

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIA POLÍTICA

Maique Berlote Martins

**ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E ENQUADRAMENTOS DE
VULNERABILIDADES NA IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS**

Tese de Doutorado

PORTO ALEGRE/RS

2024

MAIQUE BERLOTE MARTINS

**ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E ENQUADRAMENTOS DE
VULNERABILIDADES NA IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS**

Tese de doutorado, apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor pelo Programa de Pós-Graduação em Ciência Política da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientador: Prof. Dr. Davide Carbonai

PORTO ALEGRE/RS, 2024.

CIP - Catalogação na Publicação

Berlote Martins, Maigue
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E ENQUADRAMENTOS DE
VULNERABILIDADES NA IMPLMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS
/ Maigue Berlote Martins. -- 2024.
154 f.
Orientador: Davide Carbonai.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio
Grande do Sul, Instituto de Filosofia e Ciências
Humanas, Programa de Pós-Graduação em Ciência
Política, Porto Alegre, BR-RS, 2024.

1. Implementação de políticas públicas;. 2.
Burocracia de nível de rua;. 3. Atenção Primária à
Saúde. 4. Enquadramentos. 5. Agentes Comunitários de
Saúde. I. Carbonai, Davide, orient. II. Título.

Maique Berlote Martins

**ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E ENQUADRAMENTOS DE
VULNERABILIDADES NA IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS**

Tese de doutorado, apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor pelo Programa de Pós-Graduação em Ciência Política da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Resultado:

BANCA EXAMINADORA: 29/01/2024

Profa. Dra. Gabriela Spanghero Lotta
Departamento de Administração Pública e Governo
Fundação Getúlio Vargas (FGV)

Profa. Dra. Jussara Reis Prá
Departamento de Ciência Política
Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

Profa. Dra. Luciana Leite Lima
Departamento de Políticas Públicas
Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Davide Carbonai, pela orientação, pela confiança e pela compreensão que permitiu que eu desenvolvesse esta pesquisa e ao mesmo tempo crescesse enquanto pesquisador. Muito obrigado pela paciência e acompanhamento ao longo desse trabalho.

À Professora Luciana Leite Lima, por fazer parte da banca, mas também pela disponibilidade que sempre demonstrou em contribuir com minhas ideias e agregar conhecimento à minha trajetória, sem dúvida, fostes muito mais importante do que pode imaginar.

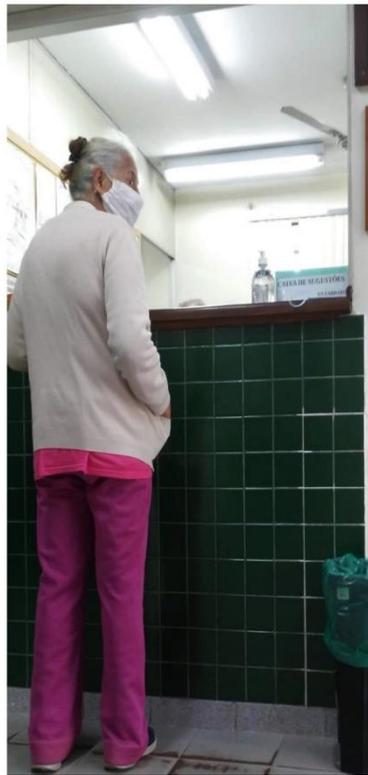
À professora Gabriela Lotta, pela avaliação ao meu trabalho, mas principalmente pela fonte de inspiração para pesquisar burocracia de nível de rua, acompanhar suas produções foi fundamental para o avanço desta pesquisa.

À professora Jussara Prá, pelo carinho e compreensão desde a disciplina de metodologia em ciência política até este momento final em que contribui mais uma vez com minha caminhada enquanto cientista político.

À CAPES pela concessão da bolsa de estudo (2018-2022).

À minha família, minha mãe, meu pai e meus irmãos, que me colocaram no mundo para que hoje eu pudesse pelas minhas próprias pernas chegar ao final dessa caminhada.

À minha família do coração, Daniele Camargo, Gabriela Alberti, Sofia Camargo Alberti, Solluá Borges e Fernanda Alberti, responsáveis pelos momentos de acolhimento de comemorações, de choros e de um crescimento coletivo que só pode ser explicado pelo vínculo que nos une: o amor uns pelos outros e pelo SUS, onde compreendo assim, um amor/valorização pelo cuidado. Eu amo muito vocês!!



“Em um barraco desses há uma menina da sua idade. Quantos anos você tem? Treze. Isto mesmo, treze anos. A menina sonha. Infantis desejos, guardar na palma das mãos estrelas e lua. Armazenar chocolates e maçãs. Ter patins para dar passos largos... A mãe da menina sonha leite, pão, dinheiro. Sonha remédios para o filho doente, emprego para o marido revoltado e bêbado. Sonha um futuro menos pobre para a menina. A mãe da menina sonha ter nenhuma necessidade”

Conceição Evaristo - Becos da memória

Tanta vida pra viver
Tanta vida a se acabar
Com tanto pra se fazer
Com tanto pra se salvar
Você que não me entendeu
Não perde por esperar
Geraldo Vandré – Requiém para matraga

RESUMO

Os encontros entre burocratas de nível de rua e usuários configuram um momento fundamental para analisar a implementação de políticas públicas. Neste encontro, são definidas oportunidades de acesso à serviços públicos e direitos sociais, de maneira que esta relação pode também representar um lócus de (re)produção de desigualdades sociais. Na Atenção Primária à Saúde (APS), Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) representam a face do Estado no encontro com os cidadãos. A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), passou por mudanças significativas em suas diretrizes, alterando critérios de financiamento, mas principalmente, flexibilizando o número de ACS por equipe. Tendo em vista esse contexto de mudanças políticas e o importante papel desempenhado pela ACS, a presente pesquisa parte do seguinte problema: Como os encontros da burocracia de nível de rua da APS com a população estabelecem diferentes enquadramentos a respeito das condições locais de vulnerabilidades? e como objetivo geral: Analisar os encontros da burocracia de nível de rua da APS em Porto Alegre/RS e compreender seus enquadramentos sobre condições de vulnerabilidades. Partindo de uma etnografia multissituada em três estudos de caso com Unidades de Saúde de APS, o trabalho de campo se desenvolveu pelo período de setembro de 2020 e outubro de 2021, incluindo entrevistas com 12 ACS, 5 Gerentes e 13 usuários, totalizando 30 entrevistas semiestruturadas. A partir dos dados empíricos coletados, foi possível identificar um processo de distanciamento do trabalho das ACS junto às comunidades mais vulneráveis, em razão de rotinas administrativas engessadas que dificultam a criação de vínculos com usuários e, assim, com a política pública, dificultando o reconhecimento dos territórios. Em termos de enquadramentos de vulnerabilidades, foi possível perceber que operam quadros de indiferença, julgamento e comoção. Através dos enquadramentos analisados, a pesquisa ressaltou a importância de um trabalho mais presente junto a identificação dos territórios para ampliar as possibilidades de uma implementação mais efetiva. Por fim, os enquadramentos de vulnerabilidades exprimem possíveis trajetórias de acesso dos indivíduos no encontro com o serviço público, nota-se como fundamental a compreensão do corpo como a representação material da vulnerabilidade, desde sua historicidade, até seus determinantes sociais que o situam dentro de determinados enquadramentos.

Palavras-chave: Implementação de políticas públicas; Burocracia de Nível de Rua, Enquadramentos, Atenção Primária à Saúde, Agentes Comunitários de Saúde.

ABSTRACT

Meetings between street-level bureaucrats and users constitute a fundamental moment to analyze the implementation of public policies. At this meeting, opportunities for access to public services and social rights are defined, so that this relationship can also represent a locus of (re)production of social inequalities. In Primary Health Care (PHC), Community Health Workers (CHW) represent the face of the State when meeting citizens. The National Primary Care Policy underwent significant changes in its guidelines, changing financing criteria, but mainly, making the number of CHAs per team more flexible. Considering this context of political changes and the important role played by the ACS, this research starts from the following problem: How do the meetings between the APS street-level bureaucracy and the population establish different frameworks regarding local conditions of vulnerability? and as a general objective: Analyze the meetings of the APS street-level bureaucracy in Porto Alegre/RS and understand their frameworks on vulnerable conditions. Starting from a multi-sited ethnography in three case studies with PHC Health Units, the fieldwork took place between September 2020 and October 2021, including interviews with 12 CHAs, 5 Managers and 13 users, totaling 30 semi-structured interviews. From the empirical data found, it was possible to identify a process of distancing of the work of the CHAs with the most vulnerable communities, due to rigid administrative routines that make it difficult to create links with users and, thus, with public policy, making recognition difficult. of the territories. In terms of vulnerability frameworks, it was possible to perceive that frameworks of indifference, judgment and commotion operate. Through the frameworks analyzed, the research highlighted the importance of more present work with the identification of territories to expand the possibilities of more effective implementation. Finally, vulnerability frameworks express possible trajectories of access for individuals when encountering public services, noting that understanding the body as the material representation of vulnerability is fundamental, from its historicity, to its social determinants that place it within specific settings.

