

“MARIANA É MINHA FILHA”: CATEGORIZAÇÃO, PROXIMIDADE E DISTÂNCIA TERRITORIAL NA IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS SENSÍVEIS A GÊNERO

Juliana Rocha Miranda

Este artigo insere-se na agenda de pesquisa sobre (re)produção de desigualdades na implementação de políticas públicas (LOTTA; PIRES, 2019; PIRES, 2019), buscando tematizar as desigualdades de gênero em meio à burocracia em nível de rua (BNR). Decisões discricionárias de BNR podem produzir ou reproduzir desigualdades socialmente existentes, em sentido contrário ao pretendido no desenho da política (PIRES, 2019).

Um dos *locus* do exercício da discricionariedade é o processo de categorização (LIPSKY, 2010; MØLLER, 2009). Trata-se do processo cognitivo de julgamento social, que, por meio de classificação e valoração, atua de modo a reduzir ambiguidades sociais e produzir inclusão ou exclusão (MØLLER, 2009). Poucos dos estudos de categorização entre BNR, no entanto, endereçam questões de gênero, especialmente em contextos de alta desigualdade, nos quais a leitura das desigualdades tende a ser mais complexa e multifacetada.

Nesse sentido, a análise a partir de territórios específicos pode ser uma chave para trabalhar essa lacuna. A dimensão local é constituída por atravessamentos diversos da vida dos cidadãos e do funcionamento das políticas públicas (SPINK, 2001).

Nosso objetivo é analisar como se dá a categorização com base em gênero conforme o território de implementação e conforme o grau de proximidade dos profissionais da equipe com o território.

Além desta introdução, o texto está dividido em cinco seções. Na primeira, nós apresentamos as lentes teóricas que mobilizamos para construir a presente análise. Nós mobilizamos noções do debate sobre burocracia de nível de rua e implementação de políticas públicas, bem como dos estudos sobre interseccionalidade para construir uma

abordagem compreensiva sobre as posições sociais das profissionais que entrevistamos, bem como de sua relação com a realidade das pessoas que atendem cotidianamente nos serviços.

Em seguida, apresentamos o caso empírico da pesquisa, os atendimentos em saúde sexual e reprodutiva na atenção primária em saúde (APS), bem como a metodologia adotada. Nós selecionamos o caso por se tratar de um caso crucial (GERRING, 2008) para a compreensão dos atravessamentos de gênero. A pesquisa foi realizada em Unidades Básicas de Saúde (UBS) em territórios com indicadores contrastantes. Realizamos entrevistas semiestruturadas com profissionais de diversas ocupações nas equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) e, ao final das entrevistas, aplicamos uma vinheta, um caso hipotético de gravidez na adolescência, com abordagem qualitativa. Trata-se da história de Mariana, que aparece no título em alusão a uma das reações que obtivemos. As análises foram realizadas por meio do software de análise qualitativa *NVivo*.

Na exposição dos resultados, a nossa primeira tarefa é caracterizar, a partir de dados secundários, os territórios de implementação e, conseqüentemente, as pessoas que nele habitam e usam serviço de saúde. A seguir, fazemos uma breve exposição dos perfis das profissionais que entrevistamos, para discutir qual sua posição social tendo como referência a relação que têm com o território, a região de moradia, os salários, entre outras informações levantadas pelas respostas pessoais do roteiro. A proposta é discutir, ainda que em linhas gerais, quais profissionais são mais próximas e quais são mais distantes, do ponto de vista socioeconômico, das pessoas que atendem.

Depois, nós registramos a apreensão das profissionais sobre diferentes coletividades abstratas, a partir de respostas para a pergunta de “quem é o usuário típico” em matéria de saúde reprodutiva. Embora este fosse o nosso foco no roteiro, a caracterização que as profissionais fizeram dessas coletividades – o público, as e os pacientes – foi feita, sobretudo, em termos de território, pelo estabelecimento de uma relação entre os dois, mobilizando aspectos de comportamento, idade, condição socioeconômica – e, de maneira mais implícita, gênero e raça – das usuárias.

Por fim, nós analisamos as respostas às vinhetas, primeiro pela aderência (familiaridade) que elas têm em cada uma das UBS e, em seguida, pelo mapeamento dos processos de categorização e encaminhamentos propostos. Buscamos classificar os encaminhamentos entre protetivos, protocolares, ambíguos e violadores e identificamos que os dois últimos são relativamente associados a processos de categorização desfavoráveis às usuárias dos serviços.

Na nossa análise, discutimos a existência de processos de categorização territorial de gênero, que operam a relação das múltiplas desigualdades com o território. Buscamos associar esse processo com a (re)produção de desigualdades na implementação.

LITERATURA MOBILIZADA

Nossa proposta de análise busca mobilizar referências da literatura de implementação e políticas públicas e burocracia de nível de rua, bem como estudos que oferecem uma abordagem integrada das desigualdades – a exemplo das análises sobre interseccionalidade.

Categorização na BNR

Maynard-Moody and Musheno (2003) discutem que, ao mesmo tempo em que o trabalho dos burocratas de nível de rua é atravessado por regras e supervisão administrativa, o trabalho é fortemente orientado pelas identidades das pessoas atendidas em relação às crenças e valores dos trabalhadores. Há, assim, uma constante tensão entre as regras e as crenças dos BNR sobre as pessoas: trata-se do conflito entre o cumprimento das regras (*law abidance*) e conformidade cultural (*cultural abidance*).

Os autores argumentam que a coexistência desses dois fenômenos abala a narrativa prevaiente sobre a governança das políticas públicas, a narrativa *state-agent*, que enfatiza o estado democrático de direito, a previsibilidade e a isonomia, por meio da aplicação de leis, regras e procedimentos. A narrativa *citizen-agent*, por sua vez, é



Formação e ação no Campo de Públicas:
identidade, diversidade e tecnopolítica
da democracia republicana

concentrada no que os BNR contam sobre as identidades e o caráter moral das pessoas

que atendem, assim como sua avaliação sobre como essas pessoas reagem nos encontros (MAYNARD-MOODY; MUSHENO, 2003).

Ao enfatizar a prevalência de elementos culturais em relação aos comandos oficiais, os autores oferecem, por meio da narrativa “citizen agent”, a ideia de que os julgamentos são quadros ou mapas mentais que os trabalhadores do nível da rua usam para navegar a tensão entre as regras e suas crenças e valores. Trata-se do raciocínio empregado, o reasoning, que compreendemos, aqui, não no sentido de escolha racional onisciente, mas de lógica situacional ou raciocínio prático que orienta a ação discricionária (HARRITS, 2019a; HARRITS; MØLLER, 2014; MAYNARD-MOODY; MUSHENO, 2003).

A categorização, enquanto processo cognitivo de julgamento, é uma prática social e política que tem como efeito decidir quem é incluído e quem é excluído de certos direitos, obrigações e atitudes de merecimento (MØLLER, 2009). Categorias são princípios organizadores da forma como compreendemos e agimos no mundo e as formas com as quais nos relacionamos e interagimos uns com os outros (HARRITS; MØLLER, 2011). Apesar da existência do debate na psicologia, portanto, tratamos aqui do fenômeno social, que, como discutiremos, ganha contornos e repercussões específicas na operação cotidiana dos serviços públicos.

