, a flexibilidade no atendimento diante das diversas situações que surgem. Já as dificuldades mais críticas podemos destacar a abordagem pessoal e a adaptação dos serviços às necessidades individuais dos pacientes, principalmente quando consideramos a escassez de recursos, como medicamentos que muitas vezes se esgotam no turno noturno. Também cabe adicionar a falta de recurso adequado para a identificação de um ACS e o impacto emocional que o envolvimento direto com as realidades sociais dos pacientes pode gerar. Essas questões revelam os limites operacionais humanos da implementação do programa, afetando diretamente a qualidade do serviço ofertado.

Os profissionais relatam que a relação entre atores internos, os gestores, e externos que são os outros profissionais é no mais um fator positivo para execução do programa, o que indica que a relação muitas vezes perpassa o ambiente profissional e objetiva a criação de vínculos de amizade. Em específico cabe ressaltar aqui a ação dos atores internos, que diante das entrevistas foram descritos pelos profissionais como 'apoiadores' que seriam uma espécie de grupo da própria secretária de Saúde e Bem-Estar que realizam as visitas para manutenção e avaliação do programa, e que também são os responsáveis por mediar informações novas no que tange a aplicações de novas normas e regras dos serviços do município.

Na coleta de dados das entrevistas houveram limitações devido ao período eleitoral, o que gerou um cenário de hesitação entre muitos profissionais de saúde. Era esperado que, por conta das implicações políticas desse contexto, diversos voluntários recusassem a participação na pesquisa, temendo possíveis repercussões negativas.

Mesmo com a confirmação de seis entrevistas, foi notado que alguns agentes manifestaram dúvidas antes de participar, preocupados se as perguntas abordariam temas relacionados a partidos políticos ou se haveria algum viés que pudesse prejudicar sua posição profissional ou pessoal. Este ambiente de desconfiança, característico do período eleitoral, parece ter sido um dos principais fatores que motivaram as recusas por parte de outros possíveis entrevistados, restringindo a coleta de dados em mais Unidades Básicas de Saúde (UBS).

A experiência com os BNRs de Vitória de Santo Antão ilustra bem como a discricionariedade pode ser uma ferramenta vital na superação dos desafios cotidianos, permitindo adaptações à realidade local e promovendo um serviço de saúde mais acessível e sensível às necessidades da população.

8. REFERÊNCIAS

ARRETCHE, M. T. S. Uma contribuição para fazermos avaliações menos ingênuas. In: Barreira, M. C. R. N.; CARVALHO, Maria do Carmo Brant de. (Orgs.) **Tendências e Perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais**. São Paulo: IEE/PUCSP, 2001.

BARRETO, M. C. A discricionariedade dos burocratas de nível de rua no CRAS. In: **XLVI Encontro da ANPAD**, 2022.

BARROS, S. T. S. Burocracia de Nível de Rua, valores e ideologias na implementação de uma política pública. **Revista Contraponto**. vol. 3, n. 1, jun. 2016, p. 151-174. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/contraponto/article/view/65737>. Acesso em: 25 de jun. 2024.

BIASOLI-ALVES, Z. M. M e S; M H G F D. Análise qualitativa de dados de entrevista: uma proposta. **Paideia: Cadernos de Educação**, n. 2, p. 21-9, 1992. Tradução. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0103-863x1992000200007>. Acesso em: 5 de ago. 2024.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União: seção 1**, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em: 13 de jun. 2024.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. **Diário Oficial da União**, 22 de setembro de 2017.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS**. Brasília: CONASS, 2003. 248 p.

_____. **População Residente - Estudo de Estimativas Populacionais Por Município, Idade e Sexo 2000-2021 - Brasil**. DataSUS. 2021. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/popsvsbr.def>. Acesso em: 15 de fev. 2024.

_____. Portal da Transparência. **Despesas Orçamentárias**. Disponível em: <portaldatransparencia.gov.br>. Acesso em: 25 de ago. 2024.

BRODKIN, E. Z. Reflections on street-level bureaucracy: past, present, and future. **Public Administration Review**, v. 72, n. 6, p. 940-949, nov./dez. 2012.

CASTRO, E.; OLIVEIRA, U. T. V. "A entrevista semiestruturada na pesquisa qualitativa-interpretativa: um guia de análise processual." **Entretextos, Londrina**, v. 22, n. 3, p. 25-45, jul./dez. 2022. DOI: 10.5433/1519-5392.2022v22n3p25-45.