Keywords: Implementation of public policies; Street Level Bureaucracy, Primary Health Care, Frameworks, Community Health Workers.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Modelos de cuidados.....	42
Figura 2: A trajetória da APS no Brasil.....	44
Figura 3: Divisão das Gerências Distritais de Porto Alegre até 2020.....	56
Figura 4: Divisão das Gerências Distritais de Porto Alegre a partir de 2021	61
Figura 5: Gerência Distrital da pesquisa.....	62
Figura 6: Nuvem de palavras da pesquisa.....	68
Figura 7: Subdivisões territoriais da APS	98
Figura 8: Território da Clínica da Família IAPI.....	104
Figura 9: Avenida Dique	107
Figura 10: Território da US Ilha Grande dos Marinheiros.....	112
Figura 11: Território da US Ilha da Pintada.....	116
Figura 12: Território da US Farrapos.....	120

LISTA DE SIGLAS

APS – Atenção Primária à Saúde

ACS – Agente Comunitário de Saúde

BPC – Benefício de Prestação Continuada

CMS – Conselho Municipal de Saúde

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde

DMLU – Departamento Municipal de limpeza Urbana

EAP – Equipe de Atenção Primária

ESF – Estratégia Saúde da Família

IMESF – Instituto Municipal de Estratégia de Saúde da Família

NOB – Normas Operacionais Básicas

OS – Organizações Sociais

PAB – Piso de Atenção Básica

PACS – Programa Agentes Comunitários de Saúde

PMAQ – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade

PMM – Programa Mais Médicos

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PSF – Programa Saúde da Família

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

US – Unidade de Saúde

LISTA DE FOTOS

Foto 1: ESF visitada.....	60
Foto 2: Cartaz prospectando a realização de exame de sangue oculto nas fezes.....	81
Foto 3: A rua na Vila Dique	108
Foto 4: Ação local de saúde durante enchente de 2015	113
Foto 5: Aplicação de inseticida na Vila Santo André	122

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Andamento do trabalho de campo.....	65
Quadro 2: Dimensões e indicadores do IVS de Porto Alegre.....	75
Quadro 3: Enquadramentos de condições de vulnerabilidades.....	91

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Evolução de cobertura de ESF e ACS em Porto Alegre – 2012 a 2021.....	57
Tabela 2: Características socioeconômicas dos Distritos Sanitários.....	63
Tabela 3: Entrevistas com burocratas.....	66
Tabela 4: Pontuação do IVS nas US pesquisadas.....	76
Tabela 5: Configuração da Clínica da Família IAPI.....	102
Tabela 6: Configuração da US Ilha Grande dos Marinheiros.....	111
Tabela 7: Configuração da US Ilha da Pintada.....	115
Tabela 8: Configuração da US Farrapos.....	118

APOIO DE FINANCIAMENTO CAPES

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código 001.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	18
1. IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS E ENQUADRAMENTO DE VULNERABILIDADES	25
1.1 IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS	25
1.2 BUROCRACIA DE NÍVEL DE RUA	28
1.3 QUADROS DE VULNERABILIDADES NA LINHA DE FRENTE.....	34
2. CUIDADOS PRIMÁRIOS À SAÚDE: DEFINIÇÕES E A TRAJETÓRIA BRASILEIRA	39
2.1 A CONJUNTURA DO CUIDADO	39
2.2 DESCENTRALIZAÇÃO NA POLÍTICA E NO CUIDADO	41
2.3 DO PACS AO PREVINE BRASIL	44
3. OS CAMINHOS E LUGARES DA PESQUISA.....	51
3.1 O VIÉS ETNOGRÁFICO NA ANÁLISE DO NÍVEL DE RUA.....	52
3.2 O CONTEXTO ESTUDADO: A POLÍTICA LOCAL DA APS EM PORTO ALEGRE/RS	55
3.2.1 A delimitação dos estudos de caso	63
3.3 O TRABALHO DE CAMPO: OBSERVANDO INTERAÇÕES EM DISTANCIAMENTO	65
4. VINCULOS PRECÁRIOS: ENQUADRAMENTOS DE VULNERABILIDADES NA APS	71
4.1 O CONTEXTO POLÍTICO QUE MOLDA O ENCONTRO.....	74
4.1.1 O cálculo de alocação de ACS	75
4.1.2 A política quer um número.....	80
4.2 QUADROS DO NÍVEL DA RUA.....	84
2.1 Condições vulneráveis.....	85
4.2.2 As molduras do quadro	89
4.2.3 Julgamento	92
4.2.4 Indiferença.....	94
4.2.5 Comoção	96
4.3 TERRITÓRIOS ENQUADRADOS.....	98
4.3.1 Caso IAPI.....	102
4.3.2 Caso Ilhas	110
4.3.3 Caso Farrapos	119

4.4 HISTÓRIAS DE CUIDADO: O VÍNCULO COMO RECONHECIMENTO	124
4.4.1 <i>Uma vida muito precária</i>	126
4.4.2 <i>Meu anjo</i>	130
4.4.3 <i>Ela não vai te receber mais!</i>	131
4.4.4 <i>Aquilo me tocou tanto</i>	133
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	136
REFERÊNCIAS	142

INTRODUÇÃO

É exatamente porque um ser vivo pode morrer, que é necessário cuidar dele para que possa viver (BUTLER, 2015, p. 20).

A necessidade de cuidado está inerente a nossa condição de ser vivo, o que faz com que toda vida seja vulnerável. As diferenças surgem à medida que algumas vidas possuem redes de proteção, segurança e reconhecimento de suas vulnerabilidades, enquanto outras não contarão com condições dignas de sobrevivência nem terão suas vulnerabilidades reconhecidas (BUTLER, 2019). A relação do Estado no cuidado à saúde da população parte de princípios democráticos que consideram que, em uma sociedade justa, as condições de vida e saúde precisam ser garantidas com universalidade. Daí, portanto, a necessidade de intervenção do Estado. A conferência internacional de Alma-Ata, em 1978, foi um marco na saúde global em termos de compromisso com a redução das desigualdades nas condições de saúde (STARFIELD, 2002), sugerindo a necessidade dos países investirem em cuidados primários à saúde como estratégia para reconhecer as condições desiguais e agir de forma localizada e contínua sobre o problema (OMS, 1978).

No Brasil, a Atenção Primária à Saúde (APS) passou a ganhar agenda política de maneira mais significativa com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1990. Porém, as primeiras experiências com Agentes Comunitários de Saúde (ACS) remontam ainda do final da década de 1980, com o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) nos estados do Ceará e Mato Grosso do Sul (MENDES, 2012). A função das¹ ACS passa a ser central na implementação da APS no Brasil, ao se tratar de uma profissional que deve morar no mesmo território em que trabalha. A sua atuação nas equipes de saúde permite maior aproximação com a população e um trabalho de reconhecimento das condições no território que implicam na saúde, possibilitando maior monitoramento em quanto a vacinação, a doenças crônicas, a saúde de crianças, a idosos e a gestantes (PINTO, GIOVANELLA, 2018).

¹ Ao longo desta pesquisa, a escolha pelo uso do pronome feminino ao nos referirmos às Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), essa escolha é respaldada pelo contexto empírico da pesquisa, no qual observamos que a grande maioria das ACS acompanhadas — especificamente, 10 entre as 12 investigadas — são mulheres. Este viés de gênero na ocupação da função de Agente Comunitária de Saúde reflete uma realidade comum em diversas localidades, onde as mulheres desempenham um papel preponderante nesse campo profissional.

Do ponto de vista da implementação, ACS são consideradas burocratas de nível de rua (LOTTA, 2015). Como agentes centrais na compreensão do processo da implementação e efetivação da política pública, esses são a face direta do Estado na entrega dos serviços públicos (LIPSKY, 1980). O foco analítico desenvolvido para esta pesquisa parte da compreensão sobre o que acontece com a política pública no momento de sua implementação. A implementação pode ser vista como o produto do que ocorre nos estágios iniciais do processo político, porém o conteúdo da política e seu impacto sobre os afetados pode ser substancialmente modificado na implementação (HILL; HUPE, 2014). Trata-se de um momento complexo na análise de uma política pública e retrata a relação direta entre Estado e sociedade na entrega de políticas e na garantia de direitos constitucionais. Nesta tese discuto as implicações do processo de implementação de uma política de saúde, especificamente, a relação entre a burocracia de nível de rua e seus usuários/as, considerando as formas de reconhecimento sobre condições de vulnerabilidades.

Essa escolha nos leva para a ponta “de baixo” do Estado, a linha de frente que interage diretamente com a população, onde burocratas de nível de rua executam as normas políticas e onde “enquadram” vulnerabilidades. As pessoas buscam serviços de políticas sociais, de saúde, assistência e educação, como forma de ampliar suas oportunidades na resolução de conflitos nestas áreas. Quem busca um atendimento em uma Unidade de Saúde² (US) está sentindo alguma dor, precisa de orientação e cuidados. Do outro lado, quem atende essas demandas da população, muitas vezes, também se vê cercado de problemas, com alta carga de trabalho e ainda todas as falhas institucionais que envolvem a execução de serviços públicos.

Ao apresentar a noção de que as vulnerabilidades são enquadradas a partir de como se dá a implementação da política, esta tese considera que enquadramentos dizem respeito ao modo como operam relações de poder a ditar quais formas de cuidado serão ou não atendidas por uma política pública, o que leva em consideração os encontros da burocracia de nível de rua com a população de um território. Nesse sentido, entendo “enquadramento” a partir da teorização apresentada por Judith Butler (2015), e que se

² Neste trabalho, ao me referir ao serviço que implementa a APS, adotarei o termo "Unidade de Saúde" (US) em consonância com o contexto empírico da pesquisa realizada em Porto Alegre/RS. É interessante observar que a nomenclatura para esse serviço pode variar entre municípios, regiões ou estados, sendo comumente conhecido como "posto de saúde" ou Unidade Básica de Saúde (UBS). No entanto, optamos por utilizar o termo "Unidade de Saúde" para manter a fidelidade à nomenclatura local adotada na área de estudo deste trabalho.

refere a como as normas políticas e sociais operam através de quadros de interpretação que determinam como as pessoas são vistas e tratadas em diferentes contextos. Esses enquadramentos incluem categorias de identidade, como também outros marcadores sociais de diferença, tais quais gênero, raça, classe social, orientação sexual, dentre outras, e que são usadas para classificar e hierarquizar as pessoas em diferentes posições sociais.