Em síntese, podemos delinear três aspectos para a categorização (MØLLER, 2009): i) trata-se, ao mesmo tempo, de um mecanismo de agrupamento e prática política: classificação, valoração e estabelecimento de elegibilidade; ii) é um mecanismo redutor de ambiguidades em situações sociais; iii) é um processo social distintivo, que implica inclusão ou exclusão e, portanto, entrega tanto direitos como sanções.

O lugar-território e os processos de categorização

A dimensão territorial da implementação de políticas públicas é muito relevante e ressaltada em diversos estudos (LOTTA, 2019). A dimensão local é constituída por atravessamentos diversos da vida dos cidadãos e do funcionamento das políticas públicas (SPINK, 2001). Nas pesquisas sobre burocracia de nível de rua, temos a



Formação e ação no Campo de Públicas:
identidade, diversidade e tecnopolítica
da democracia republicana

inserção no território como um fator relevante para a formação do exercício da

discricionariedade, graças às redes sociais dos agentes de implementação (LOTTA, 2018). Ou seja, o vínculo com o território é de imensa relevância para o debate da burocracia de nível de rua.

Alguns estudos sobre categorização discutem proximidade e distância social na BNR e chegam a resultados segundo os quais concluem que a categorização é mais benéfica em relação ao público mais próximo (HARRITS, 2019b; HARRITS; MØLLER, 2014). Esse é também um pressuposto que possivelmente decorre das expectativas envolvendo representatividade na burocracia (KENNEDY, 2014). Outras análises pontuam, no entanto, que a proximidade pode ser justamente um gatilho para a criação de fronteiras simbólicas e diferenciação moral dos burocratas de nível de rua (LOTTA; PIRES, 2020; SIBLOT, 2006).

O julgamento operado nesse processo revela uma racionalidade que não é exclusivamente condicionada pelas estruturas organizacionais, numa redução comportamental de decisões, mas tem a ver com uma racionalidade que reproduz certas informações sociais disponíveis sobre os cidadãos-usuários atendidos (MØLLER, 2009). Os discursos sobre o público tendem a envolver proposições generalizantes dos traços mais reprováveis, percebidos como ofensivos, perigosos e imorais. Remetem a provas de incompetência, irracionalidade, desrespeito, de preguiça, de incapacidade de criar os filhos ou gerir a própria renda, de desonestidade, agressividade, etc, o que se atribui a um meio social (SIBLOT, 2006a). Os detalhes e características usado para essas avaliações são concretizações dos julgamentos morais dos BNR, de suas reivindicações cognitivas sobre como as coisas são (MAYNARD-MOODY; MUSHENO, 2003). Há ainda poucos estudos que analisam a dimensão de gênero na marcação de identidades pelos burocratas de nível de rua (BISGAARD; PEDERSEN, 2021).

Múltiplas desigualdades e interseccionalidade

A preocupação de fundo – que justifica e orienta este trabalho – são as consequências da (re)produção de desigualdades na implementação para os usuários dos serviços. Em



Formação e ação no Campo de Públicas:
identidade, diversidade e tecnopolítica
da democracia republicana

articulação de uma perspectiva multidimensional e interseccional da desigualdade social

– não somente desigualdade econômica – com os processos e atores envolvidos na implementação de políticas públicas, Pires (2019) alerta que, além dos já reconhecidos níveis de incerteza da implementação (ARRETCHE, 2001), é preciso atenção aos efeitos não pretendidos, que, além de inesperados, incidam sobre o alvo da intervenção da política pública, mas em efeito oposto ao pretendido.

O autor chama esses desdobramentos de “efeitos sociais da implementação” e explica que se trata do “conjunto de repercussões que o envolvimento com um serviço ou uma política pública. pode gerar sobre a posição, a trajetória e a identificação social de um sujeito”, acarretando repercussões materiais e simbólicas (PIRES, 2019, p.19). Além disso, é preciso entender que, considerando as diferentes posições sociais dos sujeitos em sociedade, a reprodução de desigualdades na implementação tem o potencial perverso de aumentar a vulnerabilidade de indivíduos que já se encontram em situação desfavorável (DUBOIS, 1999; LOTTA; PIRES, 2020; PIRES, 2017a, 2019; SIBLOT, 2006b).

Nesse sentido, chamamos a atenção para as desigualdades do contexto urbano brasileiro, incluindo as questões de gênero e, tendo em vista a discussão empírica, a saúde reprodutiva.

No panorama histórico dos movimentos feministas, embora tenha havido muitas conquistas e reconhecimento de direitos, persistem desigualdades e injustiças, que se dão entre homens e mulheres, mas também entre estas, que não são um todo homogêneo e encontram-se diferentemente posicionadas na sociedade em relação a raça, classe, etnia, sexualidade, religião e geração (BIROLI, 2018b; BIROLI; MIGUEL, 2015; DAVIS, 2016; HOOKS, 1984). Os diferenciais socioeconômicos, étnico-raciais e regionais, na saúde reprodutiva, portanto, são de enorme relevância, porque implicam posicionamentos diferentes em relação à cidadania, às liberdades e autonomia das mulheres.

Diante disso, é central para a discussão situar o debate sobre reprodução em sua dimensão política, de viabilização do exercício da autonomia e liberdade. Os direitos reprodutivos são eixo central da autonomia de homens e mulheres. Não poder controlar



Formação e ação no Campo de Públicas:
identidade, diversidade e tecnopolítica
da democracia republicana

a capacidade reprodutiva compromete a autonomia na definição da própria trajetória.

Assim, as questões relativas à reprodução têm a ver com o cotidiano das pessoas, mas sua definição e efetividade têm sido historicamente distintas para homens e mulheres – além das clivagens entre homens e entre mulheres, obviamente, quando consideramos que a referência para reprodução é a heteronormatividade, junto de padrões de raça, comportamento, idade, condição de saúde, entre outros (BIROLI, 2018b; RUBIN, 2017).

CONTEXTO E MÉTODOS

Nesta seção, nós apresentamos o caso empírico estudado, a seleção de caso, a coleta e análise dos dados.

A saúde sexual e reprodutiva na APS

Os atendimentos em saúde sexual e reprodutiva foram selecionados, porque permitem entrever os processos de categorização envolvendo gênero, por tratarem da reprodução e exercício da sexualidade humana. Ou seja, essa é a escolha de um caso “crucial”, que melhor nos ajuda a evidenciar o fenômeno em discussão (GERRING, 2008).

Como se sabe, historicamente, a temática da saúde sexual e reprodutiva foi tensionada por diferentes perspectivas políticas, que variam, por exemplo, entre o ideário religioso cristão, mais conservador, e a defesa de direitos das mulheres e das populações LGBTQIA+ (BAXANDALL; GORDON, 2005; BIROLI, 2018; DAVIS, 2016). Como resultado desse conflito, as políticas públicas brasileiras voltadas ao tema têm algum grau de ambiguidade (MATLAND, 1995) e podem ser entendidas como sensíveis a gênero, já que mesmo sem o compromisso explícito com a transformação das desigualdades (MARCONDES; DINIZ; FARAH, 2018), elas incorporam, majoritariamente, uma perspectiva de direitos. Além disso, o tema da saúde sexual e reprodutiva permanece socialmente contencioso, o que deixa em aberto a pergunta a respeito da implementação de políticas públicas com esse escopo por burocratas de nível de rua.