CASTRO, J. A. de. Política Social no Brasil: marco conceitual e análise da ampliação do escopo, escala e gasto público. **Revista Brasileira de Monitoramento e Avaliação**. N.1.Jan-jun/2011. Brasília: SAGI/MDS.

CAVALCANTI, P. A. **Sistematizando e comparando os enfoques de avaliação e de análise de políticas públicas**: uma contribuição para a área educacional. 2007. Tese (Doutorado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2007.

COSTA, D. M. da. **A programação Pactuada Integrada e a Contratualização do SUS: desafios e possibilidades.** Dissertação (Universidade Federal de Juiz de Fora). Juiz de Fora, 2012.

DEUBEL, A. N. R. **Políticas Públicas: formulación, implementación y evaluación.** Bogotá: Ediciones Aurora, 2002.

DUTRA, R. Sistema político-administrativo e interações na implementação de políticas públicas. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, vol. 35, n. 102, 2020.

FARAH, M. F.; BARBOSA, H. 20 Experiências de gestão pública e cidadania. Programa Gestão Pública e Cidadania. São Paulo: **EAESP-FGV/Fundação Ford**, 1999. p. 7-19.

FLEURY, S.; OUVENERY, A. M. Gestão de redes: A estratégia de regionalização da política de saúde. Rio de Janeiro: **Editora FGV**, 2007.

FONSECA, F. Dimensões críticas das políticas públicas. **Cadernos EBAPE.BR**, Rio de Janeiro, RJ, v. 11, n. 3, p. 402 a 418, 2013. Disponível em: <https://periodicos.fgv.br/cadernosebape/article/view/8862>. Acesso em: 23 jan. 2024.

_____. A trama conflituosa das políticas públicas: Lógicas e projetos em disputa. **Cadernos EBAPE.BR**, Rio de Janeiro, RJ, v. 14, n. Especial, p. 406 a 417, 2016. Disponível em: <https://periodicos.fgv.br/cadernosebape/article/view/62646>. Acesso em: 25 jan. 2024.

GONÇALVES, R. C., & Lisboa, T. K. (2007). Sobre o método da história oral em sua modalidade trajetórias de vida. **Revista Katálysis**, 10(n. esp), 83-92.

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

HILL, M., & Varone, F. (2016). **The public policy process**. Londres, UK: Routledge.

HOWLETT, M., Ramesh, M., Perl, A. **Política pública. Seus ciclos e subsistemas. Uma abordagem integral.** Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

HUPE, P.; HILL, M. Street-Level bureaucracy and public accountability. **Public Administration**, v. 85, n. 2, p. 279-299, 2007.

IMMERGUT, E. The Theoretical Core of the New Institutionalism. **Politics & Society**, v. 26, n. 1, p. 5-34, mai. 1998.

LIMA, L. L., & D'Ascenzi, L. Implementação de políticas públicas: perspectivas analíticas. **Revista de sociologia e política**. Curitiba. Vol. 21, n. 48, p. 101-110. 2013.

LIMA-SILVA, F; SANDIM, T. T; MAGRI, G. M; LOTTA, G. O nível de rua na pandemia: a percepção de profissionais da linha de frente da assistência social sobre a implementação de políticas públicas. **Rev. Adm. Pública** v. 54, n. 5, Rio de Janeiro set./out. 2020.

LINDBLOM, C. E. (1959). The science of "muddling through". **Public Administration Review**, 19(2), 79-88.

LIPSKY, M. **Burocracia de nível de rua: dilemas do indivíduo nos serviços públicos.** 1ª ed. Brasília: ENAP, 2019.

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

LOTTA, G. (Org.). (2019). **Teoria e análises sobre implantação de políticas públicas no Brasil**. Brasília, DF: ENAP.

_____. O papel das burocracias do nível da rua na implementação de políticas públicas: entre o controle e a discricionariedade. In: FARIA, C. A (org). **Implementação de Políticas Públicas. Teoria e Prática**. Editora PUCMINAS, Belo Horizonte, 2012.

LOTTA, G. S.; PIRES, R.; OLIVEIRA, V. Burocratas de Médio Escalão: Novos Olhares sobre Velhos Atores da Produção de Políticas Públicas. **Revista do Serviço Público**, v. 65, p. 463-492, 2014.

