

O papel da burocracia de nível de rua na implementação e (re) formulação da Política Nacional de Humanização dos serviços de saúde de Porto Alegre (RS)

Luciana Leite Lima

Universidade Federal do Rio Grande do Sul / Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas
Porto Alegre / RS — Brasil

Luciano D'Ascenzi

Governo do Estado do Rio Grande do Sul / Agência Estadual de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do RS
Porto Alegre / RS — Brasil

Este artigo analisa a implementação da Política Nacional de Humanização nas unidades básicas de saúde de Porto Alegre. Para isso, foi utilizada a abordagem de análise baseada na interação que enfatiza o processo de influência mútua entre o plano da política pública e as características dos espaços locais de implementação. Assim, situa o olhar nos contextos de atuação das burocracias de nível de rua, ressaltando o papel exercido por sua discricionariedade. A pesquisa foi qualitativa com a utilização de dados primários e secundários. Averiguou-se que os implementadores, diante da falta de treinamento nos marcos da política, da percepção de carência de recursos e do baixo grau de apoio, forjaram um entendimento peculiar dos objetivos e das estratégias da política. Eles criaram uma visão do que seria humanizar os serviços, inspirada pela estrutura normativa e ajustada às preferências e necessidades locais.

Palavras-chave: políticas públicas; implementação; burocracia de nível de rua.

El papel de la burocracia de nivel de calle en la implementación y (re)formulación de la Política Nacional de Humanización de los servicios de salud de Porto Alegre (RS)

Este artículo analiza la implementación de la Política Nacional de Humanización en las unidades básicas de salud de Porto Alegre. Para ello, se utilizó el método de análisis basado en la interacción que hace hincapié en el proceso de influencia mutua entre el plan de las políticas públicas y las características de los espacios locales de implementación. Por lo tanto, la mirada se encuentra en el contexto de la operación de las burocracias del nivel de la calle, haciendo hincapié en el papel desempeñado por su discreción. El estudio fue de tipo cualitativo con el uso de datos primarios y secundarios. Se averiguó que los implementados, delante de la falta de entrenamiento en los marcos de la política, de la percepción de carencia de recursos y del bajo grado de apoyo, forjaron un entendimiento peculiar de los objetivos y de las estrategias de la política pública. Ellos crearon una visión que sería humanizar los servicios, ajustada a las preferencias y necesidades locales. La política implementada difirió de la política formal. Con todo fue esa adaptación que permitió la implementación de hecho.

Palabras clave: políticas públicas; implementación; burocracia de nivel de calle.

The role of street-level bureaucracy in the implementation and (re)formulation of the health service's Humanization Policy in Porto Alegre (RS)

This article analyzes the implementation of the National Humanization Policy in basic health units of Porto Alegre. For this, we analyzed interaction that emphasizes the process of mutual influence between the planning of public policy and characteristics of local implementation. Thus, this perspective is from the context of operations of street-level bureaucracies, emphasizing the role played by its discretion. The study was qualitative with the use of primary and secondary data. We examined implementers, given the lack of training in the policy framework, as well as perceptions on the lack of resources and low levels of support, which forged a peculiar understanding of the goals and strategies of public policy. They created a vision of what it would mean to humanize the service when adjusted to local preferences and needs.

Keywords: Public policy; implementation; street-level bureaucracy.

DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7612145223>

Artigo recebido em 25 jan. 2015 e aceito em 13 set. 2016.



1. INTRODUÇÃO

O objetivo deste artigo é analisar a implementação da Política Nacional de Humanização nas unidades básicas de saúde de Porto Alegre.¹ Abordaremos o processo de (re)desenho da política que ocorre durante a implementação. Argumentamos que tal dinâmica é decorrente de um processo de influência mútua entre a estrutura normativa formal da política e os contextos de implementação.

Uma vez que nossa perspectiva valoriza os contextos de ação nos quais a política se efetiva, tomaremos como foco da análise as burocracias de nível de rua. Atentaremos para a discricionariedade desses atores, centrando-nos no seu exercício e na produção de rotinas organizacionais informais que efetivamente constituem a política (Brodkin, 2011; Lipsky, 2010). Interessa investigar como as decisões e as ações dos atores responsáveis pela implementação contribuem para o (re)desenho da política e de que forma esse processo é influenciado pela estrutura normativa. Assumimos, com isso, em consonância com outros (Gofen, 2014; Oliveira, 2012; Brodkin, 2011; Tummers, 2011; Lotta, 2012b; Pires, 2009; Lipsky, 2010), que as decisões e ações dos atores de linha de frente mudam a trajetória da política, influenciando seus resultados.

Este trabalho está dividido em cinco partes, além da introdução e da conclusão. No segundo tópico, discute-se o referencial teórico e analítico. No terceiro, apresentam-se os procedimentos de pesquisa. No quarto, a política de humanização é descrita segundo seus formuladores. No quinto, os dados coletados na pesquisa de campo são descritos e analisados. No sexto, foi delineada a política de humanização produzida a partir da interação entre estrutura normativa e contextos locais de ação.

2. REFERENCIAL TEÓRICO E ANALÍTICO

O ciclo de políticas públicas é uma ferramenta analítica que permite decompor as políticas em montagem da agenda, formação da política, tomada de decisão, implementação e avaliação (Howlett et al., 2013).² Neste trabalho, focamos a implementação, que se refere à execução das decisões.³

A separação em fases propiciou o desenvolvimento de modelos analíticos específicos. No que tange aos voltados à implementação, uma questão basilar que os transpassa é a relação entre o plano e sua execução. Com base nessa relação, mais ou menos interdependente, os modelos podem ser classificados em três abordagens amplas: controle, interação e cognição (Lima e D'Ascenzi, 2014).

As abordagens baseadas no controle percebem a implementação como uma consequência do plano, o qual seria o elemento explicativo. As perspectivas baseadas na interação focam o contexto da implementação: além do plano, os recursos organizacionais, os executores, seus valores e comportamentos. Já as abordagens cognitivas enfatizam as ideias e sua tradução em ações que conformam a implementação. Neste trabalho, nos alinharemos às abordagens baseadas na interação.⁴

Essas abordagens consideram a inter-relação entre as fases do ciclo, tratando a implementação como o resultado de um processo de interação entre a estrutura normativa formal e as características dos espaços de execução (Lima e D'Ascenzi, 2013). Por um lado, o plano define: a arena na qual o

¹ Este artigo é um dos produtos da pesquisa "Implementação de Políticas Públicas e a Participação da Comunidade", financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Rio Grande do Sul (FAPERGS).