Nós analisamos a problemática a partir da atenção em saúde sexual e reprodutiva na Estratégia de Saúde da Família (ESF). Na atenção primária à saúde, os atendimentos

voltam-se para contracepção, pré-natal e prevenção a infecções sexualmente transmissíveis. A escolha pela ESF justifica-se pela ancoragem territorial dessa política pública.

Desenho de pesquisa

Para conduzir essa análise, selecionamos duas Unidades Básicas de Saúde (UBS), os serviços que implementam a ESF, em territórios com indicadores socioeconômicos contrastantes no contexto de uma mesma metrópole (São Paulo). Os índices consultados para essa definição das UBS foram o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M)¹ e o Mapa da Exclusão/Inclusão Social do Município de São Paulo², ambos de 2010. Ainda, fizemos uma busca no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)³ para verificar quais unidades implementam a ESF e nos certificamos de que as duas unidades selecionadas eram geridas pela mesma Organização Social de Saúde (OSS).

Como métodos, em primeiro lugar, nós mobilizamos análise documental para compreender o contexto formal da atenção em saúde sexual e reprodutiva. Também consultamos documentos sobre os salários das profissionais entrevistadas (informação publicizada pela OSS). Além disso, nós realizamos entrevistas semiestruturadas. O roteiro aplicado continha perguntas sobre a vida pessoal das profissionais, seu cotidiano de trabalho com saúde sexual e reprodutiva e pedidos de histórias e reflexões sobre os usuários do serviço, com foco nas demandas de saúde reprodutiva (ANEXO ROTEIRO)

Ao final da entrevista, aplicamos uma vinheta. Essa técnica consiste em apresentação de imagens, vídeos ou textos criados para estimular pessoas entrevistadas a responder o que fariam diante de situações concretas, que, embora fictícias, buscam se aproximar ao máximo de situações reais. estudos qualitativos que se utilizam de vinhetas,

¹ Medida composta de indicadores de três dimensões do desenvolvimento humano: longevidade, educação e renda. O índice varia de 0 a 1. Quanto mais próximo de 1, maior o desenvolvimento humano.

² Metodologia que utiliza linguagens quantitativas, qualitativas e de geoprocessamento na produção de índices

territoriais intraurbanos que hierarquizam regiões de uma cidade quanto ao grau de exclusão/inclusão social.

³ Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde: <http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp>.

diferentemente, deixam abertas as opções de resposta e exploram as reações ao pedir que o entrevistado “pense alto”, isto é, compartilhe sua interpretação, de forma abrangente, sobre as informações apresentadas. Assim, em lugar de focar numa decisão final, a vinheta permite acessar o raciocínio prático feito pelo BNR e a criação de significados em seu cotidiano (HARRITS, 2019a).

A nossa vinheta foi construída com base em experiência prévia de campo com profissionais da atenção básica em saúde e pesquisa de campo preliminar especificamente sobre saúde sexual e reprodutiva. Nós propusemos um caso hipotético de gravidez na adolescência combinada com elementos indicativos de vulnerabilidade social, conforme texto a seguir:

Vinheta

Imagine uma adolescente de 15 anos chamada Mariana. Ela está grávida. Ela mora com a mãe, o padrasto e dois irmãos. A mãe dela está procurando emprego e o padrasto é porteiro de condomínio. Mariana queria começar a trabalhar, mas desistiu quando engravidou. Ela sempre frequentou a escola, tem muitos amigos e gosta muito de ir a festas. Estava saindo menos desde que começou a namorar Robson. Ele tem 17 anos, mora na rua de baixo e estuda na mesma escola que ela. Robson não trabalha e todo final de semana joga bola com os amigos. De vez em quando ele faz uns bicos empacotando compras no supermercado. Mariana costumava vir ao posto todo mês pegar a pílula. Disse que estava tomando normalmente e não sabe o que aconteceu. Agora Mariana está no 5º mês de gravidez e só fez duas consultas de pré-natal. Faltou em três agendamentos. Ela diz que tem preguiça de ir até a UBS, porque sempre marcam a consulta muito cedo.

Coleta e análise de dados

Ao todo, foram realizadas entrevistadas 33 profissionais, dentre os quais somente um era homem (M3UBSB). Foram entrevistados diferentes tipos de profissionais: 12 ACS, 4 enfermeiras, 4 auxiliares de enfermagem, 5 médicas, 6 profissionais das equipes NASF e 2 gerentes (ANEXO – PERFIL DE ENTREVISTADAS).

Todas as entrevistas foram gravadas, transcritas e posteriormente analisadas com apoio

do software de análise qualitativa *NVivo*. A análise foi realizada por meio de uma

codificação temática (CHARMAZ, 2006). A primeira abordagem foi a codificação dos elementos que nos permitiram construir a relação de proximidade-distância das profissionais com o território, como grau de profissionalização, salários-base, raça (autodeclarada), residência ou não no território, meio de transporte cotidiano e elementos de trajetória de vida e profissão (se tem origem no território, se foi para a faculdade imediatamente após o ensino médio, se a universidade era pública ou privada, se teve bolsa etc).

A seguir, selecionamos todos os trechos, nas entrevistas, que fazem alusão aos territórios e aos pacientes, para, posteriormente, codificar os processos de categorização que enfatizam a dimensão territorial.

Por fim, codificamos a aderência ou não das vinhetas à realidade das profissionais, como mais uma forma de discutir a proximidade ou distância da questão apresentada; codificamos as categorizações e raciocínios empregados nas vinhetas, bem como os encaminhamentos potencialmente realizados pelas profissionais.

RESULTADOS

Nesta seção, nós apresentamos os resultados da análise de dados em quatro subseções. A primeira busca caracterizar os territórios A e B, para contextualizar a implementação nas respectivas UBS. A segunda visa posicionar socialmente as profissionais em relação aos territórios. Na terceira, nós expomos a forma como os territórios são implicados no que chamamos de processos de categorização territorial. Por fim, na quarta subseção, nós discutimos a aderência das profissionais às vinhetas, bem como os encaminhamentos propostos.

As UBS nos territórios A e B

Na escala do distrito administrativo municipal, os territórios onde se encontram a UBS A e a UBS B são muito diferentes: o Distrito B tem 11 vezes o tamanho do Distrito A e sua população é 8 vezes maior, segundo dados do Censo do IBGE de 2010⁴.

A renda média do Distrito B é R\$ 2.500,00, enquanto a do Distrito A é de R\$ 7.000,00; e 56,8% da população do distrito B é preta e parda, mas somente 11,1% da população do distrito A autodeclara-se assim (IBGE, 2010). Ainda, a população feminina do Distrito B é de 51,5% distrito B, enquanto do Distrito A é 54, 9%; a população jovem (0-29 anos) compões 48,5% do Distrito B e 26% do distrito A. Sem pretensão de comparar sistematicamente os dois territórios, entendemos que esses dados são indicativos das diferenças entre as duas regiões, como outros exemplos que apontamos aqui, a partir de projeções sistematizadas no Mapa da Desigualdade 2020, produzido pela Rede Nossa São Paulo³⁴ ou de consultas feitas no DATASUS. Segundo essas fontes, também ilustram as diferenças de registros sobre habitação, acesso a transportes, gravidez na adolescência, mortalidade materna, mortalidade infantil, cobertura pré-natal, por exemplo.