GASKELL, G. Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático. Traduzido por Sandra Regina Netz. **Porto Alegre: Artmed**, 2002.

MANZINI, E. J. Entrevista semi-estruturada: análise de objetivos e roteiros. **Seminário Internacional sobre Pesquisa e Estudos Qualitativos**, Bauru, v. 2, p. 10, 2004.

Disponível em:

https://www.marilia.unesp.br/Home/Instituicao/Docentes/EduardoManzini/Manzini_2004_entrevista_semi-estruturada.pdf. Acesso em: 5 de mai. 2024.

MARTINS, T. P; DIAS, C. C. N. A atuação do agente penitenciário como burocrata de nível de rua: para além da discricionariedade. **Revista Brasileira de Políticas Públicas**. Brasília, V. n°1, 2018, p. 550-572. Disponível em: <https://www.publicacoes.uniceub.br/RBPP/article/view/5143>. Acesso em: 19 jul. 2024.

MINAYO, M. C. S. **Construção da identidade da antropologia na área da saúde: o caso brasileiro**. In: MINAYO, M. C. S. Antropologia e saúde: traçando identidades e explorando fronteiras. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1998. p. 29-43.

_____. Ciências sociais e saúde no Brasil: vida longa e recente relevância. **Saúde em Debate** 24, 2000. P. 44-53.

_____. Trabalho de campo: contexto de observação, interação e descoberta. In **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**, 2016.

NOGUEIRA, V. M. R; FAGUNDES, H. S. Implementação de Políticas Públicas: Uma questão em debate. **Seminário Nacional de Serviço Social**. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

PAIM, J. S. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. 148 p.

ROCHA, D.; DAHER, M. D. C.; SANT'ANNA, V. L. A. A entrevista em situação de pesquisa acadêmica: reflexões numa perspectiva discursiva. **Polifonia, Cuiabá: UFMT**, v. 8, n. 8, 2004. Disponível em:

<https://periodicoscientificos.ufmt.br/ojs/index.php/polifonia/article/view/1132>. Acesso em: 25 de jun. 2024.

RUA, M. G. **Políticas Públicas**. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC, 2009. 130 p.

SABATIER, P. A. Top-down and bottom-up approaches to implementation research: A critical analysis and suggested synthesis. **Journal of Public Policy**, v. 6, n. 1, p. 21-48, 1986.

SAMPAIO, J. M. (2021). Implementação de políticas públicas: a importância da análise qualitativa. In: LOTTA, G. (org.). **Teorias e análises sobre implementação de políticas públicas no Brasil**. Brasília: ENAP.

SCHWANDT, T. A. Três posturas epistemológicas para a investigação qualitativa: interpretativismo, hermenêutica e construcionismo social. In: DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. (orgs.). **O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens**. Tradução: Sandra Regina Netz. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 193-217.

SOUZA, C. **POLÍTICAS PÚBLICAS**: questões temáticas e de pesquisa. Caderno CRH, [S. l.], v. 16, n. 39, 2006. DOI: 10.9771/ccrh.v16i39.18743. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/crh/article/view/18743>. Acesso em: 12 fev. 2024.

TANAKA, O. Y.; TAMAKI, E. M. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 821-828, abr. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000400002>. Acesso em: 25 jan. 2024.

TEIXEIRA, S. M. F.; OUVENEY, A. L. M. O sistema único de saúde brasileiro: desafios da gestão em rede. **Revista Portuguesa e Brasileira de Gestão**, Rio de Janeiro, RJ, v. 11, n. 2-3, p. 74-83, 2012. Disponível em: <https://periodicos.fgv.br/rbpg/article/view/78739>. Acesso em: 25 jan. 2024.

VITÓRIA DE SANTO ANTÃO. **Relatório anual de gestão de saúde: 2022**. Vitória de Santo Antão: Prefeitura Municipal, 2023. Disponível em: https://transparencia.prefeituradavitoria.pe.gov.br/uploads/5429/1/atos-oficiais/2023/relatorio-de-gestao-municipal-de-saude/1679927953_relatorio-anual-de-gestao-de-saude--2022.pdf. Acesso em: 23 de fev. 2024.

_____. **Serviços de Saúde**. Prefeitura da Vitória. 31 de julho, 2023. Disponível em: https://transparencia.prefeituradavitoria.pe.gov.br/app/pe/vitoria-de-santo-antao/1/atos-oficiais-item-suspenso?do_search=1&tipo_ato_oficial=137. Acesso em: 16 de fev. 2024.