² Variações desse recorte podem ser encontradas em Muller e Surel (2002), Hill e Hupe (2014) e Secchi (2015).

³ Sobre os limites da abordagem sequencial, ver Muller e Surel (2002) e Zani e Costa (2014). Sobre a interdependência entre as fases, ver Browne e Wildavsky (1984) e Pinto e Midlej (2012). Sobre a produção brasileira, ver sistematizações em Lotta (2012a) e Marques (2013).

⁴ Tal categorização é apresentada e discutida em Lima e D'Ascenzi (2014).

processo ocorre, o papel dos atores, as ferramentas de ação, a alocação de recursos, e oferece uma definição para o problema social, influenciando a performance dos executores (Hupe, 2014; May, 2012; Hupe et al., 2014; Majone e Wildavsky, 1984). Por outro, a execução promove a adaptação dos objetivos e das ferramentas de gestão à realidade social.

Seguindo Majone e Wildavsky (1984), o plano existe como potencialidade, sua realização depende de qualidades intrínsecas e de circunstâncias externas. Nesse entendimento, a política seria um conjunto de disposições que funcionariam como ponto de partida para um processo de experimentação. Pois se assume que, em virtude da racionalidade limitada, não seria possível prever o comportamento do problema social, nem a dinâmica da política. Isto é, os problemas sociais só se tornariam conhecidos a partir das tentativas de os solucionar. E tanto a capacidade quanto a efetividade das táticas escolhidas para enfrentá-los somente seriam confirmadas após entrarem em operação. Aqui, a implementação inclui buscar respostas e (re)formular perguntas, provocando mudanças nas soluções e na compreensão dos problemas sociais. Disso resulta um processo contínuo de adaptação do plano ao contexto, o que seria a essência da implementação. A adaptação é uma característica intrínseca, ocorrendo mesmo às expensas de rígidos mecanismos de controle (Lima e D'Ascenzi, 2014).

Tal dinâmica é possibilitada e empreendida por meio da discricionariedade. Um tema que pode ser abordado a partir do trabalho de Lipsky (2010) sobre as burocracias de nível de rua: agências nas quais os trabalhadores interagem diretamente com cidadãos no curso de suas tarefas, tendo substancial discricionariedade na execução do serviço. O autor sustenta que as decisões desses burocratas, as rotinas que estabelecem e os dispositivos que criam para lidar com as incertezas e pressões do trabalho, efetivamente, *se tornam* as políticas públicas.

A partir de Lipsky (2010), podemos apontar alguns elementos dos quais a discricionariedade seria decorrente. Primeiro, ela derivaria do conhecimento profissional. Pois espera-se que profissionais julguem e decidam em seu campo, ou seja, que exerçam discricionariedade. Segundo, normalmente as burocracias de nível de rua são perpassadas por uma multiplicidade de regras que mudam constantemente. Isso incentiva o uso seletivo e dificulta a supervisão. Lipsky salienta que os burocratas de nível de rua operam em ambientes altamente regrados que, paradoxalmente, incentivam a discricionariedade e constroem o controle hierárquico. Terceiro, a relativa autonomia da autoridade organizacional, relacionada com os outros elementos. Como vimos, a multiplicidade de regras dificulta a supervisão, e o conhecimento profissional, exercitado em um contexto de interação direta com o cidadão, produz um dilema de assimetria de informação: o gestor tem acesso limitado às informações sobre as práticas do executor.

As condições de trabalho têm um papel central no exercício da discricionariedade, são elas que a possibilitam, determinando a atuação dos implementadores. Uma das características dessas condições é a insuficiência crônica de recursos para a realização das atividades esperadas, que provoca a tomada de decisões sobre a alocação dos recursos escassos. Além disso, a demanda pelos serviços tende a aumentar até encontrar a oferta; para Lipsky, isso aprisionaria esses burocratas num ciclo de mediocridade: quanto melhor o serviço, maior a demanda. Outro aspecto se refere aos objetivos das políticas, comumente vagos, conflitantes e ambíguos, tornando problemática a derivação das tarefas. Nesse tema, Wilson (2000) indaga e responde: se os objetivos não são claros, como as tarefas são definidas? Pelas circunstâncias do trabalho, pelas experiências prévias, pelas normas profissionais e pela personalidade burocrática. Ainda, é difícil medir a performance desses trabalhadores em virtude da relativa autonomia da autoridade organizacional e da discricionariedade. Por fim, o caráter não voluntário dos clientes, os quais não têm condições de disciplinar os burocratas que, por sua vez, pouco têm a perder por falhar com eles. Conforme o autor: se a demanda por serviços é praticamente

inesgotável em relação à oferta, o fato de que alguns clientes estão insatisfeitos com a qualidade ou com o nível dos serviços significa que seus lugares serão tomados por outros que estão dispostos a aceitar tais custos (Lipsky, 2010:55). Nesse contexto, de considerável incerteza, os burocratas tomam decisões, que efetivamente conformam a política pública.

O uso da discricionariedade pelos burocratas de nível de rua está, assim, relacionado com as características dos espaços de execução. Não reflete apenas as preferências individuais, mas é modelado pelas rotinas, ferramentas e normas organizacionais (Soss et al., 2011; Brodtkin, 2011). Brodtkin (2007) chama a atenção para duas facetas da discricionariedade. Por um lado, ela é necessária: pois os serviços requerem respostas a circunstâncias complexas e específicas, bem como julgamentos. Por outro lado, ela torna possível que os agentes de linha de frente controlem a prestação do serviço, gerando uma multiplicidade de práticas.

Assim, já não se discute mais se há ou não discricionariedade na burocracia de nível de rua, mas como isso ocorre, e quais são suas consequências para as políticas públicas no que tange a sua trajetória, seus resultados e, inclusive, seu desenho final (Gofen, 2014; Tummers, 2011; Bastien, 2009).

3. PROCEDIMENTOS DE PESQUISA

Neste trabalho, nos alinhamos às perspectivas de análise que enfatizam a interação entre a estrutura normativa da política e as características dos contextos de implementação. Assume-se que: os valores expressos na estruturação da política influenciam o comportamento dos implementadores; e que os ajustes promovidos por esses provocam transformações nos objetivos, nas táticas e nos produtos da política. Disso resulta um híbrido: a política pública de fato, aquela que é experienciada pelo cidadão e na qual está baseada sua avaliação da relação entre Estado e sociedade.