Uma pista para entender os dados relativos às mortalidades materna e infantil está na cobertura pré-natal, que varia em número de consultas nos dois distritos, sendo no A um total de 619 acompanhamentos e, no B, 6.405.

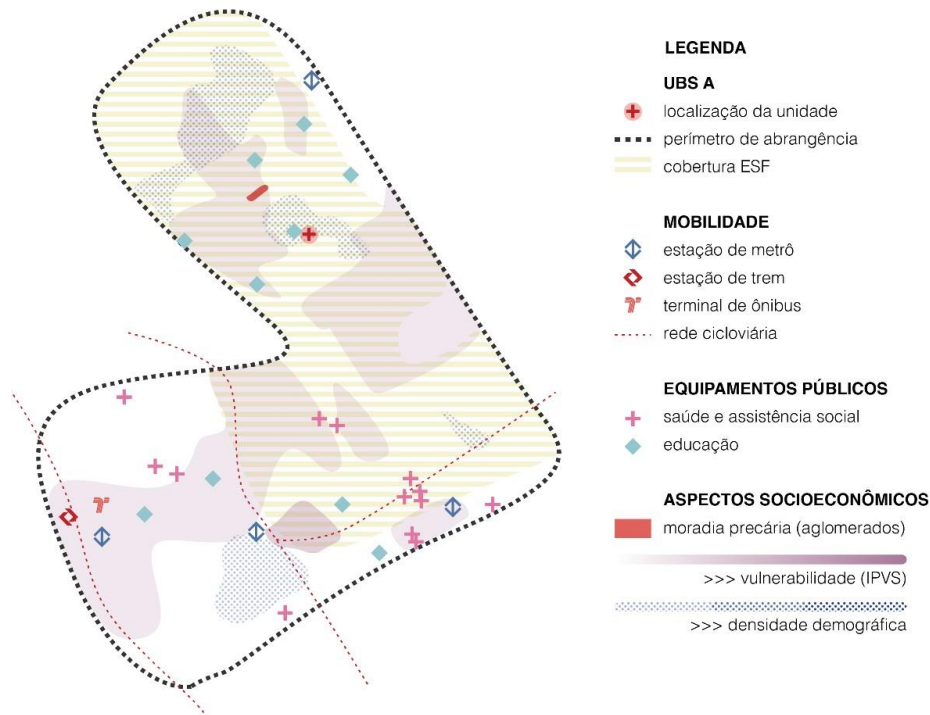
Uma escala mais próxima a ser considerada é a da área de abrangência da UBS, que buscamos representar nas ilustrações abaixo, ao georreferenciar informações sobre vulnerabilidade, precariedade habitacional, densidade demográfica, mobilidade, localização da UBS, cobertura da ESF e outros equipamentos públicos no perímetro⁵.

A área da UBS A é de aproximadamente 4,7 km² e abriga uma população total de cerca de 53.130 habitantes – dos quais 84,30% são brancos; 8,65% são pardos; 2,42% são pretos; 4,52% são amarelos; e 0,07% são indígenas. A abrangência da ESF no território é de mais ou menos metade da área. Além disso, na área encontram-se equipamentos de educação (10), assistência social (7) e outros serviços de saúde (6). Do ponto de vista

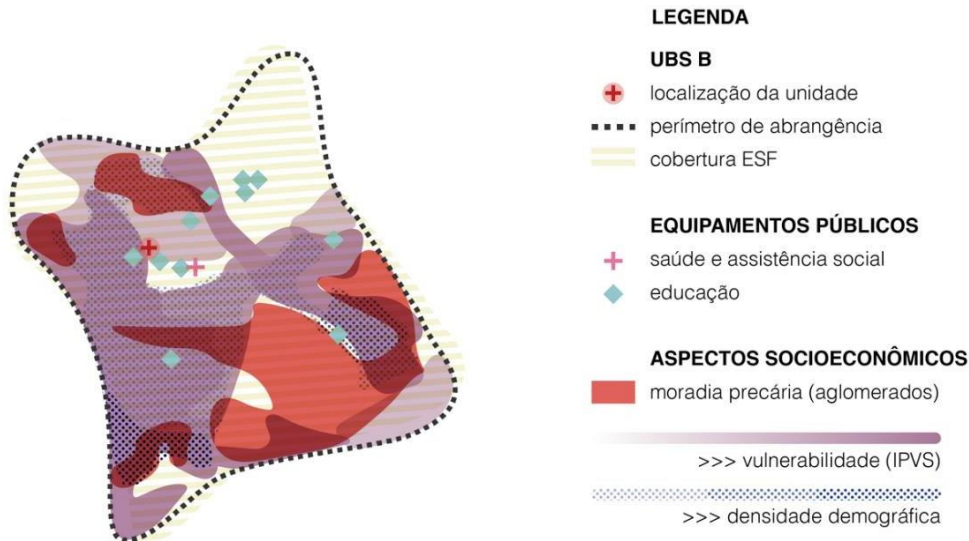
⁴ Censo mais atual à época da realização da pesquisa.

⁵ Nós distorcemos os contornos do perímetro e mantivemos a localização aproximada das informações georreferenciadas, para evitar identificação das unidades.

da mobilidade urbana, a área é bastante servida por estações de trem/metrô, um terminal de ônibus e rede cicloviária. Sintetizamos essas informações na Ilustração 1.



Comparativamente, a área da UBS A é quase 2,5 vezes a área da UBS B, que tem por volta de 1,9 km² e 28.998 habitantes. Destes, 41,47% são brancos; 49,32% são pardos; 8,47% são pretos; 0,64% são amarelos; e 0,04% são indígenas. O território inteiro é coberto pela ESF e a presença de outros equipamentos públicos é muito menor do que na região A, à exceção de educação (10), já que, além da UBS, há somente um equipamento da assistência social. Também em termos de mobilidade urbana, a região é mais desfavorecida: não conta com estações próximas de trem e metrô, tampouco de terminal de ônibus. As informações estão registradas na Ilustração 2.



A região B tem maior densidade demográfica, mais precariedade urbana e concentra mais manchas de vulnerabilidade. Ao mesmo tempo, trata-se da região menos servida por equipamentos públicos e estruturas de mobilidade urbana. Comparativamente, enquanto na UBS A são 4 equipes de ESF, na UBS B são 10. Fisicamente, as unidades são muito distintas: a UBS B é muito maior e tem mais movimentação e demanda.

As profissionais nos territórios

Ao serem da mesma OSS, as profissionais de cada grupo têm os mesmos salários-base nas duas UBS (ANEXO X – Salários-base na OSS).

Decorrente do grau de profissionalização, os salários são indicativos das diferenças de posição social entre profissionais: as ACS têm os menores salários, seguidas pelas auxiliares de enfermagem. As profissionais com Ensino Superior têm rendimentos melhores, sendo as médicas as mais bem remuneradas.