No SUS e especialmente na APS, esses processos sociais de reconhecimento se encontram entre um paradigma de atender com universalidade. Ou seja, englobando contextos de classe social que demandam atendimentos de diferentes complexidades em uma mesma estrutura de saúde, tendo a política que dar conta de planejar o cuidado em saúde em seus atravessamentos com os diferentes marcadores sociais da diferença que constituem as experiências dos usuários da política pública em seus cotidianos.

A lógica criada foi de universalização de acesso, mas aplicada em contextos de alta desigualdade, como destaca Lotta (2021). Ao atingir diferentes públicos, as políticas desenvolvem diferentes abordagens para otimizar o acesso dos desiguais e tentar reverter trajetórias de desigualdades. Neste sentido, a necessidade no caso brasileiro para lidar com as condições desiguais nas vulnerabilidades em saúde deveria ser desenvolver políticas que, “ao mesmo tempo, promovam acesso universal, mas incorporem a diversidade e enfrentem as desigualdades” (LOTTA, 2021 p. 8).

Um ponto chave para analisar estes contextos de desigualdades na implementação de políticas públicas se dá a partir da burocracia de nível de rua. A interação é o elemento definidor no trabalho da burocracia de nível de rua, onde é possível observar como burocratas agem ou conseguem agir dentro dos recursos que possuem e, ainda, onde é possível presenciar diferentes formas de exclusão e inclusão social (PIRES, 2019). Como explicam Fonseca e Sandim (2022), na interação desses burocratas com os cidadãos, as vulnerabilidades que foram constituídas, potencializadas e não manejadas em momentos anteriores se concretizam no atendimento, revelando os principais desafios para atuação destes profissionais no alcance dos objetivos da política. Com o intuito de compreender como essas vulnerabilidades são tratadas no encontro com o Estado, faz-se necessário um olhar não restrito à interação em si, mas também aos processos políticos que levaram até ela.

Assim como ressalta Zacka (2017), não podemos compreender o que o Estado faz olhando apenas para as leis. É necessário ter um olhar a partir de baixo, ou seja, do nível

da rua. A interação é a convergência de inúmeras decisões políticas, de resultados de gestão e de julgamentos morais (ZACKA, 2017). No encontro entre burocratas de nível de rua e usuários, as vulnerabilidades individuais são apresentadas, desde problemas de saúde, dificuldades financeiras e habitação precária - situações em que as pessoas expõem suas vulnerabilidades para terem acesso aos serviços públicos. Por outro lado, este encontro também torna evidentes as vulnerabilidades institucionais, os vínculos precários de trabalho dos profissionais, as relações hierárquicas, as falhas de planejamento e os recursos escassos. Portanto, ao analisar a interação da perspectiva da burocracia de nível de rua, cria-se uma lente analítica que permite compreender um quadro das vulnerabilidades no acesso a serviços públicos.

Olhar para o momento de encontro desses dois lados pode, então, ser crucial para entender desigualdades no acesso ao direito à saúde e de que forma as lógicas que conduzem a implementação da política se concretizam. A questão central que aqui importa responder é: *Como os encontros da burocracia de nível de rua da APS com a população estabelecem diferentes enquadramentos a respeito das condições locais de vulnerabilidades?* Partindo deste problema de pesquisa, a tese analisa os fatores políticos que estruturam este encontro da ACS, ainda com alguns questionamentos: Qual é o quadro que se apresenta na interação? Quais vulnerabilidades são ali retratadas? Como ocorre o cuidado com essas vulnerabilidades? Qual importância tem o contexto desse encontro?

Considerando a municipalização na implementação da APS, o recorte em um município é importante para entender as especificidades próprias da política. Esta pesquisa foi realizada na cidade de Porto Alegre/RS e teve como *objetivo geral*: Analisar os encontros da burocracia de nível de rua da APS em Porto Alegre/RS e compreender seus enquadramentos sobre condições de vulnerabilidades. Enquanto objetivos específicos: *i)* Compreender as particularidades e os conflitos existentes na implementação da APS em Porto Alegre/RS; *ii)* Identificar os fatores estruturais, políticos, contextuais e situacionais que afetam os encontros de ACS com a população; *iii)* Interpretar padrões de enquadramentos de vulnerabilidades no contexto da burocracia de nível de rua; *iv)* Considerar possíveis trajetórias de acesso à saúde resultantes dos enquadramentos de vulnerabilidades da burocracia de nível de rua.

Compreender aspectos relacionais de uma política requer um exame de como os/as burocratas habitam os espaços de discricionariedade e reagem aos contextos de

suas interações com usuários (BROKDY, 2012; LOTTA, 2021). No cotidiano de implementação e interação entre burocratas e usuários, há diversos elementos operando para além daqueles oficiais. Desvendar esses espaços e eventos interativos é, ainda, uma esfera pouco pesquisada no campo da implementação de políticas públicas.

Para dar conta das questões e objetivos de pesquisa propostos, a pesquisa se baseia no aporte sobre implementação de políticas públicas, burocracia de nível de rua e como a implementação de políticas se relaciona com questões de vulnerabilidades. A base empírica da pesquisa foi levantada a partir de uma etnografia multissituada com base em três estudos de caso envolvendo Unidades de Saúde (US) de APS, em três Distritos Sanitários da cidade de Porto Alegre/RS. Tendo em vista o papel central da ACS na implementação desta política, optou-se por acompanhar o trabalho destas burocratas para compreender de que forma se configuram seus encontros com a população e, assim, compreender de forma mais abrangente os resultados na implementação da APS. Para além de observações em visitas domiciliares e salas de espera, a pesquisa levantou narrativas das ACS através de entrevistas semi estruturadas, que permitem compreender de forma holística o contexto de precariedade em que se configuram suas ações.

Buscando retratar em profundidade o contexto de cada caso, o trabalho de campo inclui também entrevistas com gerentes de US e usuários do serviço. A pesquisa de campo foi realizada durante os anos de 2020 e 2021, de maneira que foi diretamente atravessada pelas adversidades causadas pela pandemia de Covid-19, ao mesmo tempo em que serve de um retrato das relações primárias em saúde durante esse período crítico.

Neste sentido, a pesquisa traz uma contribuição teórica e empírica para o campo de pesquisas sobre burocracia de nível de rua. O diferencial está no fato de que ela permite interpretar como as vulnerabilidades podem ser enquadradas na relação entre burocratas que atuam na implementação direta de uma política pública e as pessoas que são usuárias. Para Zacka (2017), a ciência política tende a privilegiar o nível macro da formulação das políticas públicas, com pouca atenção para a forma como ocorre sua implementação e/ou o nível micropolítico. Esta pesquisa visa explorar esse segundo olhar, a partir da interpretação do conjunto de fatores que levam a implementação da política em um nível local, através de um trabalho etnográfico.

Trata-se de uma agenda de pesquisas que têm se intensificado ao longo dos últimos anos no Brasil. Desde o trabalho de Gabriela Lotta (2010), as práticas dos burocratas de nível de rua passaram a ser consideradas essenciais para entender o produto final das políticas públicas, evidenciando que muitas vezes este encontro burocrático acaba devido a diversos fatores relacionais, organizacionais e culturais produzindo resultados diferentes do que foi formulado (LIPSKY, 1980; HILL; HUPE, 2003; PIRES, 2019). Diante do comportamento decisório das burocracias, a estratégia de pesquisas de muitos analistas de políticas públicas volta-se a este micro espaço de conflito político onde se busca compreender os riscos e mecanismos de reprodução de desigualdades que operam no interior de políticas e serviços públicos, formalmente desenhados para expandir a inclusão socioeconômica ou mitigar os efeitos da exclusão (PIRES, 2019, p. 23).

Considerando os conflitos e conciliações existentes nas políticas do SUS, a pesquisa contribui ainda para entender melhor o cenário de como é possível atender aos desiguais de forma diferenciada, ou ainda, de como lidar com desigualdades e recursos escassos. Além disso, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) sofreu consideráveis mudanças em 2017, imprimindo novas diretrizes de trabalho e dentre as mudanças, estabeleceu obrigatoriedade de apenas um ACS por equipe de Estratégia de Saúde da Família (BRASIL, 2017). Como sugere Giovanella et al. (2020) as mudanças na PNAB, seguidas por mudanças na forma de financiamento no setor estão conduzindo a uma descaracterização do modelo assistencial da APS. Neste sentido, a pesquisa ainda contribui ao analisar essas mudanças, bem como as contradições e os impasses presentes na APS.

No nível local, as especificidades da APS em Porto Alegre permitem compreender como a discricionariedade da gestão municipal opera para conformar um desenho próprio que não deixa de ser diretamente influenciado pelas normas e diretrizes nacionais. Em meio a um processo judicial que determina a extinção do órgão municipal responsável pela coordenação das US de APS³, a resposta municipal se apoia nas mudanças recentes da PNAB que abre espaço para contratação de prestadores de serviços terceirizados. Desta forma, a pesquisa registra esse momento de transição entre equipes contratadas por um órgão público para a contratação de Organizações Sociais (OS) terceirizadas na prestação dos serviços.

³ O contexto dessa ruptura será detalhado no Capítulo III.

A pesquisa divide-se, para além desta introdução e das considerações finais, em quatro capítulos: O capítulo I apresenta a discussão dos principais conceitos teóricos e analíticos que norteiam a realização da pesquisa, partindo da implementação de políticas públicas, a burocracia de nível de rua, a interação na implementação de políticas e por fim os quadros de vulnerabilidades que se relacionam com a implementação.

O capítulo II pretende dar conta de entender a trajetória da APS no Brasil, permitindo remontar, através de pesquisa documental, as principais mudanças que conformam o atual contexto dessa política. Dentro dessa reconstituição de trajetória, o capítulo evidencia conflitos em torno da definição conceitual do cuidado ofertado por este nível de atenção.

No Capítulo III o objetivo é apresentar os princípios e os meios pelos quais a pesquisa foi realizada. Através de uma discussão a respeito do papel da etnografia, pretende-se embasar a orientação metodológica adotada na presente pesquisa. Em seguida é feita uma apresentação geral sobre o contexto estudado. Por fim, apresenta-se a lógica da coleta e análise dos dados.