A partir da literatura exposta, foram elaborados três grupos de variáveis:

- a) conhecimento e entendimento da política por parte dos executores: tange ao grau de socialização em relação ao plano, com vistas a investigar as formas por meio das quais ele influencia o comportamento dos executores;
- b) condições organizacionais: refere-se à percepção dos atores e como isso afeta suas práticas;
- c) conformidade dos implementadores com os princípios e objetivos: trata do grau de conflito/aceitação dos objetivos e estratégias da política e como isso se manifesta nas práticas.

O trabalho empírico consistiu na análise da implementação da Política Nacional de Humanização (PNH) nas unidades básicas de saúde (UBS) de Porto Alegre. A PNH foi escolhida porque: a abordagem analítica requer o estudo de iniciativas que sejam operacionalizadas por meio de burocracias de nível de rua, mais disseminadas nas políticas sociais; além disso, a abordagem solicita uma iniciativa em fase de implementação, caso da PNH há época do desenho da pesquisa. Por sua vez, Porto Alegre foi escolhida em virtude da extensão de sua rede, do seu porte populacional e do seu histórico foco na rede de atenção primária (Lima, 2012).

A PNH foi formulada pelo Ministério da Saúde (MS) e sua operacionalização depende dos municípios. Embora os municípios tenham autonomia para gerir o sistema de saúde em seu território, encontram dificuldades para desenvolver capacidades de formulação e financiamento. Nos anos 1990, o MS passou a atuar como formulador e financiador, induzindo a adesão dos demais entes federados. É nesse contexto que se insere a PNH.

Os *loci* de pesquisa foram as unidades básicas de saúde, as quais fazem parte da estrutura de operação do sistema de saúde e são responsáveis, ao lado das unidades de saúde da família, pela assistência primária: realizam o primeiro atendimento e encaminham para outros serviços. Em 2013, Porto Alegre contava com 45 UBS distribuídas em oito regiões de saúde.⁵ Cada região conta com uma gerência distrital de saúde, que administra toda a rede assistencial em seu território.

A PNH foi apresentada pelo Ministério da Saúde em 2003, a Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (SMS) formalizou sua adesão em 2004 e em 2006 criou o Comitê de Humanização, com o propósito de difundir e incentivar a execução da política. A partir daí as atividades relacionadas com política deveriam ser inseridas nos relatórios de gestão das unidades de saúde. Esses relatórios são instrumentos de prestação de contas com base nos quais são elaborados os relatórios de gestão da SMS. Esses, por sua vez, são avaliados pelo Conselho Municipal de Saúde e são utilizados como ferramentas de publicização das atividades.

Foram coletados dados primários e secundários. Os dados primários foram provenientes de entrevistas semiestruturadas com 42 coordenadores de UBS,⁶ realizadas entre 2013 e 2014, versando sobre a dinâmica da execução da política. Tais atores são considerados burocratas de nível de rua porque cumprem com a principal característica definida por Lipsky (2010): interação diretamente com os cidadãos no desenvolvimento de suas atividades.

O conjunto de dados secundários é composto pelas cartilhas produzidas pelo Ministério da Saúde, nas quais detalha a política, expondo as intenções dos formuladores. Os dados foram tratados com o software NVivo e analisados por meio de análise de conteúdo, organizada a partir das variáveis explicativas.

4. A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO SEGUNDO O MINISTÉRIO DA SAÚDE

Segundo o Ministério da Saúde, a Política de Humanização pretende lidar com os problemas de “fragmentação e [d]a verticalização dos processos de trabalho [que] esgarçam as relações entre os diferentes profissionais da saúde e entre estes e os usuários” (Brasil, 2004a:5) e do “despreparo dos profissionais para lidar com a dimensão subjetiva” das práticas de saúde (Brasil, 2004b:8).

A humanização é entendida como “a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores” (Brasil, 2004b:8). Trata-se de “aumentar o grau de corresponsabilidade dos diferentes atores que constituem a rede SUS, na produção da saúde”; para tanto seria necessária “uma mudança na cultura da atenção dos usuários e da gestão dos processos de trabalho” (Brasil, 2004a:7).

A política apresenta um foco preciso: “investir na produção de um novo tipo de interação entre os sujeitos que constituem os sistemas de saúde e deles usufruem, acolhendo tais atores e fomentando seu protagonismo” (Brasil, 2004a:8). “Os valores que norteiam esta política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão” (Brasil, 2004b:9).

Para tanto, seria operacionalizada por meio da seguinte estrutura (Brasil, 2008):

⁵ As regiões de saúde são delimitações territoriais que organizam os serviços de saúde. Cada região compreende uma rede de serviços.

⁶ Três coordenadores não aceitaram participar da pesquisa.

- a) Princípios: transversalidade, indissociabilidade entre atenção e gestão, protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e dos coletivos.
- b) Método: inclusão dos diferentes atores nos processos decisórios.
- c) Diretrizes: clínica ampliada, cogestão, acolhimento, valorização do trabalho e do trabalhador, defesa dos direitos do usuário, fomento das grupalidades, construção da Memória do SUS que dá certo.
- d) Dispositivos: Grupo de Trabalho de Humanização, Câmara Técnica de Humanização, colegiado gestor, contrato de gestão, sistemas de escuta qualificada para usuários e trabalhadores da saúde, visita aberta e direito a acompanhante, formação em saúde do trabalhador, Comunidade Ampliada de Pesquisa, equipe transdisciplinar de referência e de apoio matricial, projetos cogерidos de ambiência, acolhimento com classificação de riscos, projeto terapêutico singular, projeto de saúde coletiva e Projeto Memória do SUS que dá certo.

Para a atenção básica, a PNH “aposta” que é possível construir uma “zona de comunidade”, um “comum” entre os distintos interesses dos gestores, trabalhadores e usuários (Teixeira, 2005 apud Brasil, 2009). Tal tática deveria ser operacionalizada por meio da construção de espaços coletivos.

5. IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

Para descrever a implementação da PNH nas unidades de saúde, enfatizaram-se duas questões: a participação no Grupo de Trabalho de Humanização (GTH) e a execução de ações da PNH.

Os GTH são uma das principais ferramentas de implementação da PNH. Eles são organizados no nível das gerências distritais e têm por objetivo difundir e incentivar a implementação. Participariam do grupo os coordenadores ou outros trabalhadores indicados por eles. Embora os GTH já estivessem instituídos nas oito gerências distritais, em cada uma delas havia pelo menos um coordenador que acreditava que o GTH não existia.

TABELA 1 IMPLEMENTAÇÃO DOS GTH

	Sim	Não	Não sabe	Total
Tem GTH na gerência distrital	25	10	7	42
Coordenador da UBS participa	6	19	—	25
UBS envia um representante	12	6	1	19

Fonte: Elaboração própria.