Em relação ao vínculo com o território, por definição da ESF, as ACS moram, obrigatoriamente, na área de abrangência da UBS. Na UBS B, aliás, são as únicas e todas as demais moram a distâncias variadas: enquanto as médicas e gerente moram mais longe, em distritos mais bem posicionados do ponto de vista socioeconômico, as auxiliares de enfermagem moram mais perto, no mesmo distrito ou em um vizinho

imediatos. Este é o caso também das enfermeiras, tendo uma delas, inclusive, crescido no bairro da UBS e saído de lá quando se casou. As profissionais apresentaram variações também na forma como vão ao trabalho: as médicas costumam ir de transporte privado ou público de uso individual, enquanto as enfermeiras e auxiliares, usam transporte público e, às vezes, o combinam com caronas de seus companheiros e de colegas da unidade, para parte do percurso.

Na UBS B, mais profissionais autodeclararam-se pretas ou pardas : 4 ACS, 2 auxiliares de enfermagem e 2 enfermeiras. No caso da UBS A, as ACS e as auxiliares de enfermagem têm renda menor que a média da região onde atendem, enquanto o salário das médicas e enfermeiras é compatível MAIOR? PRÓXIMO? com a média do território. Na UBS A, autodeclararam-se pretas ou pardas 1 enfermeira, 1 auxiliar de enfermagem e duas ACS. Quanto ao vínculo com o território, além das ACS, uma médica, uma enfermeira e uma profissional NASF moram na área de abrangência da unidade e vão andando para o trabalho. As três mencionaram *“fazer tudo na região”*, inclusive para *“fortalecer o comércio local”* (M1UBSA). Diferentemente das ACS, no entanto, essas profissionais não moram na área mais vulnerável do território (cobertura da ESF), mas justamente na parte mais favorecida. As demais profissionais com ensino superior, incluindo a gerente, moram em distritos vizinhos, igualmente bem avaliados nos rankings socioeconômicos e usam automóvel privado, em sua maioria, para ir até a unidade. Ainda, as auxiliares de enfermagem informaram morar em regiões periféricas, ambas fora da região administrativa (zona) onde trabalham e uma, inclusive, fora da capital, na grande São Paulo.

Categorização territorial

Nas entrevistas, ao falar de “território”, “área” ou “região”, as profissionais podem estar se referindo à área de abrangência da UBS, à microárea de atuação da equipe de ESF da profissional e ao bairro e/ou distrito. Para nós, no entanto, não interessa separar as categorizações de acordo com escalas administrativas, mas sim a narrativa sobre o contexto em que se insere a UBS e como isso se articula aos “tipos” de paciente.

O público da região da UBS A é principalmente descrito como **“idoso”**: as e os pacientes

são **“mais idosos”**, têm **“entre 60-80 anos”**. O outro perfil bastante mencionado foi o

de **“trabalhador”** ou **“trabalhadoras da região”**, na medida em que muitos dos atendimentos de pré-natal e aplicação de injeções contraceptivas, por exemplo, são para mulheres que trabalham nos comércios locais e casas do entorno. Por fim, muitas respostas enfatizaram que há poucas grávidas na região, quase nenhuma criança, poucos adolescentes e jovens. Algumas destacaram que é pouco o trabalho com reprodução ou saúde sexual e saúde reprodutiva.

Além disso, os processos de categorização dos pacientes que são bastante associados com o território. A região A é descrita como uma **“região nobre”**, um **“oásis”** em São Paulo, com público **“de melhor poder aquisitivo”**, mais **“esclarecido”** – que inclusive tem convênio, onde eventualmente faz parte do acompanhamento, ou pode comprar medicamentos que eventualmente faltem na rede pública, como os suplementos para gestantes.

A demanda de trabalho é pequena, sobretudo em matéria de saúde reprodutiva, quando algumas profissionais comparam com outros lugares da periferia em que atuaram, onde haveria muitas grávidas adolescentes, muitas pessoas com sífilis, sem convênio, enfim, onde **“a coisa é bem feia”**. Destaca-se, ademais, que as características da região A também estiveram associadas a **“mais cuidado”** e **“melhor controle da reprodução”**, assim como a **“mais aderência”**, já que, ali, as grávidas **“fazem o pré-natal direitinho”**.

“Assim, de pré-Natal eu acho que é um dos lugares que eu menos tenho menos gestantes. Eu acho que eu devo ter em torno de umas dez, onze gestantes atualmente. Eu já trabalhei em UBS que eu tinha 33 gestantes na minha rotina. Eu acho que pelo...pela característica do bairro também, né. (...) Não sei se a [GUBSA] chegou a comentar, mas, assim, é um bairro que tem muito idoso. É um dos bairros que mais tem idosos em São Paulo. A gente pensa ‘a [REGIÃO A] é jovem, né’. É um dos bairros onde tem uma maior população idosa de São Paulo. Então, assim, a gente atende uma população bem idosa. O perfil do que a gente atende, assim...às vezes eu olho a minha agenda, às vezes eu acho um ou outro que é mais jovem. Mas a grande maioria é acima de 60.” (M1UBSA)

“Acho que pelo poder aquisitivo das mulheres aqui. Elas têm melhor educação, acesso à saúde pelo convênio, então elas não acessam tanto o SUS como na periferia.” (E2UBSA)

“O público da minha micro... Eu trabalho na área mais nobre, então é um público de um poder aquisitivo maior e que tem mais controle, eles evitam mais. Eles evitam. Todos como o pessoal...costuma tomar anticoncepcional.” (ACS3UBSA)

Essas avaliações são bastante distribuídas entre as diferentes profissionais, da gerente

à ACS. Em menor quantidade, foram levantadas ressalvas e aspectos negativos da

região, com menções a sua heterogeneidade, por ter algumas **“áreas vulneráveis”**, inclusive com cortiços e habitações mais precárias, algumas pessoas em situação de rua e algumas empregadas domésticas da região. A maior parte das ressalvas foi levantada pela assistente social do NASF, que apontou como vulneráveis e em risco, principalmente, os moradores antigos da região, que vêm sendo expulsos ou moram em **“becos e comunidades”**.

Quanto à região da UBS B, a caracterização mais frequente entre médicas, enfermeiras, gerente e profissionais NASF é de que se trata de uma área **“vulnerável”** ou **“carente”** – o que caracteriza também o público, a população e as famílias da região. Nesse aspecto, algumas falas articulam percepções sobre desigualdade e injustiça social, como a da gerente, que descreveu as famílias como “esquecidas pelo poder público e pela sociedade”. Os processos de categorização classificam as **“famílias”** entre as da **“área de ocupação”**, as de **“área sem saneamento básico”**, **“sem moradia decente”** e os **“quintais com muitas casas”**.

As ACS, na UBS B, não usaram as expressões **“vulnerável”** e **“carente”** para descrever o território e ativeram-se a aspectos relacionados às pacientes, embora uma delas tenha mencionado a **“área do conjunto habitacional”**, que recebeu famílias anteriormente **“desabrigadas”**. Os julgamentos que compartilham com as demais são de que se trata de **“uma área bem fértil”**, com grande número de gestantes, muitas das quais são adolescentes. Trata-se, ainda, de uma **“região com muitas infecções e reinfecções por sífilis”**. Mas a descrição também não é homogênea e ressalvas foram introduzidas com base no tamanho da abrangência territorial da UBS: como se trata de uma unidade muito grande, com muitas equipes de ESF, há uma certa heterogeneidade na região, a exemplo de “uma microárea de outra equipe”, onde as pacientes têm convênio.