No capítulo IV são apresentados os resultados da pesquisa. O capítulo parte de uma identificação do contexto político local que define a gestão das US e a maneira como é organizada a lógica de trabalho. Em seguida, será apresentada uma discussão sobre as condições de vulnerabilidades e os encontros com a ACS, para a partir disso, definir um quadro interpretativo de três enquadramentos de vulnerabilidades: julgamento, indiferença e comoção. Na sequência, a análise é focada nos enquadramentos sobre o território, onde são apresentados os contextos territoriais os quais as equipes direcionam sua atuação. Por fim, através de algumas histórias de interações entre ACS e pessoas em condições de vulnerabilidade, busca-se compreender as dimensões afetivas que se manifestam nos enquadramentos de vulnerabilidades.

1. IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS E ENQUADRAMENTO DE VULNERABILIDADES

Neste capítulo, são apresentados os conceitos teóricos que estruturam a pesquisa. Parte-se da implementação de políticas públicas, para compreender quais são as premissas analíticas da área, as origens e evolução enquanto campo de estudo. Em seguida, a burocracia de nível de rua será discutida enquanto sua relevância nos estudos sobre implementação, suas características e processos de ação. Por fim, será apresentada uma discussão em torno dos conceitos de enquadramento, reconhecimento de vulnerabilidades e as contribuições dessa perspectiva para analisar a implementação de políticas públicas.

1.1 IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

Não podemos saber o que o Estado faz olhando apenas para as leis, visto que as políticas sofrem importantes transformações na sua implementação (ZACKA, 2017). Isso provoca analisar o que os funcionários públicos fazem e por que fazem. Seguindo estas questões levantadas por Zacka (2017), a Ciência Política se preocupa muito com a formulação das políticas e pouco com sua implementação, devendo ainda dar mais atenção para onde o mundo burocrático entra em ação.

A lógica defendida por Zacka (2017) é que a Ciência Política necessita compreender que seu interesse não precisa estar apenas voltado para como são tomadas as decisões políticas entre as elites e os grupos de interesse envolvidos da formulação. A política continua nas disposições geradas a partir destas decisões e, para compreender os efeitos do Estado Democrático de Direito, os efeitos da Democracia, é necessário analisar quais ações são geradas a partir das leis e normas que regulamentam uma política pública (ZACKA, 2017).

Apesar da ausência de uma teoria geral sobre implementação de políticas públicas, trata-se de um campo provido de abordagens analíticas multidisciplinares. O desenvolvimento dos estudos sobre implementação de políticas públicas na literatura internacional começa aproximadamente nos anos 1970, quando trabalhos no âmbito da

administração pública, da Ciência Política e do Direito passaram a se preocupar com os efeitos e resultados das políticas de bem-estar social do pós-segunda guerra mundial (BARRETT, 2004).

Com o estudo pioneiro de Pressman e Wildavsky (1973), a implementação foi colocada como foco de análise para interpretar porque as políticas saíam tão diferentes da sua formulação. Nessa primeira geração, os estudos se guiavam por uma forte preocupação normativa, que baseada na lógica da legitimidade e do alto controle hierárquico, presumia uma execução de cima para baixo (*top down*) e com isso acabava focando nos erros e falhas da política (PRESSMAN; WILDAVSKY, 1973; HILL, 2006; FARIA, 2012; LOTTA, 2019).

A abordagem *top down* era bastante pessimista quanto a capacidade governamental para implementar políticas. Ao buscar explicar as variações nas implementações de políticas e programas, esta abordagem privilegia decisões e processos de alto nível e as tomava como base para acompanhar a implementação de cima para baixo (BICHIR, 2020). Nessa perspectiva, havia uma separação da ordem política, das decisões e formulações, e ordem técnica, das ações administrativas e de prática burocrática.

Estas distinções e a clara definição de etapas de políticas públicas, pode ser sintetizada no modelo do ciclo de políticas públicas: formação da agenda, formulação, implementação e avaliação (LOTTA, 2019). No *policy cycle*, a implementação seria o momento de tradução das decisões políticas em processos administrativos e práticas burocráticas (BICHIR, 2020). Entretanto, esse ciclo não representa uma realidade das políticas públicas, porém serve como um importante instrumento analítico para que possamos compreender os processos que as compõem (SOUZA, 2003).

Couberam muitas críticas à abordagem *top down* pela racionalidade com que entende a implementação como uma etapa que sucede a formulação. Como reação a essas críticas, desenvolveu-se nos anos 1980, a perspectiva *bottom-up*, que tem como foco processos locais da implementação e faz sua leitura de baixo para cima (SABATIER, 1993). Com essa mudança de foco, foi possível considerar os processos complexos construídos pelos baixos escalões da burocracia (HILL, 2006; LOTTA, 2019). Esta geração passou a olhar para os múltiplos processos e atividades contínuas que compõem a política pública, passando a analisá-las de baixo para cima, considerando o que de fato acontece no momento de implementação (LOTTA, 2019).

Na abordagem *bottom-up*, o principal objetivo analítico deve ser entender as políticas em suas interações e múltiplos processos, ao contrário da abordagem que enfatiza como a implementação deve ser controlada (HILL, 2006; BICHIR, 2020). Essa perspectiva, impulsionada por estudos organizacionais e da sociologia, passa a dedicar maior atenção aos atores envolvidos na implementação, os burocratas de nível de rua, conforme será discutido na sequência. Ao olhar sob essa perspectiva para as políticas públicas, passou-se a perceber que há muitos processos decisórios durante a implementação e que a burocracia não é uma máquina com engrenagens que executa as normas tal qual as leis, mas que existem decisões discricionárias que são tomadas pelos atores que implementam a política. Entender as condições com que esses atores tomam suas decisões passou a ser uma importante questão neste campo de estudo (BRODKIN, 2012; PIRES, 2019; LOTTA, 2019).

Nos anos 1990, a chamada terceira geração de estudos, buscava modelos alternativos para tentar sair do binômio *bottom up* e *top down* (LOTTA, 2019). Surgiram também tentativas de síntese dessas abordagens, buscando combinar análises de cima para baixo e de baixo para cima (BICHIR, 2020). Há em comum nesses estudos a tentativa de sair da contraposição entre formulação e implementação, entendendo que a implementação é a continuação da formulação por outros meios (HILL; HUPE, 2014).

Conforme Lotta (2019), atualmente estamos na quarta geração dos estudos sobre implementação, marcada por uma influência de outros campos de estudos, especialmente da sociologia. É marcante nessa geração temas relacionados aos novos modelos de ação estatal, a ideia de governança, relação entre atores estatais e não estatais, novos arranjos institucionais, processos multiníveis e capacidades estatais ganham espaço nessa agenda.

No Brasil, em meio ao período de redemocratização e da elaboração da Constituição Federal de 1988, as análises sobre políticas públicas eram mais centradas em desenhos institucionais ou nas estratégias de coordenação federativa e na indução das políticas nos governos subnacionais. Como aponta Bichir (2020), dos anos 1980 até começo dos anos 2000, houve pouca preocupação com o tema da implementação de políticas públicas e as análises neste período estiveram muito centradas na perspectiva *top down*, considerando a aplicação das políticas na lógica de cima para baixo em diversas políticas subnacionais. A partir de 2010, as análises sobre implementação

passam a ganhar um impulso em torno dos estudos de burocracias e organizações de nível de rua (FARIA, 2012; PIRES, 2012; LIMA, 2012; LOTTA, 2015).

Um ponto chave para analisar a implementação deve partir do princípio de considerar como ocorre a transformação de intenções governamentais em práticas e ações (BICHIR, 2020). O que a literatura tem nos mostrado é que não podemos olhar para a política de forma fragmentada, mas sim holística, buscando perceber que existe um caminho percorrido desde os altos escalões políticos até o nível de rua. Neste caminho, as tramas de interações desencadeadas pela política pública resultam em decisões que definem sua verdadeira face.

1.2 BUROCRACIA DE NÍVEL DE RUA

Desde Michael Lipsky (1980), a literatura sobre implementação de políticas públicas compreende os trabalhadores do serviço público, representantes do Estado que interagem diretamente com a população em sua atuação profissional, como *street-level bureaucracy*, os burocratas de nível de rua. A ação pública no nível de rua compreende a atuação de professores, policiais, assistentes sociais, agentes de saúde, entre outros profissionais que possuem um determinante papel na implementação de políticas, uma vez que é através destes burocratas que os benefícios chegam até a população. Segundo o autor (LIPSKY, 2019), estes burocratas produzem benefícios e sanções capazes de estruturar e delimitar a vida e as oportunidades das pessoas, podem entregar bens – assistenciais ou habitacionais – e têm o poder de definir status – como “criminoso” ou “mentalmente incapaz” – portanto, suas ações estão diretamente relacionadas com os indivíduos.

Segundo Brodtkin (2012), a contribuição de Lipsky buscou desmistificar o trabalho das burocracias e avançou no exame do nível de rua para entender as burocracias e como elas funcionam. O campo de estudos passou a se concentrar não sobre o que a política dizia, mas sobre o que era feito a partir da política (BRODKIN, 2012). Com isso, o foco nos burocratas de nível de rua passou a ser tomado como forma de compreender o que era feito com as determinações de uma política em sua aplicação.

Burocratas de nível de rua são fundamentais mediadores entre Estado e sociedade e transitam entre os dois mundos (GOFEN, 2014). Também, é importante lembrar que muitas das funções da burocracia de nível de rua podem ser exercidas por trabalhadores terceirizados ou que não sejam contratados diretamente pelo Estado (BRODKIN, 2012). Eles devem traduzir histórias pessoais em casos administrativos e por estarem na base hierárquica burocrática, eles têm que lidar com ambiguidades, regras vagas e conflitos da política (ZACKA, 2017). Ao representarem tal função, apresentam também um tensionamento entre os interesses da burocracia a que pertencem, a qual exige o cumprimento de normas e regras, e as demandas recebidas da população assistida pela política (LOTTA, 2019). Como são estes profissionais que interpretam a política, acabam tendo que lidar com contextos em que a realidade não cabe totalmente na norma e possuem espaço discricionário para tomarem suas decisões.