Das 42 UBS estudadas, 18 enviavam representantes aos GTH, dos quais 12 foram indicados pelas coordenações. Os trabalhadores indicados foram escolhidos com base em diferentes critérios: decisão da gerência distrital, afinidade com a ideia difundida de humanização (ou seja, os profissionais vistos como amáveis e, assim, mais propensos a *humanizar*), falta de afinidade com a ideia difundida de humanização (ou seja, os profissionais vistos como intratáveis e, assim, mais propensos a serem

humanizados) e disposição do trabalhador. Esse é um indício da visão de humanização desses burocratas: humanizar é tratar bem as pessoas.

Cabe investigar se, nesses 18 casos em que há participação nos GTH, há efetividade no alcance de seus objetivos de difundir e incentivar a implementação. Para isso, os participantes deveriam levar os assuntos tratados no GTH para as reuniões de equipe de sua unidade. Conforme mostra a tabela 2, nenhum informante soube explicar ou especificar as questões debatidas. Todos os temas lembrados foram citados de forma genérica, sem nenhuma menção à PNH.

TABELA 2 TEMAS TRATADOS PELOS GTH

	Número de respondentes
Discutir humanização e acolhimento	10
Discutir problemas das UBS	2
Fazer reuniões	1
Não sabe	5

Fonte: Elaboração própria.

Sobre a implementação do GTH, podem-se fazer duas conclusões. Primeiro, o grupo não estava difundido. Segundo, apesar de 18 unidades enviarem representantes para as reuniões, nenhum respondente demonstrou conhecimento dos assuntos tratados. Diante disso, surpreendeu o fato de que apenas um respondente relatou não executar nenhuma ação de humanização; os demais afirmaram que a UBS na qual trabalhavam implantava pelo menos uma atividade dessa categoria. Se os GTH eram os instrumentos de difusão da política e seu funcionamento foi deficiente, o que explicaria a propagação da PNH? Para responder a essa pergunta, deve-se atentar para o objeto da implementação: o que foi executado?

A ação mais disseminada foi o acolhimento, citado por 27 respondentes. Contudo duas observações devem ser feitas. Essa ação teve a primeira tentativa de implementação em 2001, mas, segundo os informantes, não obteve sucesso. O Ministério da Saúde apresenta o acolhimento como uma das principais diretrizes da PNH em 2008. Assim, essa era a ação mais conhecida. Segundo, os atores atribuíam diferentes significados para o acolhimento, entre eles: atender o usuário no momento em que chega na unidade; encaminhar o usuário caso não seja possível resolver seu problema na unidade; escutar o usuário; estabelecer o acesso às consultas médicas por meio de agendamento; interpelar os usuários fora da unidade para cobrar não comparecimento em consultas ou outros serviços; não deixar o usuário sem atendimento; não regular o acesso às consultas médicas por meio de fichas que devem ser retiradas antecipadamente; orientar e aconselhar os usuários sobre uso de medicação, resultados de exames e encaminhamentos para outros serviços; prestar um bom atendimento, ser resolutivo; receber bem, dar bom dia, tratar os usuários com afeto, saber lidar com conflitos; recepcionar os usuários quando chegam na unidade; ter uma sala para ouvir a demanda do usuário.

Além do acolhimento, foram citadas 23 diferentes atividades que os entrevistados enquadraram como Política de Humanização, mencionadas no quadro 1.

QUADRO 1 ATIVIDADES DA PNH

1. Agendamento de consultas.
2. Ambiência (decoração da unidade para campanhas, pintura de paredes, melhorias na sala de espera).
3. Assistência ao direito da mulher.
4. Atender bem.
5. Atendimento de pré-natal.
6. Atividades de promoção da saúde.
7. Atividades em escolas (palestras, visitas e vacinações).
8. Busca ativa (procedimento técnico de ação em vigilância epidemiológica).
9. Conscientização dos usuários quanto ao desperdício de recursos gerados pelas faltas às consultas.
10. Conversar com os funcionários.
11. Desenvolvimento de cursos de capacitação.
12. Esforço para realizar atendimentos ante a escassez de recursos.
13. Formar o Conselho Local de Saúde.
14. Oferta de consulta de psiquiatria.
15. Organização de confraternizações entre os trabalhadores (aniversários, natal, ano-novo).
16. Participação em cursos de capacitação.
17. Realização de grupos de informação e prevenção (gestantes, dependentes químicos, diabete, asma).
18. Realizar testes itinerantes (DST, HIV, gravidez, diabetes).
19. Resolução de problemas não rotineiros.
20. Reuniões de equipe.
21. Sala de espera (ação que utiliza o espaço da sala de espera para dar informações sobre saúde).
22. Tudo o que é feito na recepção.
23. Visita domiciliar.

Fonte: Elaboração própria.

Algumas destas atividades faziam parte da rotina das UBS, precedendo a PNH, por exemplo: reuniões de equipe, grupos de informação e prevenção, participação em capacitações, visita domiciliar. Outras dificilmente podem ser inseridas na categoria *atividade*: tudo o que se faz na recepção, conversar com os funcionários. A diversidade é um dado importante, assim como a indicação de afazeres rotineiros ou vagos.

Além disso, iniciativas como visitar escolas, busca ativa e assistência ao direito da mulher são respostas às características do território. As situações de busca ativa relatadas, por exemplo, eram iniciativas voluntárias dos profissionais que, utilizando seus próprios veículos ou transporte coletivo, visitavam pessoas com dificuldade de locomoção ou com doenças contagiosas que, por algum motivo, não compareceram à consulta agendada. Enquanto o atendimento de assistência ao direito da mulher era uma iniciativa da enfermeira, que tinha conhecimento sobre procedimentos administrativos auxiliares dirigidos às mulheres em situações de risco ou violência.

Nada disso era previsto pela SMS, nem constava claramente nas tarefas a serem desenvolvidas ou, menos ainda, faziam parte da PNH. Contextualmente, foram atividades formuladas e implementadas para dar conta das necessidades locais e foram sempre referidas como fruto de um grande esforço pessoal realizado pelos trabalhadores para atender às necessidades dos usuários. Desse modo, se por um lado o produto do voluntarismo é a aparente falta de padrão na implementação, por outro trata-se da apropriação e do controle do trabalho e das prioridades, específicos a cada lugar, por parte da burocracia implementadora.

No que tange às ações típicas da PNH, as reuniões de equipe foram citadas por seis informantes, e o Conselho Local de Saúde, por apenas um. Mas novamente deve-se atentar para o fato de serem atividades prévias à política.