Contudo, esse tipo de categorização foi bastante excepcional e a maior parte das características eram relacionadas e valoradas com avaliações sobre o público nunca sair do território e, portanto, não ter outras perspectivas, gostar de ter filhos, engravidar mesmo tendo suporte da família e informação sobre contracepção. Não aderir à contracepção, aliás, é colocado como um problema das **“mulheres que têm como**



Formação e ação no Campo de Públicas:
identidade, diversidade e tecnopolítica
da democracia republicana

planejamento de vida reproduzir independente de qualquer coisa” e das

“adolescentes que acabam tendo vários filhos”. As vidas dessas mulheres, ademais, são consideradas na dimensão de seus relacionamentos: mulheres que têm mais de um parceiro, mulheres que se casam várias vezes ou, ainda, que engravidam para manter o marido. A menção ao público masculino, mais rara, foi relativa à ausência dos homens nos atendimentos de pré-natal e na participação dos grupos de planejamento para fazer vasectomia.

“(…) a minha área não é uma área velha, então é uma mulher de 25 a 35 anos, com 2, 3 filhos, às vezes mais de um parceiro, já está num terceiro casamento, essas coisas. E a maioria não trabalha, né. Parece que o filho... ela tem filho para manter o relacionamento, manter uma estabilidade social. Mas aí não dá certo, pula para outro marido, tem outro filho... Meio que assim. É bem precária essa área. (M3UBSB)

As pacientes bem vistas são, por exemplo, as **“adolescentes que entendem que anticoncepcional é o pulo do gato”**, as **“gestantes que gostam de acompanhar”**. Em uma das entrevistas, a ACS estava particularmente orgulhosa em compartilhar que, na sua microárea, tinha somente 7 gestantes, nenhuma delas era menor de idade, maior parte era casada e suas gestações foram planejadas:

“A gente conversa bastante, tem uma...uma comunicação bem legal com todas as gestantes da minha área. Eu não tenho nenhuma menor de idade, todas elas são maiores de idade, todas são casadas. Foi uma gravidez planejada, né, não foi uma coisa assim 'ah, aconteceu'. (...) Graças a Deus eu não tenho problema, todas as minhas gestantes gostam de acompanhar e acompanham bonitinho, apesar de eu ter bastante, elas sempre vêm.” (ACS4UBSB)

Análise das vinhetas: a proximidade-distância na marcação de identidades e encaminhamentos em potencial

Na UBS A, a vinheta foi recebida como atípica ou excepcional para a região, pelas entrevistadas, quando perguntadas se conheciam alguma situação parecida ou se atendiam aquele tipo de demanda. Dentre as respostas “sim”, duas tratavam do mesmo caso – o “caso Regina”⁶ –, que identificavam por meio do nome da paciente e trataram como excepcional: “Não. Não tive nenhuma gestante assim, exce...só a Regina.” (ACS5UBSA). A história da Regina, marcada por gestação, resistência ao serviço e uso



Formação e ação no Campo de Públicas:
identidade, diversidade e tecnopolítica
da democracia republicana

⁶ Nome fictício.

de drogas, foi apresentada como um caso de paciente difícil, que marcou a equipe na busca por soluções. As demais respostas afirmativas tratavam de casos que as profissionais ouviram falar, mas não atenderam. Já as respostas negativas, que foram maioria, aludiram ao fato de gravidez na adolescência não ser algo típico da área ou região:

“Então, nessa UBS. Que idade que ela tem? 15 né? Eu não tenho nem gestante... Eu tenho acima de 19 anos. Eu tenho mais gestante com mais idade do que com menos idade. É uma característica dessa unidade, entendeu? Eu não tenho gestante adolescente. Eu só tenho gestante assim, mais... Chega? Difícil. Porque é a trabalhadora, né? São as gestantes trabalhadoras da região.”
(GUBSA)

Entre as profissionais que responderam negativamente, quase todas afirmaram que já ouviram falar desse tipo de situação ou que já tinham atendido casos parecidos, mas em outras regiões que trabalharam, não na UBS A

Por outro lado, na UBS B, a vinheta foi recebida como um caso mais frequente no território. Um sinal disso foi a reação de uma das ACS, ao fim da leitura da vinheta, antes mesmo de ser questionada a respeito: “Mariana é minha filha! [Risadas]. É um caso típico!” (ACS6UBSB). Outras respostas focavam na recorrência desse tipo de caso na unidade.

Eu tenho um caso bem parecido com esse. A menina de quinze anos que engravidou. Elas usam mesmo, geralmente, essa fala, de que estavam fazendo uso da medicação direitinho e não sabe como engravidou, né. (ACS4UBSB)

Percepção das profissionais sobre aderência da vinheta ao contexto territorial

	UBS A	UBS B
Sim	5	15
Não	11	2

Diante do caso apresentado, todas as entrevistadas apresentaram possibilidades de encaminhamentos para o caso, mas somente 16 fizeram considerações acerca das identidades em jogo. As categorias marcadas são **adolescente** (em referência à Mariana e a mulheres adolescentes), **mãe**, **família** e **gestante**. As menções à adolescente são maioria. Nesse grupo, 7 profissionais acionam essas categorias para levantar possibilidade sobre o problema ou identificar dificuldades enfrentadas pela usuária (ex: *adolescentes gestantes sofrem muito, adolescente não foi orientada pelo sistema de saúde etc*). Essa é uma forma de categorização mais favorável às usuárias. No entanto, a maior parte dos processos de categorização identificados (12 entrevistadas) classifica negativamente as personagens e coletividades representadas por elas, de acordo com seu comportamento. A maior parte das classificações diz respeito à adolescente(s), que é associada a adjetivos como *resistente, preguiçosa e irresponsável*. O número de profissionais que faz categorização desfavorável é semelhante nas duas UBS (6 na UBS A e 5 na UBS B) e não tem conteúdo diferente por profissão.

No que diz respeito aos encaminhamentos, as respostas apresentavam múltiplas possibilidades. Algumas eram sobrepostas, enquanto outras eram apresentadas como alternativas, no caso de o encaminhamento anterior falhar. De um modo geral, destacam-se como encaminhamentos *discutir o caso em equipe, realizar mais visitas, mudar horário da consulta, conversar com adolescente*. Em menor quantidade, também houve encaminhamentos de *conversar com mãe de adolescente, conversar com o pai da criança e realizar o pré-natal em casa*. Mais importante do que a ação proposta no encaminhamento, por sua vez, era o raciocínio que justificava ou acompanhava o encaminhamento, que podia ser mais favorável ou desfavorável às usuárias. Nós classificamos os raciocínios dos encaminhamentos em quatro tipos principais:

- **Protetivos**: encaminhamentos nos quais as profissionais ativamente buscam promover direitos, seja dentro de sua atribuição (ex: recomendar que a adolescente peça reconhecimento de paternidade) ou com esforço extra (ex: recomendar vagas de emprego ou oportunidades de estudo).
- **Padronizados**: encaminhamentos que as profissionais mostraram-se habituadas a fazer diante do tipo de caso apresentado ou de casos semelhantes. A

padronização costuma decorrer das leis e dos comandos da gerência, que podem ser alimentados pela prática dos profissionais da linha de frente. De um modo geral, são encaminhamentos alinhados com os princípios da ESF, a exemplo de *discutir o caso em equipe e mudar o horário da consulta* são soluções bastante padronizadas.