Isso se explica porque para discutir sobre os alcances e os limites da política, devemos, na verdade, discutir sobre os alcances e limites das ações desempenhadas pelos burocratas de nível de rua (FERNANDEZ; GUIMARÃES, 2020). Outro ponto relevante é o fato de que seus clientes não são voluntários (LIPSKY, 1980), ou seja, são indivíduos que acessam aqueles serviços por não terem outra opção. Como os cidadãos dependem da ação dos agentes do nível de rua, isso faz com que a relação entre população e estes burocratas seja desigual, marcada por esta distinção, ainda que envolva também a pessoalidade e proximidade (MAYNARD-MOODY; MUSHENO, 2000).

Um dos pontos fundamentais para entender o trabalho de burocratas de nível de rua é reconhecer que a discricionariedade é uma realidade na implementação de políticas públicas (BRODKIN, 2012; FERNANDEZ; GUIMARÃES, 2020). Este espaço discricionário faz parte da própria natureza das políticas que implementam, onde não se trata necessariamente de falta de controle para garantir ações mais padronizadas e uniformes, como explicam Fernandez e Guimarães (2020):

Em geral, os burocratas de nível de rua desempenham funções complexas para as quais mesmo uma melhor elaboração de regras, diretrizes ou instruções não poderia circunscrever as alternativas para todas as situações com as quais lidam no cotidiano da política (FERNANDEZ; GUIMARÃES, 2020, p. 299).

Como ressaltam as autoras, não se trata necessariamente de falta de controle, uma vez que as próprias funções destes burocratas não caberiam em um manual. Isso

destaca o aspecto humano necessário ao exercício das funções que cabem a burocratas de nível de rua, os quais precisam decidir sobre os mais diversos assuntos em meio a contextos muitas vezes imprevisíveis. Esse poder discricionário pode ser notado nas diferentes abordagens de um policial, nas orientações de uma agente de saúde, no plano de aula de uma professora ou ainda na condução de diferentes casos por uma assistente social.

Conforme Lipsky (2019), o exercício da discricionariedade trata-se de algo inevitável e inerente a burocracia de nível de rua devido a três condições principais que levam a isso:

I) O trabalho é realizado por meio de interações face a face com usuários, em situações complexas e muitas vezes marcadas pelo imediatismo que podem envolver riscos e tensões na interação ou ainda envolver questões difíceis de serem traduzidas nos protocolos e prescrições formais;

II) O trabalho é guiado por um grande número de regulamentações, legislações nacionais, internacionais e locais que são muitas vezes contraditórias e difíceis de serem seguidas na sua totalidade; e

III) O trabalho é desenvolvido longe do olhar e da supervisão direta de superiores.

Assim, podemos compreender que são agentes públicos que atuam em nome do Estado para cumprir um conjunto de normas e ações dentro de uma política específica e exercem esse papel em contato direto com a população, lidando com situações complexas, muitas vezes não descritas, tendo pleno poder de tomada de decisão em cada caso que atendem. Dentro deste amplo espectro de elementos que definem o trabalho de burocratas de nível de rua, Lipsky (2019) destaca quatro ações primordiais em que fazem alto uso de discricionariedade:

A primeira consiste em *triar, classificar e categorizar usuários*. As pessoas chegam até os burocratas de nível de rua com suas demandas individualizadas, mas estes profissionais transformam estes contextos individuais em categorias previamente existentes na política, consequência dessa categorização é a alocação de indivíduos em determinadas categorias que recebem tratamentos específicos a depender do seu significado (LOTTA, 2019).

O processo de categorização é complexo e como vem sendo apontado pela literatura mais recente, é realizado com base não apenas em categorias políticas, mas especialmente com categorias sociais mais amplas, muitas vezes baseadas no estigma e no senso comum (MOLLER; HARRITS, 2013; MAYNARD-MOOD; MUSHENO, 2003). Harrits e Moller (2013) explicam que os burocratas de nível de rua reproduzem e reforçam categorias sociais já existentes, tornando-as categorias políticas que podem não apenas afetar a identidade dos cidadãos, por meio da percepção de como são enquadrados, como também reproduzir padrões de estigma social. Este processo possui duplo efeito: material em relação a acesso diferenciado a bens e serviços e simbólico, em termos de produção e reprodução de estigmas.

Uma segunda tarefa é *distribuir benefícios e sanções* que afetam o bem-estar dos/as usuários/as. Isso acontece a partir do processo de categorização, mas também pode ocorrer através da definição de prioridades em diferentes situações (LIPSKY, 2019). Como a efetivação dos serviços públicos ocorre através do trabalho destes burocratas, eles definem de que maneira os recursos da política serão distribuídos.

A terceira tarefa dos burocratas de nível de rua consiste em estruturar os contextos de interação (LIPSKY, 2019). Como vimos, a interação direta com a população é um elemento definidor do trabalho da burocracia de nível de rua e são os próprios burocratas que estruturam a maneira como irão interagir com usuários. Um exemplo claro dessa ação está no trabalho de agentes de saúde, que definem quando irão visitar usuários, com que frequência, por quanto tempo irá ocorrer a visita e, principalmente, qual será a abordagem estabelecida na interação.

A quarta tarefa primordial no trabalho da burocracia de nível de rua consiste em *ensinar aos cidadãos* como serem usuários dos serviços do Estado (LOTTA, 2019). Uma das faces de seu trabalho é fazer com que a população compreenda as regras necessárias para alcançar determinado benefício, o que podem esperar do Estado, como devem proceder dentro das burocracias. Enfim, consiste no aspecto disciplinar que cabe a estes burocratas que podem conduzir o que consideram ser o comportamento de um bom cidadão, portanto são ações repletas de julgamentos morais. Estas tarefas definem a atuação cotidiana dos burocratas de nível de rua e têm como elemento constitutivo o exercício da discricionariedade (LOTTA, 2019).

Pires (2012) observa que estes agentes públicos, devido ao seu alto grau de discricionariedade e a uma demanda geralmente maior do que a capacidade dos

serviços, acabam escolhendo quem serão os atendidos pela política, priorizando determinadas demandas e desenvolvendo suas próprias abordagens para implementar a política em contextos diversos. De acordo com Lipsky (2019), os burocratas estabelecem seus critérios de acordo com os usuários que vão “render” mais com os recursos da política, os mais acessíveis e os mais fáceis de relacionar, pois segundo o autor, o trabalho destes profissionais é permeado por uma constante escassez de recursos, desta forma, direcionam seus esforços ao público mais acessível aos objetivos da política.

A pesquisa realizada por Pires (2012), ao analisar a atuação de fiscais do trabalho em três estados brasileiros, identifica diferentes estilos de implementação, variações de estilo pedagógico – relacionado a uma atuação educativa, voltada à orientação e auxílio para que as empresas cumpram com a legislação – e também o estilo punitivo/coercitivo – em que os burocratas atuam de maneira exclusivamente punitiva, aplicando diretamente multas e sanções. De acordo com o autor (PIRES, 2012), estes estilos podem variar, podendo ser verificados casos de combinação entre as duas abordagens. Mas pode-se perceber que em ambos os casos o burocrata está cumprindo com as determinações da burocracia a que pertence e de acordo com as normas federais estabelecidas, evidenciando que a discricionariedade presente no nível de rua permite diferentes estilos de implementação para uma mesma política.

Lotta (2012), também apresenta diferentes estilos de implementação, porém observados no trabalho de ACS que desenvolvem diferentes procedimentos para orientar famílias assistidas pela ESF sobre o cuidado à saúde. As e os ACS acionam referências familiares, religiosas ou pessoais para facilitar o entendimento a respeito da política. Também é possível observar estilos em que o burocrata usa de maior autoridade/coerção ou de estratégias mais educativas e horizontais (LOTTA, 2012). De acordo com estes autores (LOTTA, 2012; PIRES, 2012), as variações nas práticas, interações e julgamentos da burocracia de nível de rua podem contribuir na exclusão e discriminação de determinados segmentos da população, reproduzindo desigualdades sociais.

Estas características ainda podem ser observadas na pesquisa de Oliveira e Carvalho (2017), sobre a distribuição de alunos em turmas de reforço, onde as agentes educacionais estudadas evidenciam a existência de alunos com melhor ou pior rendimento escolar, demonstrando diferenças quanto ao “merecimento” de dedicação no

ensino a determinados alunos. Já Milanezi (2017) identifica diferentes percepções de profissionais de saúde acerca das definições raciais estabelecidas na política de saúde para a população negra, apontando silêncio, dúvidas, delimitações e negação em torno das reações observadas sobre o tratamento dado à saúde desta população.

Um dos pontos-chaves para compreender como se estruturam estas diferentes formas da política ser implementada, é analisar os encontros da burocracia de nível de rua com a população. Conforme explicado por Pires (2019, p. 15), “as interações cotidianas das populações em desigualdades com os serviços prestados pelo Estado assumem papel importante na construção de trajetórias sociais”, sendo recente no campo de políticas públicas a demarcação conceitual, que está centrada fundamentalmente em uma abordagem relacional da implementação, buscando compreender os processos políticos das burocracias e dos burocratas que implementam políticas sob a ótica dos encontros por eles produzidas.

Pires (2019) define estas interações como decisivas, pois elas representam a fonte de recursos para agir sobre condições de vulnerabilidades, como o acesso a oportunidades de inclusão social e resolução de problemas, mas também podem reforçar essas condições, contribuindo para a manutenção de condições desiguais e inferiorizadas.