Percebeu-se que os atores desenvolveram ideias bastante distintas acerca das atividades que comporiam a PNH, desencadeando um processo de reformulação da política. A seguir são apresentados os dados referentes às variáveis explicativas. Ou, o que explica o desenvolvimento desse processo de implementação?

5.1 CONHECIMENTO E ENTENDIMENTO DA POLÍTICA

A variável *conhecimento e entendimento da política* foi operacionalizada por meio das subvariáveis: conhecimento da política, acesso e fonte de material informativo, treinamento e entendimento dos objetivos.

Considerou-se *conhecer a política* desde “ter ideia” até “conhecer os objetivos e as diretrizes”. Nessa abrangência, todos os respondentes relataram conhecer a PNH. As fontes de informação, entretanto, foram diversas.

TABELA 3 FONTES DA INFORMAÇÃO SOBRE A PNH

	Número de respondentes
Reuniões com a gerência distrital	16
Cursos de capacitação da SMS	9
Curso de graduação ou especialização	5
Reunião dos GTH	2
Não lembra	2
Outros (tarefas de docência, estudando para concurso público, capacitação em emprego anterior, pesquisa por conta própria)	8

Fonte: Elaboração própria.

Apenas dois coordenadores conheceram a política por meio dos GTH. Contudo nenhum deles conhecia as diretrizes e os objetivos da política, exceto aqueles que tiveram contato na universidade (graduação, especialização ou docência). Os coordenadores que conheceram a política por meio de cursos de capacitação ofertados pela SMS a viram de forma transversal em atividades que versavam sobre aspectos assistenciais, normalmente o acolhimento inserido numa atividade técnico-assistencial específica.

TABELA 4 ACESSO A MATERIAL INFORMATIVO E TREINAMENTO SOBRE A PNH

	Sim	Não	Não lembra
Recebeu material informativo	16	22	4
Recebeu treinamento	12	30	–

Fonte: Elaboração própria.

No que tange ao *acesso a material informativo*, foi considerado tudo que contivesse alguma explicação sobre princípios, objetivos e estratégias da política. As fontes foram variadas: livro recebido em capacitação (mas que foi perdido), folheto, e-mail da gerência distrital, material impresso recebido em emprego anterior, *slides* impressos, textos xerocados, pesquisa voluntária na internet. Nenhum coordenador informou ter recebido o material produzido pelo MS.

Em relação ao *treinamento*, abrangeu-se desde curso de capacitação até palestras. A tabela 5 mostra que somente um coordenador recebeu treinamento sobre a PNH.

TABELA 5 LOCAL DE REALIZAÇÃO DOS TREINAMENTOS E ASSUNTOS ABORDADOS

Local de realização do treinamento	Número de respondentes	Assunto abordado no treinamento da SMS	Número de respondentes
Empresa em que trabalhava anteriormente	1		
Secretaria Municipal de Saúde	11	SUS (aspectos gerais)	7
		Acolhimento	3
		PNH	1

Fonte: Elaboração própria.

A partir de 2006, a SMS passou a exigir a inserção das atividades de humanização nos relatórios de gestão das UBS. Desse modo, por um lado, os coordenadores deveriam implementar ações de *humanização*, por outro, tiveram pouco ou nenhum acesso ao conteúdo da política. Esse contexto propiciou a apropriação e reformulação: o incentivo institucional para a implementação lado a lado à escassez de recursos institucionais para tal.

O processo de ressignificação pode ser observado por meio da *visão dos atores em relação aos objetivos* da política. Foram citados 29 diferentes objetivos que agrupamos em quatro ênfases.

QUADRO 2 OBJETIVOS DA PNH

Objetivos	Menções	Informações complementares
Foco no atendimento e na assistência		
Total de objetivos citados: 14		
Acolhimento	20	Referido como objetivo e também como estratégia de implementação.
Atender bem	13	—
Outros	32	<ul style="list-style-type: none"> • Considerar não somente fatores biológicos. • Ser resolutivo. • Tratar os pacientes com respeito. • Tornar o atendimento mais personalizado, humano e afetivo. • Atender com equidade. • Sentir-se responsável pelos usuários. • Melhorar a qualidade de vida dos usuários. • Atuar de forma intersetorial. • Realizar grupos de atividades preventivas e testes rápidos. • Garantir a felicidade de todos (usuários e trabalhadores). • Melhorar o acesso. • Garantir o acesso universal independente de crenças.
Foco na relação com o usuário		
Total de objetivos citados: 4		
Educação do usuário	2	Em dois sentidos: o usuário deve conhecer o funcionamento do sistema de saúde e seus problemas e o usuário deve se responsabilizar por sua saúde.
Facilitar o relacionamento entre o usuário e o trabalhador	2	—
Outros	2	<ul style="list-style-type: none"> • Garantir os direitos dos usuários. • Ter bom relacionamento com a comunidade.
Foco no trabalhador		
Total de objetivos citados: 5		
Incremento das condições de trabalho	6	—
Outros	5	<ul style="list-style-type: none"> • Educação permanente. • Saúde do trabalhador. • Acolhimento do servidor. • Humanização do servidor.

Continua

Objetivos	Menções	Informações complementares
Foco na gestão		
Total de objetivos citados: 6		
Gestão compartilhada	2	–
Melhorar a estrutura física da unidade	2	–
Outros	4	<ul style="list-style-type: none"> • Formação do Conselho Local de Saúde. • Formação do Grupo de Trabalho de Humanização. • Organização da rede de assistência. • Realização de festas.

Fonte: Elaboração própria.

Os atores não compartilhavam do mesmo entendimento quanto aos objetivos e, em meio a essa diversidade, percebe-se a interpretação livre e subjetiva da política, a partir do que sugere seu nome. Humanizar, na percepção dos atores, relacionava-se com afeto, felicidade, gentileza, respeito, personalização.

Finalizando este tópico, percebemos que o processo de socialização no plano foi pouco elaborado; ao mesmo tempo, os executores foram chamados a desempenhar as tarefas. Disso resultou uma profusão de entendimentos sobre os objetivos, que, por sua vez, orientaram a definição do que devia ser feito: é possível identificar a aderência das atividades atribuídas à PNH (quadro 1) com os objetivos (quadro 2). Ademais, a delimitação dos objetivos foi fortemente influenciada pelo termo “humanização”. Detectamos aqui a interação entre o plano e o contexto organizacional: numa conjuntura de informações limitadas e determinação organizacional, um elemento ofertado pelo plano serviu de base para a (re)formulação. Nesse sentido, o produto da implementação é altamente ajustado à realidade local, a política derivada expressa a interação dinâmica entre o contexto, a política pública formal e as percepções dos executores.