- Ambíguos: encaminhamentos nos quais não ficou claro qual o preenchimento da ação, mas que deixam margem para ação protetiva ou violadora de direitos. Em alguns casos, são veiculados por profissionais que fazem categorização desfavorável. São exemplos as situações em que as profissionais dizem que precisam “responsabilizar” a adolescente e a mãe ou “convencê-las” a fazer acompanhamento.
- Violadores: encaminhamentos nos quais as profissionais indicam ações violadoras de direitos, como intervir no corpo das mulheres sem autorização, causar constrangimento ou coação.

Não existe muita diferença entre os tipos de encaminhamento por UBS. Chamamos atenção, no entanto, para o fato de que os profissionais que fazem esse tipo de encaminhamento, na UBS B, são os mais distantes do território: um médico, uma médica e uma profissional NASF.

	UBS A	UBS B
Protetivo	7	5
Padronizado	10	15
Ambíguo	7	8
Violador	1	3

Por fim, fizemos alguns cruzamentos de códigos para verificar sobreposição entre os encaminhamentos ambíguos e i) a categorização territorial ao longo das entrevistas, ii) a categorização desfavorável nas vinhetas e iii) os encaminhamentos violadores:

- Duas profissionais que fazem encaminhamentos violadores, também fazem encaminhamentos ambíguos (AE2UBS A e AE2UBSB).

- Seis profissionais que fazem encaminhamento ambíguo, fazem categorização desfavorável, sendo três em cada UBS (ACS3UBSA, ACS5UBSA, NASF2UBSA, ACS4UBSB, AE1UBSB, NASF2UBSB).
- 14 profissionais que fazem encaminhamento ambíguo fazem categorização territorial, sendo metade em cada UBS (5 ACS, 1 médico e 1 profissional NASF na UBS B; 4 ACS, 1 enfermeira, 1 auxiliar de enfermagem e 1 profissional NASF na UBS A).

Discussão

Nesta seção, fazemos uma breve retomada dos resultados, à luz das lentes de discussão que propusemos neste artigo. Ao caracterizar as UBS nos territórios A e B, nós observamos que o território B é mais vulnerável. Ou seja, considerando os múltiplos atravessamentos e relevância que os territórios têm para o encontro dos cidadãos com os serviços públicos (SPINK, 2001), estamos lidando com contexto de implementação, de uma mesma política pública, que são relativamente contrastantes. No caso analisado, o território B é mais vulnerável.

Além disso, os agentes centrais na implementação de políticas públicas, organizados em equipes multiprofissionais, não têm a mesma relação com os territórios de implementação. De um modo geral, os mais pobres têm maior proximidade com a região vulnerável do que aqueles com maior renda e status profissionais. No caso da UBS A, as ACS moram especificamente na área de abrangência da ESF, que é mais vulnerável; as auxiliares de enfermagem moram em periferias distantes do distrito administrativo onde trabalham; as profissionais com nível superior moram no território ou em distritos administrativos próximos e com caracterização socioeconômica semelhante ao da UBS em que trabalham. Já na UBS B, as ACS e auxiliares de enfermagem são mais próximas do território, ao passo que as profissionais com nível superior migram para trabalhar no bairro. As características que mapeamos sobre vulnerabilidade e proximidade-distância foram corroboradas pela maior familiaridade com o caso de Mariana na UBS B do que na UBS A.

Toda essa caracterização das posições sociais das profissionais, realizada nesta subseção, tem o objetivo de apresentar quem são as mulheres que implementam a APS e ressaltar que existem diferenças entre elas. Isso evoca a literatura que discute a importância da proximidade-distância social dos profissionais em relação cidadãos que atendem (HARRITS, 2019b; HARRITS; MØLLER, 2014) e sua representatividade burocrática (KENNEDY, 2011). No entanto, diferentemente dos achados, segundo os quais a proximidade acarretaria uma categorização mais benéfica ou representação ativa, notamos que diversos profissionais, das diferentes posições mapeadas, operam categorizações que são desabonadoras das usuárias, embora existam algumas diferenças.

Ao mapearmos as elaborações sobre as coletividades abstratas – “o público” ou “as usuárias” – , no centro dos processos de categorização encontram-se os territórios de implementação das políticas públicas. Como observamos, eles se encontram imbricados nas operações de classificação, valoração e hierarquização de usuárias, pelas relações que são estabelecidas entre eles e outras características das usuárias. Assim, entendemos que a categorização territorial de gênero consiste no processo de marcação de identidades, por meio dos territórios de implementação, que aglutina atributos de gênero, idade, comportamento, condição socioeconômica e, implicitamente, raça das usuárias dos serviços públicos.

Na UBS A, a leitura que as profissionais fazem do público, de um modo geral, é mais benéfica, com menções a sua posição socioeconômica mais confortável, ao seu nível de conhecimento, capacidade de planejamento reprodutivo e autocuidado. Essa operação é feita, inclusive, por comparação com as microáreas mais vulneráveis do território, que são excepcionais, e com experiências profissionais em regiões mais pobres. Por sua vez, na UBS B, a construção do público é mais negativa, com menções à sua vulnerabilidade social, falta de planejamento reprodutivo e comportamento sexual.

Nesse ponto, é interessante notar que, diferentemente das profissionais mais distantes do território, as profissionais mais próximas não aludem a aspectos socioeconômicos no processo de categorização, ao descrever o território como *vulnerável* ou *carente*. Elas

referem-se, sobretudo, ao comportamento das pacientes – reinfecção de IST, gravidez

na adolescência – e às suas relações familiares – número de parceiros, supostos motivos para se relacionar. Esse dado vai ao encontro dos trabalhos que discutem os processos de diferenciação social nas interações da linha de frente como forma de distinção moral (LOTTA; PIRES, 2020; SIBLOT, 2006). As profissionais da linha de frente pertencentes aos meios populares onde atendem ficam em uma “zona cinzenta” de pertencimento e, não podendo distinguir-se suficientemente pela renda e pode de dar acesso ao serviço público, categorizam como forma de diferenciação (SIBLOT, 2006).

Essa complexidade é característica de contextos em que há altas e múltiplas desigualdades, algo que marca a implementação de políticas públicas na linha de frente no Brasil (LOTTA, 2021) e reforça as preocupações com a produção e reprodução de desigualdades, muitas vezes em sentido oposto ao pretendido pela política pública (PIRES, 2019). No caso que analisamos, como mencionado, temos um conjunto de políticas que, ao promover atenção em saúde reprodutiva, são sensíveis a gênero e, no entanto, são afetadas por esse problema, conforme vimos na análise das vinhetas.