Os encontros de burocratas de nível de rua são as atividades que ocorrem entre agentes públicos encarregados de executar as funções diárias e rotineiras dos órgãos governamentais, como atendimento ao público, processamento de documentos e tomada de decisões administrativas. Conforme Lipsky (2019), essas interações podem ser descritas em termos de várias dimensões, incluindo:

- Hierarquia: os burocratas de nível de rua geralmente estão na base da hierarquia do governo, enquanto os burocratas de nível mais alto estão no topo. Isso significa que os burocratas de nível de rua geralmente seguem as ordens de seus superiores e estão sujeitos à supervisão.
- Rotina: as interações dos burocratas de nível de rua são muitas vezes rotineiras e previsíveis. Eles seguem os procedimentos estabelecidos e usam formulários e sistemas padronizados para realizar suas tarefas.
- Controle: os burocratas de nível de rua estão sujeitos a uma série de regras e regulamentos que governam sua conduta no desempenho de suas funções. Isso

ajuda a garantir a integridade do processo burocrático e a minimizar o risco de corrupção.

- **Autonomia limitada:** embora os burocratas de nível de rua tenham alguma autonomia em suas funções diárias, eles ainda estão sujeitos à supervisão e controle de seus superiores hierárquicos. Isso ajuda a garantir a conformidade com as políticas e diretrizes estabelecidas pelo governo.

Estas são algumas dimensões que devem ser observadas para analisar as interações no nível de rua. Lotta e Pires (2019) destacam a importância de compreender como as práticas e relações burocráticas podem perpetuar ou mitigar desigualdades. Para isso, os autores comparam duas perspectivas teóricas sobre o assunto. A primeira é a perspectiva da “discrição do agente”, que destaca o papel dos burocratas de nível de rua na tomada de decisões e na adaptação das regras e procedimentos às circunstâncias específicas (LOTTA; PIRES, 2019). A segunda perspectiva é a da “estrutura burocrática”, que enfatiza a importância das normas, regras e procedimentos institucionalizados na produção e reprodução de desigualdades.

Os autores (LOTTA; PIRES, 2019) argumentam que ambas as perspectivas são relevantes para entender a burocracia de nível de rua e suas implicações para as desigualdades sociais. Eles sugerem que uma abordagem integrada, que leve em conta tanto a discrição do agente quanto a estrutura burocrática, é mais adequada para analisar as complexidades e dinâmicas dos encontros burocráticos no contexto da produção e reprodução das desigualdades sociais.

1.3 QUADROS DE VULNERABILIDADES NA LINHA DE FRENTE

O que é público na nossa relação com o mundo? Butler (2015) ao refletir sobre nossa condição precária e nossa necessidade de cuidado, explica que isso gera uma relação com as pessoas ao nosso redor, a qual implica em uma exposição da precariedade para que seja vista, comunicada e reconhecida. Esta relação reproduz uma cena de reconhecimento, em que o sujeito emerge falando de si, sobre seu sofrimento,

onde constrói uma narrativa sobre sua dor, em uma tentativa de ser reconhecido e sua precariedade se torna pública.

Neste sentido, a autora analisa as formas desiguais com que somos expostos às condições precárias e um dos pontos de partida para entender isso é o pressuposto do corpo como expressão política: “Somos constituídos politicamente em parte pela vulnerabilidade social dos nossos corpos – como um local de desejo e de vulnerabilidade física, *como um local de exposição pública* ao mesmo tempo assertivo e desprotegido” (BUTLER, 2019, p. 40). O corpo, visto como um local de exposição pública, nos permite pensar que o acesso a direitos e a exposição à violência está diretamente condicionado a quem somos. A discussão feita pela autora sobre a dimensão pública do nosso corpo dentro do campo político ajuda a compreender a questão da vulnerabilidade:

O corpo implica mortalidade, vulnerabilidade, agência: a pele e a carne nos expõem ao olhar dos outros, mas também ao toque e à violência, e os corpos também ameaçam nos transformar na agência e no instrumento de tudo isso. embora lutemos por direitos sobre nossos próprios corpos, os próprios corpos pelos quais lutamos não são apenas nossos. *O corpo tem sua dimensão invariavelmente pública.* Constituído como um fenômeno social na esfera pública, meu corpo é e não é meu (Butler, 2019. p. 46, grifo do autor),

Butler está sugerindo que o corpo humano é mais do que apenas um objeto físico, mas também é um fenômeno social que está constantemente sendo moldado e afetado pelas relações sociais e políticas em que está inserido. Essas relações moldam nossa percepção do corpo, nossa relação com ele e nossos direitos sobre ele.

A dimensão pública do corpo inclui nossas necessidades de cuidado como, por exemplo, de um bebê ao nascer, que demanda atenção de um núcleo familiar, posteriormente demanda cuidados educacionais para a construção de sua aprendizagem, cuidados médicos para o desenvolvimento físico saudável, entre outros. A exposição a vulnerabilidades ocorre de formas diferentes para cada indivíduo, principalmente, podemos identificar diferenças nas formas encontradas pelos indivíduos de reagir às vulnerabilidades, variáveis de acordo com suas condições sociais, raça, gênero, cultura, dentre inúmeros determinantes que afetam na exposição a condições de vulnerabilidades. Segundo Butler (2015), a noção de enquadramento está atrelada às molduras pelas quais se apreende uma vida que pode ou não ser lesada, onde são demarcadas normas políticas e morais que colocam algumas vulnerabilidades sendo mais reconhecíveis do que outras:

Trata-se, contudo, de saber como essas normas operam para tornar certos sujeitos pessoas 'reconhecíveis' e tornar outros decididamente mais difíceis de reconhecer. O problema não é apenas saber como incluir mais pessoas nas normas existentes, mas sim considerar como as normas existentes atribuem reconhecimento de forma diferenciada (BUTLER, 2015, p. 20)

Butler está argumentando que as normas não são neutras e objetivas, mas são construídas socialmente a partir da manutenção de uma estrutura política na qual certos corpos são reconhecidos como detentores de políticas e direitos, enquanto outros são negados em sua condição de vulnerabilidade e, portanto, de acesso a direitos, o que inclui o cuidado em saúde. Nesse caso, se o Estado produz uma política de saúde que reconhece sujeitos e suas condições de necessidade e vulnerabilidades a partir de um modelo de enquadramento que exclui corpos com deficiências, pessoas em suas identidades de gênero, modos distintos de vivência da sexualidade, de acesso a serviços sociais a depender de sua classe ou raça, entre outros, está a produzir modos distintos de acesso a uma política pública. No contexto da APS, isso significa que para algumas pessoas ter sua vulnerabilidade reconhecida não será muito difícil, enquanto outras podem ser estigmatizadas ou desacreditadas, afetando na qualidade de atenção à saúde de alguns usuários, bem como na capacidade de engajamento no processo de cuidado.

O conceito de enquadramento, deste modo, está diretamente atrelado aos marcos do reconhecimento do indivíduo, referindo-se às molduras (ou normas e julgamentos morais) que fazem certas vulnerabilidades serem mais reconhecidas do que outras. Ou ainda, como explica Oliveira (2014), o enquadramento é um modo de definir a quem importa ter direitos e como ocorre a constituição de um sujeito de direitos.

Nesta linha, o enquadramento não é apenas sobre a cena em si, mas inclui uma leitura do quadro, o contexto da cena, os sentidos históricos que posicionam o sujeito na cena. Butler (2015) destaca a necessidade de dar atenção para a maneira com que são produzidas as molduras do quadro, ou seja, o processo de produção do reconhecimento pela condição vulnerável e o conjunto de atributos que se comunicam no quadro.

É importante ressaltar que: “nem tudo que está incluído sob a rubrica ‘vida precária’ é, desse modo, *a priori*, digno de proteção contra a destruição” (BUTLER 2015, p. 36), o que significa que nem todas as vidas precárias que demandam atenção do Estado por meio de uma política pública encontram auxílio e proteção. Estes diferentes quadros de reconhecimento tornam possível compreender algumas vidas como não

passíveis de luto, cuja morte não é vista como uma perda e cujas condições não são reconhecíveis para se tornar uma vida vivível (BUTLER, 2015).

A autora ressalta o efeito das formas desiguais com que ocorrem os enquadramentos sobre vidas precárias:

A condição precária designa a condição politicamente induzida na qual certas populações sofrem com redes sociais e econômicas de apoio deficientes e ficam expostas de forma diferenciada às violações, à violência e à morte (BUTLER, 2009, p. 46).

No arranjo conceitual delimitado para a presente pesquisa importa, especialmente, analisar duas questões sobre enquadramento: a primeira é sobre o contexto político em que a burocracia de nível de rua realiza seus encontros com a população. Segundo, como opera essa distribuição desigual e diferenciada do reconhecimento sobre as vulnerabilidades.

Na primeira questão emergem os contextos políticos, organizacionais e até mesmo territoriais que moldam a ação burocrática e que definem o rol de alternativas que possuem para lidar com os problemas dos usuários. Na segunda, evidenciam-se diferentes condições de vulnerabilidades que podem estar restritas a condição física do indivíduo, ou ainda somadas às condições de moradia, trabalho, renda, fatores ambientais, dentre outros que podem agravar sua vulnerabilidade e que tem seu tratamento definido no momento de encontro com a burocracia de nível de rua.

Neste sentido, o argumento desenvolvido por Butler (2015, 2019) e que contribui para este debate, está em analisar como se constituem os enquadramentos da burocracia de nível de rua sobre as condições de vulnerabilidades. Este processo se difere das categorizações, por exemplo, ao olhar menos para a maneira com que o usuário é identificado pela política e mais para o quanto o seu problema é reconhecido e trabalhado. Como uma “hierarquia do luto”, trata-se de compreender a quem importa ter direitos e como ocorre a constituição de um sujeito de direitos (OLIVEIRA, 2014).