5.2 CONDIÇÕES ORGANIZACIONAIS

No que se refere à variável *condições organizacionais*, foi considerada a percepção sobre quantidade e qualidade dos recursos humanos e da estrutura física da UBS.

Em relação aos *recursos humanos*, havia uma impressão disseminada de grande carência para desenvolver as ações que a SMS e a comunidade esperavam que a UBS executasse. Do total de entrevistados, 36 consideraram que faltariam recursos humanos e enfatizaram a sobrecarga de trabalho que derivaria dessa situação. Foi recorrente a preocupação com os serviços administrativos, pois não há previsão desses trabalhadores no quadro de pessoal das UBS. Esses serviços eram realizados pelos profissionais de saúde e, em alguns casos, com o auxílio dos seguranças-porteiros. Conforme um informante: “Então quem atende ao telefone? Por camaradagem, o vigilante”.

Os trabalhadores da limpeza e da segurança são terceirizados, e sua participação nas atividades administrativas era voluntária, por isso, variava muito entre as UBS. Além disso, os informantes salientaram que a execução de atividades administrativas pelos profissionais de saúde os desviava das funções assistenciais, colaborando para intensificar a percepção da insuficiência de pessoal. O trabalho administrativo era visto como improdutivo, e sua execução gerava tensão com o órgão central. As falas que seguem são ilustrativas.

Então esse tipo de demanda repetitiva cansa. [Demanda] burocrática, que não vai alterar, no fundo, nada. [A SMS demanda o] número de receitas dispensadas em uma unidade, nada a ver, por quê? Porque uma receita pode ter 30 medicamentos ou um só. Eu tenho um funcionário que vai ter que dispensar igual! Então eu estou dispensando, tem um estoque mensal, eu preciso demandar o número de receitas? Não. Mas eles [SMS] me exigem todo mês o número de receitas dispensadas pela unidade, pra quê? Não te acrescenta nada, não vai mudar o andamento da unidade nem vai botar um auxiliar de farmácia na farmácia.

Nós não temos funcionário administrativo, então os nossos técnicos fazem serviço de balcão, distribuição de medicamentos e outras coisas que não são da competência do técnico, não é? Mas aqui, como todo mundo se ajuda, a coisa acaba funcionando direitinho, mas não seria o correto.

A forte percepção de carência de recursos humanos torna o voluntarismo um elemento central. O esforço pessoal aparece como um importante recurso individual, que é apropriado pela organização para atingir seus objetivos num contexto de escassez. A valorização do esforço individual, que muitas vezes foi responsabilizado pela manutenção do funcionamento das atividades, minimiza o sentimento de impotência e pode até obscurecer a falta de recursos.

Essa situação é ilustrada pelas seguintes falas: “[...] claro que sempre está faltando recursos humanos, isso eu acho que tu vai ouvir em tudo quanto é lugar, tá! Mas eu acho que, com o esforço do pessoal, dá pra fazer”.

Uma pessoa que entra pra fazer esse teste [rápido de HIV] vai levar, no mínimo, 20 minutos. Depois eu tenho que dar a resposta do teste. E eu vou sempre rezar para que dê negativo, mas é claro que eu vou pegar os positivos. Aí, quando a pessoa olha que o teste que deu positivo, que ela está com o HIV [e eu preciso dizer]: eu tenho o próximo [usuário para atender].... Essa parte eu acho que a gente falha.... Na questão... Se a gente for ver a humanização, eu acho que faltam recursos nesse sentido. Se tu me pergunta: tudo funciona muito bem? Funciona porque a gente se esforça muito.

Eu acho que o nosso grupo se esmera nessa atenção. Por serem moradoras, a maioria das técnicas, as antigas, se criaram aqui, então elas conhecem as pessoas. Então algum laço tem de padrinho, de madrinha, de primo, de tio afastado, amigo do vizinho [...]. Então as pessoas se sentem muito comprometidas umas com as outras.

A *qualidade dos recursos humanos* foi abordada por meio da percepção sobre a oferta de cursos de capacitação. Dezoito respondentes afirmaram que há oferta adequada, 14 consideram que falta treinamento e 10 julgaram que capacitação é um tema irrelevante ante a escassez de pessoal. Os cursos de capacitação citados foram voltados a procedimentos técnico-assistenciais, e nenhum respondente mencionou cursos sobre gestão das unidades. A organização da rotina das unidades estava a cargo da equipe de trabalhadores e de sua coordenação. Tal rotina é composta tanto por atividades técnico-assistenciais quanto por atividades administrativas e, na medida em que os trabalhadores não

receberam formação para realizar essas últimas, o que vigorava, nas palavras de um respondente, é a sensação de que “[ficamos] apagando incêndio o dia inteiro”. Pode derivar disso também a forte percepção da carência de recursos humanos, uma vez que os fluxos de acesso e atendimento são definidos com base em critérios variados e forjados na experiência.

No que tange à *estrutura física das unidades*, 30 coordenadores consideraram que era inadequada. Essa avaliação se baseou na carência de espaço para atendimento aos usuários, atividades administrativas e para os trabalhadores (cozinha, descanso, vestiário e banheiro).

Em suma, identificamos uma forte percepção de que os recursos disponíveis para a execução das atividades eram insuficientes; isso abriu espaço para a valorização de um recurso individual: o voluntarismo. Foi ele que preencheu a lacuna deixada pela falta de recursos humanos, treinamento e estrutura física adequada. As características individuais explicariam a manutenção dos serviços num contexto como esse. Para a implementação da política, isso implica a mobilização de valores individuais nas decisões organizacionais, a geração de uma grande variabilidade de condutas e a produção, do ponto de vista gerencial, de baixa governabilidade. Tudo isso foi consubstanciado na formulação local dos objetivos e atividades, conforme vimos.

5.3 CONFORMIDADE DOS IMPLEMENTADORES COM OS PRINCÍPIOS E OBJETIVOS DA POLÍTICA

A variável *conformidade dos implementadores com os princípios e objetivos* foi operada por meio da visão dos respondentes.

A mais disseminada era a de que a PNH não estaria adequada à realidade de constrangimentos e limitações que imperavam nas unidades. Para esses atores, a implementação implicaria uma sobrecarga de trabalho para profissionais que já vivenciam uma rotina extremamente conturbada. Eles enfatizaram que o aumento da demanda de serviços, representada pela multiplicidade de programas que devem ser executados, não vinha acompanhado de recursos para sua realização.