_____. **Secretaria de Saúde inicia programa Saúde Até Mais Tarde**. Prefeitura da Vitória. 29 de janeiro, 2021. Disponível em: <https://www.prefeituradavitoria.pe.gov.br/portal/index.php/2021/01/29/secretaria-de-saude-inicia-programa-saude-ate-mais-tarde/>. Acesso em: 15 de dez. 2023.

_____. **Quadro Funcional dos Servidores**. Prefeitura da Vitória. Janeiro, 2024. Disponível em: <https://transparencia.prefeituradavitoria.pe.gov.br/app/pe/vitoria-de-santo-antao/1/servidores/quadro-funcional-dos-servidores>. Acesso em: 12 de fev. 2024.

_____. **Programa da Secretaria de Saúde e Bem-Estar da Vitória fica em primeiro lugar em premiação da OPAS/PMS**. Prefeitura da Vitória. 07 de abril, 2022. Disponível em: <https://www.prefeituradavitoria.pe.gov.br/portal/index.php/2022/04/07/programa-da-secretaria-de-saude-e-bem-estar-da-vitoria-fica-em-primeiro-lugar-em-premiacao-da-opas-oms/> Acesso em: 12 de fev. 2024.

_____. **Plano Municipal de Saúde**. Prefeitura da Vitória. 17 de fevereiro, 2022. Disponível em: https://transparencia.prefeituradavitoria.pe.gov.br/app/pe/vitoria-de-santo-antao/1/atos-oficiais-item-suspenso?do_search=1&tipo_ato_oficial=135. Acesso em: 12 de fev. 2024.

_____. **Unidades de saúde e serviços ofertados**. Vitória de Santo Antão: Prefeitura Municipal, 2023. Disponível em:

https://transparencia.prefeituradavitoria.pe.gov.br/uploads/5429/1/atos-oficiais/2023/servicos-de-saude/1691583549_unidades-de-saude-e-servicos-ofertados.pdf. Acesso em: 27 de fev. 2024.

9. APÊNDICE

QUADRO 01 – Roteiro para entrevista com os profissionais.

SEÇÃO 1 – PERFIL SOCIAL.

Raça/Cor de identificação?
Função específica na UBS?
Discorrer sobre a Formação.
Houve capacitação antes da atuação na UBS?
Carga Horária.

SEÇÃO 2 – AUTOPERCEPÇÃO DE SEUS PAPÉIS

Rotina de trabalho, o que você faz?
Como você entende a importância do teu ofício.
Faz alguma coisa que não seja da sua função específica de atuação?
Existem normas a serem seguidas? Quais?
Já houve alguma situação em que você não soube o que fazer?
Sabe que existe uma liberdade para sua atuação no seu serviço?
Elementos que considera importante na hora da tomada de decisão.

SEÇÃO 3 – FUNCIONAMENTO DO PROGRAMA

Qual a opinião sobre o funcionamento do programa nas UBS?
Em sua percepção, qual a maior motivação para a criação do programa?
Como funciona a dinâmica de equipes?
Qual tua relação com outros funcionários?
Como é o contato com a gestão?
Notou alguma mudança no perfil dos usuários que frequentem a UBS no horário estendido?
Acredita que a expansão de horário ajuda a diminuir a demanda?
Foi apresentado algum dado a vocês sobre a ampliação do funcionamento estendido?
Os mesmos serviços que são ofertados em todos os períodos?

SEÇÃO 4 – DESAFIOS E MELHORIAS

Há estrutura material suficiente pra ti na hora de exercer teu ofício?
Explicita dificuldades do teu serviço?
Quando você se depara com uma regra não tão clara (ou que não se encaixa) o que você faz?
Podendo melhorar alguma coisa em seu trabalho o que seria?
Se sente motivado trabalhando aqui?
Sente que o programa tem suporte suficiente da gestão municipal?
Ainda há capacitação para seu ofício? (Quando foi a última)
As normas te possibilitam resolver todas as situações?
Algo que você considera uma vantagem do seu trabalho?

SEÇÃO 5 – OUTRAS PERGUNTAS

Como é estabelecida a sua relação de vínculo com os usuários?
Já precisou atender algum vizinho, ou conhecido?
Essas pessoas esperam ter tratamento especial? E como é seu tratamento?
A frequência que elas vêm aqui.