No campo da implementação de políticas públicas, esse processo compõe uma situação em que o Estado “administra a vulnerabilidade” da população, comportando hierarquização em que determinadas vidas seriam mais dignas de solidariedade pública do que outras (FONSECA; SANDIM, 2022). Este posicionamento analítico permitiu conduzir o trabalho de pesquisa empírica buscando registrar estes quadros de vulnerabilidades nos encontros da burocracia de nível de rua. Com isso, observar

distintas formas de reconhecimentos da vulnerabilidade, atentando para as condições e os contextos em que ocorrem esses encontros, pode revelar as tendências da política para agir em determinadas situações.

Em termos de contribuição para o campo de estudos sobre implementação de políticas públicas, destaca-se aqui a possibilidade de analisar como as políticas podem contribuir na estrutura de oportunidades dos indivíduos, em resposta à condição de vulnerabilidade, conforme apontado por Fonseca e Sandim (2022). Ou ainda, podem se tornar *locus* de reprodução de desigualdades sociais, servindo como objeto para interpretação sobre como operam os mecanismos de reprodução de desigualdades em processos de implementação, como abordado por Pires (2019). Além disso, uma dimensão fundamental abordada por Butler (2015) na compreensão dos enquadramentos, ainda, não vinha sendo analisada pela literatura sobre implementação de políticas: o corpo como objeto do enquadramento. Neste sentido, o olhar sobre a vulnerabilidade considera este elemento, em seu contexto, em sua cena de reconhecimento, como o objeto da ação pública.

2. CUIDADOS PRIMÁRIOS À SAÚDE: DEFINIÇÕES E A TRAJETÓRIA BRASILEIRA

Neste capítulo discutiremos o objeto da política pública aqui analisada: os cuidados primários à saúde. Para tal compreensão, serão abordadas em três seções as definições e a trajetória brasileira na formulação e implementação de uma política para a APS. O ponto de partida é uma reflexão introdutória sobre a conjuntura atual de conflitos em torno dos cuidados primários; em seguida serão apresentadas algumas explicações em volta das definições em relação ao funcionamento político mobilizado para a implementação desta política, bem como aos aspectos técnicos que referem-se a mudança que ela representa em termos de processo de trabalho em saúde; por fim, será apresentada a trajetória brasileira, detalhando as mudanças políticas que constituem a APS.

2.1 A CONJUNTURA DO CUIDADO

O cuidado está relacionado a processos de reprodução social, da economia, da organização política, de manutenção da cultura e da própria vida (FRASER, 2016). Segundo Nancy Fraser, a crise que se vive atualmente no cuidado está relacionada à redução de investimentos estatais no bem-estar social, o que acentua pressões de diversas direções sobre capacidades sociais como, gerar e criar crianças, cuidar da saúde, manter lares e comunidades, com maior impacto sobre grupos populacionais mais pobres. Tais necessidades são confrontadas por contradições emergentes do capitalismo financeirizado (FRASER, 2016), ou seja, poucos investimentos do Estado em políticas de proteção social, ao passo que as famílias, especialmente as mulheres, são cada vez mais responsabilizadas pela esfera de cuidados.

A pandemia global de Covid-19 evidenciou estas contradições. Países que investem em sistemas públicos de saúde e em estratégias capazes de identificar, tratar e recuperar pessoas infectadas conseguiram sair da crise sanitária com menos danos (BLEMENTHAL et. al., 2020), demonstrando a importância do investimento em políticas universais.

O Brasil criou o SUS em um período de emergência de políticas sociais no final da década de 1980, com a proposta de universalizar a oferta de serviços públicos de saúde e descentralizar o poder político nas esferas de governo, possibilitando maior autonomia aos estados e municípios para implementar políticas (ARRETCHE, 1999). Uma das premissas adotadas para reorganizar o modelo de atenção à saúde no país foi investir na APS, que é reconhecida internacionalmente como um fator de benefício na sustentação de sistemas de saúde de qualidade (GIOVANELLA, 2018). Os cuidados primários maximizam o potencial resolutivo dos serviços, pois seu foco está na promoção e prevenção, funcionando como porta de entrada do usuário e atuando sobre os problemas de saúde em uma perspectiva ampliada (STARFIELD, 2002). Buscando criar serviços de saúde para atuar nesta perspectiva, o país criou a PNAB (BRASIL, 2006b).

Porém, ao longo dos trinta anos de existência do SUS, algumas contradições foram evidenciadas em relação aos investimentos estatais para cumprir com seus princípios. A expansão da oferta, especialmente no nível de Atenção Básica, não foi capaz de alcançar a demanda gerada pela universalização (OCKÉ-REIS, 2012). O contexto de escassez de recursos produziu estratégias para direcionar o acesso, gerando políticas seletivas focalizadas em grupos populacionais vulneráveis, reduzindo-se a um universalismo básico (GIOVANELLA, 2018).

A disputa por investimentos no bem-estar social se acentuou em 2016, com a Emenda Constitucional nº 95, que estabelece um teto de gastos públicos e aplica um regime de austeridade fiscal sobre as políticas sociais. Esta emenda na constituição ressalta o conflito entre dois projetos políticos opostos, a radicalidade neoliberal em contraponto às políticas social-democratas (COHN, 2020). Este movimento de ascensão neoliberal sobre as políticas sociais passou a provocar uma série de reformas, atingindo a APS, alterando diretrizes para a organização da PNAB, bem como no financiamento deste setor.

Estas alterações, trouxeram maior flexibilização para parcerias entre o Estado e prestadores de serviços, reduzindo gastos sociais e precarizando as condições de trabalho dos profissionais (MENICUCCI; GOMES, 2018), além de alterar a operação dos cuidados à saúde (GIOVANELLA, 2018). Percebemos uma conjuntura de políticas públicas criadas em um contexto de ascensão de direitos e ampliação de serviços do Estado, porém diante das inúmeras transformações ocorridas ao longo das últimas três

décadas e, especialmente, desse novo momento político brasileiro de austeridade com as políticas sociais, os tensionamentos entre projetos políticos distintos fica evidente.

2.2 DESCENTRALIZAÇÃO NA POLÍTICA E NO CUIDADO

Para analisarmos a trajetória da APS e a conjuntura de reformas no cuidado, que vem se delineando desde 2016, é necessário fixar algumas questões importantes sobre a organização política e o modelo de cuidados adotados no Brasil. Até a criação do SUS, a ausência de financiamento e de garantias constitucionais fazia com que o cuidado à saúde não configurasse como um direito, mas que fosse determinado pela relação com o mercado de trabalho (COHN, 2020). Um tipo de cidadania regulada (SANTOS, 1979), em que a condição de cidadão portador de direitos se dava quando o indivíduo possuía algum vínculo com o mercado de trabalho.

Nesse período, as ações em saúde pública tinham um caráter curativista, ou seja, agiam centradas na doença. A partir da década de 1970, com o surgimento do movimento sanitário, ações preventivas começaram a ser realizadas em contextos específicos e através destas experiências o modelo de atenção à saúde do SUS foi sendo constituído (FALLETI, 2010). Em oposição àquele modelo de cuidados altamente centralizado e hierarquizado, sem acesso inclusivo à população e com grandes demandas em relação à saúde pública, as mudanças constitucionais de 1988 enfatizavam uma *descentralização política*. O caráter de federação descentralizada redefiniu competências das esferas de governo, distribuindo o poder político pelo território nacional (ALMEIDA, 2001).

A descentralização em políticas de saúde, inicialmente, era vista como uma estratégia de reforma administrativa para melhorar o funcionamento e a qualidade dos serviços, posteriormente, como meio para promover a democracia (BOSSERT, 1998). No caso do SUS, representou “a descentralização de atividades diretas de prestação de serviços mantendo um grau elevado de coordenação das políticas no governo federal” (HOCHMAN; ARRETCHE; MARQUES, 2007, p. 19). Ao governo federal compete a formulação e condução da política nacional de saúde; aos estados, as funções de gestão, coordenação, controle e elaboração; aos municípios o planejamento, a gestão e a coordenação do plano municipal de saúde, bem como a execução de serviços e ações

básicas (GERSHMAN, 2004). O município passa a ser um ator central na execução dos serviços de saúde, especialmente na incorporação da APS.

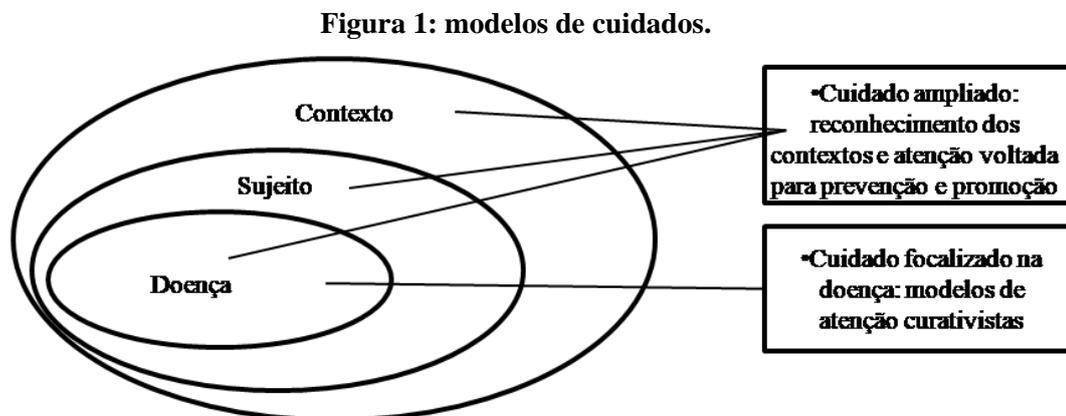
Além da descentralização, o SUS é orientado pelos princípios da universalidade, da integralidade e da equidade, propondo outro modelo de cuidados. O foco na APS representa a conformidade com estes princípios, seguindo exemplos de sistemas de saúde que vinham adotando cuidados primários para qualificar o bem-estar da população, como o modelo cubano e britânico (CÔRTEZ, 2009).