Como já foi apontado, havia uma percepção altamente disseminada de inadequação e carência de condições de trabalho que era resgatada quando os atores refletiam sobre sua atuação na implementação da política. Ilustrativamente, todos os coordenadores acionaram o contexto de carência de recursos gerais quando foram questionados sobre os princípios e objetivos da PNH.

Ademais, percebeu-se certo desconcerto quanto à ideia de uma política que propõe humanizar um serviço prestado por seres humanos a humanos. Além de colocar em xeque certa identidade humanista, os problemas de funcionamento dos serviços passariam a ser decorrentes do comportamento dos trabalhadores, e não da carência de recursos. Conforme uma coordenadora: “o que eu tenho medo, eu vou ser bem sincera, [...] é de que isso acabe sendo usado por parte da gestão [da SMS] para botar tudo [todos os problemas dos serviços de saúde] na responsabilidade do profissional”.

Desse modo, apenas nove coordenadores consideraram a política positiva, embora tenham deixado claro que sua execução seria tortuosa. Esse quadro apontou para um baixo grau de apoio à política.

Essa não conformidade dirigia-se à política formal. Apesar do pouco conhecimento que os atores tinham sobre ela, reconheciam na proposição externa uma nova demanda de trabalho, a ser inserida num espaço sobrecarregado de atividades e sem a contrapartida de recursos. Essa visão se manifestou nas práticas, por meio da redefinição dos objetivos e das atividades.

6. A POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO SEGUNDO A BUROCRACIA IMPLEMENTADORA

Uma pesquisa realizada a partir dos relatórios de gestão das unidades básicas de saúde chegaria à seguinte conclusão: a Política Nacional de Humanização foi implementada nas UBS de Porto Alegre. A partir disso, poder-se-ia dizer que o processo foi um sucesso, dado que todas as unidades teriam desenvolvido suas ações. Esse é o resultado aparente do processo de implementação, atendendo às expectativas e necessidades das organizações envolvidas: MS, SMS e UBS.

Um olhar sobre as dinâmicas de funcionamento das organizações executoras, nesse caso as unidades básicas de saúde, leva a outras conclusões. De fato, foi implementada, e com sucesso, uma Política de Humanização. No entanto, não corresponde às intenções contidas na política formal — embora tenha sido influenciada por ela.

Tal influência se deu por meio de um constante exercício de ressignificação a partir de seu nome: humanização. O termo permite diversas associações: ser afetuoso, atender bem, dar bom dia, ser gentil... Esses entendimentos serviram de base para a expansão do número de atividades que poderiam ser categorizadas como *de humanização*. Em outras palavras, o nome da política pública funcionou como um insumo, para diferentes processos de apropriação e interpretação, eminentemente locais. Esses processos foram perpassados pelos entendimentos prévios dos atores, forjados na formação e/ou na experiência profissional.

Tal dinâmica foi ensejada por mediações entre elementos dos contextos locais de ação *vis-à-vis* a estrutura normativa da política. Nesse sentido, identificamos a conjunção de três situações relacionadas com as condições organizacionais. Primeiro, a exigência feita pelo órgão gestor municipal para inserir as atividades de humanização nos relatórios de gestão. Segundo, a ausência de coordenação de esforços para executar tais atividades: a capacitação nos objetivos e táticas da política. Terceiro, um espaço de implementação impregnado pela percepção de que os recursos seriam insuficientes. Nessa conjuntura, a necessidade de tomar decisões alavancou reformulações contextuais da política.

Isso ocorreu por meio do redesenho dos objetivos e estratégias. Em vez de consubstanciar-se em novas tarefas a serem implementadas, a PNH foi transformada em um rótulo aplicado a ações que já faziam parte da rotina das unidades. Como afirmou um respondente: “tem um monte de coisas que a gente faz que é humanização e nós não sabíamos”. Ademais, a adaptação minimizou a carência percebida de recursos, corrigiu os problemas de gerenciamento do processo, acomodou diferentes demandas e necessidades e, principalmente, possibilitou a implementação. Ressalta-se que o resultado desse processo foi a política tida como possível pelos executores.

Para as organizações, as consequências da reformulação foram as seguintes. Primeiro, o Ministério da Saúde e a Secretaria Municipal de Saúde tiveram suas demandas atendidas. Afinal, a PNH estaria disseminada. Segundo, as UBS cumpriram seu papel de executoras das políticas transmitidas. Dessa maneira, do ponto de vista interno, os burocratas implementadores garantiram seu controle sobre as prioridades e ações. Isso porque a definição do que deve ser feito dentro de uma organização tende a ser motivo de disputa entre os atores. Embora, muitas vezes, seja aceita a ideia de que os órgãos executores não questionariam os objetivos e as estratégias formuladas hierarquicamente, observou-se implementadores que decidem, formulam e disputam o controle de seu espaço de atuação com outros níveis hierárquicos e, inclusive, com outros níveis de governo. Tudo isso, no que tange à política pública, gera uma grande variabilidade de construções e práticas.

O relato feito demonstrou como foi usada a discricionariedade e qual foi a consequência para a política pública, mas também para as organizações envolvidas. Em resumo, ela foi ativada devido ao

contexto de desconhecimento do conteúdo a ser executado, à forte percepção de escassez de recursos e à necessidade de responder às demandas do órgão gestor. Mesclam-se, aqui, variáveis referentes à transmissão da política, às características dos espaços de implementação e aos incentivos do órgão gestor. A discricionariedade foi usada na reformulação da política. E o resultado desse processo foi a implementação de uma Política de Humanização ajustada às demandas e às necessidades dos implementadores, mantendo inalterado o controle sobre os espaços de trabalho.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A burocracia responsável pela implementação da Política Nacional de Humanização construiu um conjunto de ideias peculiares a respeito da política. A amplitude e a multiplicidade dessas percepções foram facilitadas pela ausência de uma socialização desses atores nos marcos da política. Ademais, diante da exigência de que executassem ações de *humanização*, os atores foram adaptando as atividades tradicionalmente desenvolvidas a suas respectivas compreensões do que fosse a política. Com isso, temos uma situação interessante: apesar da carência de treinamento e de pessoal, bem como do entendimento difuso e múltiplo dos objetivos e das estratégias, praticamente todas as unidades implementaram algum tipo de *Política de Humanização*. Usamos o grifo para enfatizar que a política será diferente conforme a compreensão que têm os atores sobre ela. Dessa forma, a política tornou-se uma categoria de entendimento eminentemente local. Esse resultado é fruto do processo de interação entre os incentivos da estrutura normativa com as características dos contextos de implementação. O plano formal forneceu o elemento orientador da adaptação: o termo *humanização*. Tal palavra foi definida de formas diversas e tais entendimentos orientaram a reformulação da política. Por sua vez, a definição de humanização foi mediada pelas dinâmicas organizacionais, pela atuação do órgão gestor e pelos limites e possibilidades das organizações executoras.