De início, é importante destacar quais são as principais categorias acionadas: **(mulher) adolescente, mãe, família e gestante**. Chama atenção o fato de que não são tecidas considerações ou impressões sobre o parceiro de Mariana – ou a adolescentes homens. As únicas menções ao pai da criança são, nos encaminhamentos protetivos, as propostas de conversar com o pai da criança e fazer o Pré-Natal do Parceiro, uma prática que, embora prevista em legislação, não foi identificada como comum nas UBS estudadas. Contudo, não são tecidas maiores considerações a respeito do adolescente, tampouco lhe é atribuída responsabilidade em relação à situação. Isso reforça a reprodução de expectativas sociais sobre papéis de gênero por profissionais da linha de frente (BISGAARD; PEDERSEN, 2021), especificamente no que diz respeito à responsabilidade com saúde reprodutiva e comportamento sexual. Algo semelhante ocorre com a culpabilização da **mãe** pelo comportamento da adolescente (*não foi rígida, não orientou*), em detrimento de perguntas sobre seu pai e/ou padrasto.

Ademais, a análise das categorizações e encaminhamentos, bem como as relações entre códigos de análise revelaram que existe uma relativa sobreposição entre os processos



Formação e ação no Campo de Públicas:
identidade, diversidade e tecnopolítica
da democracia republicana

de categorização territorial, categorização desfavorável às usuárias e os

encaminhamentos potencialmente (re)produtores de desigualdades (encaminhamentos violadores e encaminhamentos ambíguos). Se, por um lado, essas sobreposições não tratam do exercício da discricionariedade, por outro, elas revelam valores e percepções das profissionais da linha de frente sobre como o mundo é ou deveria ser (MAYNARD-MOODY; MUSHENO, 2003).

A análise qualitativa dos encaminhamentos que propões incentivar a tomada de responsabilidade e conscientização pela adolescente – ou motivação com o serviço passam tanto por falas de acolhimento e compreensão com o momento difícil, como por estratégias de “amedrontar” e “dar bronca” para que a adolescente “caia na real”. Esses encaminhamentos revelam como as profissionais enxergam essas mulheres como menos capazes de escolha, indivíduos com menos agência: trata-se de encaminhamentos que partem da ideia de tutela, no sentido de aumentar cuidado, observação e intervenção sobre os corpos de mulheres (NUNES; LOTTA, 2019).

Conclusão

Neste artigo em construção, buscamos oferecer, uma contribuição, para o campo de políticas públicas, no âmbito dos estudos de implementação e (re)produção de desigualdades na linha de frente de políticas sensíveis a gênero.

Para a literatura de burocracia de nível de rua, especificamente, a contribuição é agregar as análises sobre múltiplas desigualdades – a exemplo dos estudos sobre interseccionalidade – para caracterização do debate de implementação em contexto de altas desigualdades. Nossa abordagem, para tanto, foi posicionar os territórios como amálgama dessas desigualdades, pelos múltiplos atravessamentos e relações estabelecidas no processo de categorização, propondo, assim, a noção de categorização territorial de gênero – a ser revisada e aprofundada após debates.

Referências

BAXANDALL, R.; GORDON, L. Second-wave feminism. In: HEWITT, N. A. (Ed.). . **A**

Companion to American Women's History. 2nd. ed. Malden: Blackwell Publishing, 2005. p. 414–430.

BIROLI, F. **Gênero e Desigualdades: limites da democracia no Brasil.** São Paulo: Boitempo, 2018.

BISGAARD, M.; PEDERSEN, M. J. Women cry, men get angry: how street-level bureaucrats respond when clients exhibit counter-stereotypical behavior. **International Public Management Journal**, v. 0, n. 0, p. 1–20, 2021.

CHARMAZ, K. **Constructing Grounded Theory: A Practical Guide Through Qualitative Analysis.** Londres: SAGE, 2006.

DAVIS, A. Racismo, controle de natalidade e direitos reprodutivos. In: **Mulheres, raça e classe.** São Paulo: Boitempo, 2016. p. 1689–1699.

HARRITS, G. S. Using vignettes in street-level bureaucracy research. In: HUPE, P. (Ed.). . **Research Handbook on Street-Level Bureaucracy: The Ground Floor of Government in Context.** Northampton: Edward Elgar Publishing Limited, 2019a. p. 392–409.

HARRITS, G. S. Stereotypes in Context: How and When Do Street-Level Bureaucrats Use Class Stereotypes? **Public Administration Review**, v. 79, n. 1, p. 93–103, 2019b.

HARRITS, G. S.; MØLLER, M. Ø. Prevention at the Front Line: How home nurses, pedagogues, and teachers transform public worry into decisions on special efforts. **Public Management Review**, v. 16, n. 4, p. 447–480, 2014.

KENNEDY, B. Unraveling Representative Bureaucracy: A Systematic Analysis of the Literature. **Administration and Society**, v. 46, n. 4, p. 395–421, 2014.

LIPSKY, M. **Street-Level bureaucracy: Dilemmas of the individual in public services.** New York: Russell Sage Foundation, 2010.

LOTTA, G. Bureaucrats, social networks and interaction: An analysis of public policies implementation. **Revista de Sociologia e Política**, v. 26, n. 66, p. 145–173, 2018.

LOTTA, G. A política pública como ela é: contribuições dos estudos sobre implementação para a análise de políticas públicas. In: LOTTA, G. (Ed.). . **Teorias e Análises sobre Implementação de Políticas Públicas no Brasil.** 1. ed. Brasília: ENAP, 2019. p. 11–38.

LOTTA, G.; PIRES, R. R. C. Chapter 6 - Incorporating dimensions of social inequality. In: HUPE, P. (Ed.). . **Research Handbook on Street-Level Bureaucracy: The Ground Floor of Government in Context.** 1. ed. Cheltenham: Edward Elgar Publishing Limited, 2019. p. 86–101.

LOTTA, G. S.; PIRES, R. R. C. Categorizando Usuários “Fáceis” e “Difíceis”: Práticas Cotidianas de Implementação de Políticas Públicas e a Produção de Diferenças Sociais. **DADOS**, v. 63, n. 4, p. 1–40, 2020.



Formação e ação no Campo de Públicas:
identidade, diversidade e tecnopolítica
da democracia republicana

MARCONDES, M. M.; DINIZ, A. P. R.; FARAH, M. F. S. Transversalidade de gênero:

uma análise sobre os significados mobilizados na estruturação da política para mulheres no Brasil. **Revista do Serviço Público**, v. 69, n. 2, p. 36–62, 2018.

MATLAND, R. E. Synthesizing the Implementation Literature : The Ambiguity-Conflict Model of Policy Implementation. **Journal of Public Administration Research and Theory: JPART**, v. 5, n. 2, p. 145–174, 1995.

MAYNARD-MOODY, S.; MUSHENO, M. **Cops, teachers and counselors: stories from the front lines of public services**. Ann Arbor: University of Michigan Press, 2003.

MØLLER, M. Ø. **Solidarity and Categorization**. [s.l.: s.n.].

NUNES, J.; LOTTA, G. Discretion, power and the reproduction of inequality in health policy implementation: Practices, discursive styles and classifications of Brazil's community health workers. **Social Science and Medicine**, v. 242, p. 112551, 2019.

PIRES, R. R. C. Implementando Desigualdades. In: PIRES, R. R. C. (Ed.). . **Implemetando Desigualdades**. Rio de Janeiro: Ipea, 2019. p. 13–50.

SIBLOT, Y. **Faire valoir ses droits au quotidien: les services publics dans les quartier populaire**. Paris: Presses de Sciences Po, 2006.

SPINK, P. Spink, M.J. (2001) O lugar do lugar na analise organizacional. p. 11–34, 2001.