REFERÊNCIAS

- BASTIEN, Joelle. Goal ambiguity and informal discretion in the implementation of public policies: the case of Spanish immigration policy. *International Review of Administrative Sciences*, v. 75, n. 4, p. 665-685, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. O HumanizaSUS na atenção básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. (Série B. Textos Básicos de Saúde)
- BRODKIN, Evelyn Z. Bureaucracy redux: management reformism and the welfare state. *Journal of Public Administration Research and Theory*, n. 17, p. 1-17, 2007.
- BRODKIN, Evelyn Z. Policy work: street-level organizations under new managerialism. *Journal of Public Administration Research and Theory*, n. 21, p. 253-277, 2011.
- BROWNE, Angela; WILDAVSKY, Aaron. What should evaluation mean to implementation? In: PRESSMAN, Jeffrey L.; WILDAVSKY, Aaron (Ed.). *Implementation*. 3. ed. Berkeley: University of California, 1984. p. 232-256.
- GOFEN, Anat. Mind the gap: dimensions and influence of street-level divergence. *Journal of Public Administration Research and Theory*, n. 24, p. 473-493, 2014.
- HILL, Michael; HUPE, Peter. *Implementing public policy*. Londres: Sage, 2014.
- HOWLETT, Michael et al. *Política pública. Seus ciclos e subsistemas. Uma abordagem integral*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.
- HUPE, Peter. What happens on the ground: persistent issues in implementation research. *Public Policy and Administration*, v. 29, n. 2, p. 164-182, 2014.
- HUPE, Peter et al. Studying implementation beyond deficit analysis: the top-down view reconsidered. *Public Policy and Administration*, v. 29, n. 2, p. 145-163, 2014.
- LIMA, Luciana L. A implementação da regulação dos prestadores privados no sistema municipal de saúde: os casos de Belo Horizonte/MG e Porto Alegre/RS. In: FARIA, Carlos Aurélio P. (Org.). *Implementação de políticas públicas: teoria e prática*. Belo Horizonte: Editora PUC Minas, 2012. p. 154-181.
- LIMA, Luciana L.; D'ASCENZI, Luciano. Estrutura normativa e implementação de políticas públicas. In: MADEIRA, Lígia M. (Org.). *Avaliação de políticas públicas*. Porto Alegre: UFRGS/Cegov, 2014. p. 50-63.
- LIMA, Luciana L.; D'ASCENZI, Luciano. Implementação de políticas públicas: perspectivas analíticas. *Revista de Sociologia e Política*, v. 21, n. 48, p. 101-110, 2013.
- LIPSKY, Michael. *Street-level bureaucracy: dilemmas of the individual in public services*. Nova York: Russel Sage Foundation, 2010.
- LOTTA, Gabriela S. Desvendando o papel dos burocratas de nível de rua no processo de implementação: o caso dos agentes comunitários de saúde. In: FARIA, Carlos Aurélio P. (Org.). *Implementação de políticas públicas: teoria e prática*. Belo Horizonte: Editora PUC Minas, 2012b. p. 221-259.
- LOTTA, Gabriela S. O papel das burocracias do nível de rua na implementação de políticas públicas: entre o controle e a discricionariedade. In: FARIA, Carlos Aurélio P. (Org.). *Implementação de políticas públicas: teoria e prática*. Belo Horizonte: Editora PUC Minas, 2012a. p. 20-49.
- MAJONE, Giandomenico; WILDAVSKY, Aaron. Implementation as evolution. In: PRESSMAN, Jeffrey L.; WILDAVSKY, Aaron. *Implementation*. Califórnia: University of California Press, 1984. p. 163-180.
- MARQUES, Eduardo. As políticas públicas na ciência política. In: MARQUES, Eduardo; FARIA, Carlos Aurélio P. de (Org.). *A política pública como campo multidisciplinar*. São Paulo: Unesp, 2013. p. 23-46.

MAY, Peter J. Policy design and implementation. In: PETERS, B. Guy; PIERRE, Jon (Ed.). *The Sage handbook of public administration*. Londres: Sage, 2012. p. 279-291.

MULLER, Pierre; SUREL, Yves. *A análise das políticas públicas*. Pelotas: Educat, 2002.

OLIVEIRA, Antonio. Burocratas da linha de frente: executores e fazedores das políticas públicas. *Rev. Adm. Pública*, v. 46, n. 6, p. 1551-1573, nov./dez. 2012.

PINTO, Elisabeth L.; MIDDLEJ, Suylan. Programa Pró-Equidade de Gênero: uma discussão sobre relações entre homens e mulheres na Caixa Econômica Federal. *Rev. Adm. Pública*, v. 46, n. 6, p. 1529-1550, nov./dez. 2012.

PIRES, Roberto R. C. Estilos de implementação e resultados de políticas públicas: fiscais do trabalho e o cumprimento da lei trabalhista no Brasil. *Dados*, v. 52, n. 3, p.735-769, 2009.

SECCHI, Leonardo. *Políticas públicas*. Conceitos, esquemas de análise, casos práticos. 2. ed. São Paulo: Cengage Learning, 2015.

SOSS, Joe et al. The organization of discipline: from performance management to perversity and punishment. *Journal of Public Administration Research and Theory*, n. 21, p. 203-232, 2011.

TUMMERS, Lars. Explaining the willingness of public professionals to implement new policies: a policy alienation framework. *International Review of Administrative Sciences*, v. 77, n. 3, p. 555-581, 2011.

WILSON, James Q. *Bureaucracy: what government agencies do and why they do it*. Nova York: Basic Books, 2000.

ZANI, Felipe Barbosa; COSTA, Frederico Lustosa da. Avaliação da implementação do Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura Familiar — novas perspectivas de análise. *Rev. Adm. Pública*, v. 48, n. 4, p. 889-912, jul./ago. 2014.

Luciana Leite Lima

Doutora em ciências sociais (Unicamp) e professora do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e do Departamento de Sociologia da UFRGS. E-mail: lucianaleitelima@gmail.com.

Luciano D'Ascenzi

Doutor em ciências sociais (Unicamp) e integrante do corpo técnico da Diretoria de Tarifas e Estudos Econômicos da Agência Estadual de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Rio Grande do Sul (Agergs). E-mail: luciano.dascenzi@gmail.com.