A Conferência Internacional de cuidados primários à Saúde de Alma-Ata, no Cazaquistão, ressaltou a importância da “concepção de saúde como o estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade” (OMS, 1978). No âmbito de estudos da saúde coletiva, a concepção de cuidados primários à saúde tenciona uma ampliação do conhecimento e do objeto da clínica.

A partir desta visão de saúde, ocorreu uma reforma da clínica convencional centrada no modelo biomédico, promovendo um deslocamento na maneira de pensar o cuidado, buscando algo que incluía os sujeitos em seus contextos nesse processo. Como, por exemplo, explica Campos (2002, p. 4-5): “Clínica do Sujeito? Sim uma clínica centrada nos Sujeitos, nas pessoas reais, em sua existência concreta, inclusive considerando-se a doença como parte destas existências”. Nessa perspectiva, para além da análise sobre a doença, os cuidados primários devem incluir o sujeito e preocupar-se com as condições sociais que este terá para obter sucesso em determinado tratamento (CAMPOS, 2002).

Além da ampliação no objeto da clínica, o exercício do cuidado também ganha outros sentidos, pois com base no reconhecimento dos sujeitos é possível pensar em prevenir e promover saúde. Arrouca (1975) explica que o movimento “preventivista” parte de uma contestação à ausência de racionalidade da medicina curativista, uma vez que ao centrar-se na doença e no tratamento, sem considerar causas e contextos individuais, leva ao encarecimento da atenção médica e à redução do seu rendimento. Starfield (2002), ainda, resalta a importância da APS para agir com equidade, uma vez que, o olhar ampliado possibilita o manejo de problemas ocasionados por determinantes sociais, difíceis de serem identificados em diagnósticos especializados.

Com base nestas questões, na figura 1 podemos observar a relação estabelecida entre o foco da atenção dos serviços e o sistema de cuidados adotado:



Fonte: Martins; Carbonai, 2021

Ao pensar em saúde para além da doença e em cuidados como prevenção e promoção, a APS promove uma *descentralização do cuidado*. Os serviços ofertados na atenção primária buscam a causa da doença e desenvolvem estratégias para prevenir o adoecimento e promover condições saudáveis de vida e bem-estar. Os princípios que corroboram com uma medicina preventiva partem do fato de que qualquer doença evolui como resultado de causas múltiplas, podendo este processo evolutivo ser analisado, previsto e em alguns casos interrompido, impedindo o agravamento da condição de saúde (ARROUCA, 1975).

Além de possibilitar maior resolutividade dos problemas de saúde ao agir conforme as necessidades e realidades dos indivíduos, este modelo de cuidado, também, representa uma melhor relação custo-benefício uma vez que resolvendo problemas em um serviço básico, a demanda por especialidades e procedimentos mais caros seria menor (PAIM, 2006). Dentre os princípios da APS, destaca-se que deve ser o primeiro contato do usuário com o sistema de saúde, deve acompanhar o cuidado à saúde das pessoas ao longo do tempo e fornecer atenção integral, inclusive, encaminhando para outros serviços (STARFIELD, 2002).

No Brasil, a operacionalização deste modelo de cuidado tem na ESF o serviço central para a reorientação proposta pela APS, uma vez que o “trabalho da ESF consiste em uma atenção contínua a uma população de território definido” (SANTOS; MISHIMA; MERHY, 2018, p. 862). Este serviço deve ser composto por uma equipe

mínima: médico/a, enfermeiro/a, auxiliar ou técnico/a de enfermagem e ACS, podendo incluir equipe de saúde bucal, composta por cirurgião dentista, auxiliar e/ou técnico/a em Saúde Bucal. Cada equipe de ESF deve atender de 2.000 a 3.500 pessoas e cada ACS deve atender em torno de 750 pessoas (BRASIL, 2017). A ESF deve acompanhar as condições de saúde da população do seu território e através do ACS deve realizar o cadastro das famílias, registrar os problemas familiares e sanitários e orientar as pessoas sobre ações de cuidado à saúde.

Algumas imprecisões e ambigüidades podem ser observadas quanto ao significado (terminológico e prático) da APS. Prevaecem duas idéias amplas: uma referente a atenção de primeiro contato com o usuário no sistema, compreendendo saúde indissociável do desenvolvimento econômico-social e considerando a participação popular (GIOVANELLA, 2018); a segunda como uma “cesta de serviços” composta por respostas a algumas necessidades de grupos populacionais mais pobres (LAVRAS, 2011).

O Brasil compreende a APS dentro da terminologia de Atenção Básica à saúde, o que segundo Giovanella (2018), refere-se a uma escolha feita pelo movimento da Reforma Sanitária que buscou distinguir-se da visão de uma atenção primária seletiva, propondo um sistema público universal. Porém, interesses e investimentos políticos mantêm este campo constantemente tensionado entre estas duas modalidades: abrangente ou seletiva.

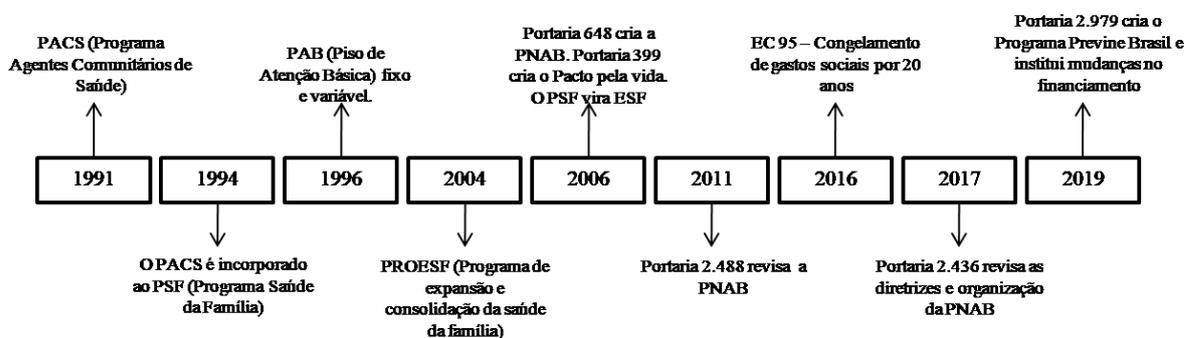
A descentralização na política amplia o poder e a responsabilidade dos municípios para executarem as políticas públicas, de modo que cada governo municipal pode construir sua rede de Atenção Básica de acordo com seus interesses, vontades e capacidades. A descentralização no cuidado direciona a atenção para fatores externos da doença, demandando um reconhecimento de suas causas e de seus contextos. A seguir vamos percorrer os principais marcos regulatórios desta política no Brasil, para buscar entender para onde suas reformas estão apontando.

2.3 DO PACS AO PREVINE BRASIL

Apesar de não ter alcançado uma cobertura universal em todos os municípios brasileiros, a APS apresenta resultados importantes no que se refere à resolutividade. O

número de Internações por Causas Sensíveis à Atenção Básica reduziu de 72,7% em 2001 para 55,2% em 2016, uma média de redução de 24% em internações que podem ser evitadas com a APS (PINTO; GIOVANELLA, 2018). Para reconstruir sua trajetória buscamos, através de uma revisão na legislação federal e em instrumentos normativos, compreender sua formulação e implementação. Alguns fatos são determinantes para entendermos sua construção política e na figura 2 apresentamos os principais marcos dessa trajetória:

Figura 2: A trajetória da APS no Brasil



Fonte: Elaboração própria.

Em 1991 foi criado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que realizava um trabalho de coleta de dados sobre as condições de vida e de saúde da população. Os ACS são burocratas de nível de rua que atuam na implementação de cuidados primários à saúde, coletando dados referentes a um território específico. Como explica Lotta (2015), estes burocratas possuem uma peculiaridade na forma com que desenvolvem a implementação, “pelo fato de serem selecionados entre moradores da própria comunidade, os ACS acabam se tornando atores híbridos, burocratas comunitários, ou seja, têm duplo pertencimento: ao Estado e à comunidade” (2015, p. 91). O pertencimento comunitário faz do ACS um ator fundamental para a aproximação da política pública à realidade de seus usuários, e por isso, central na implementação da APS.

Em 1993, o PACS foi incorporado ao Programa Saúde da Família (PSF) e incluiu os ACS em uma equipe de saúde composta por médico/a, enfermeiro/a e técnico/a de enfermagem. Entretanto, diante do sistema federativo do Brasil e da

autonomia dada às unidades subnacionais e aos municípios, a expansão deste programa dependia da capacidade política dos municípios em implementar estas equipes.

Alguns mecanismos foram necessários para garantir uma unidade nas políticas e induzir os governos locais a assumirem funções de gestão das políticas públicas (LIMA, 2005). O processo de implantação do SUS ocorreu de maneira gradual e ao longo da década de 1990 o Ministério da Saúde publicou Normas Operacionais Básicas (NOBs), que regulamentam a operacionalidade das políticas. A NOB-SUS/1996 foi criada buscando, entre outras coisas, fortalecer e induzir a APS e criou o Piso da Atenção Básica (PAB), estabelecendo uma transferência fixa *per capita* de recursos federais para os municípios implantarem serviços básicos de saúde.

Com o PAB fixo, os municípios passaram a receber um valor de acordo com o número de habitantes, posteriormente, com o PAB variável, foram incluídas transferências de acordo com a adesão do município a determinados programas, como o PSF ou o PACS (MARQUES; MENDES, 2002). A criação do PAB incentivou o aumento do número de municípios desenvolvendo programas e ações no nível primário de atenção, onde se destaca o PSF, fator determinante para a adequação do SUS ao modelo assistencial proposto em sua formulação (OCKÉ-REIS, 2012).

A expansão da ESF teve maior impacto nacionalmente a partir de 2004, quando foi criado o Programa de expansão e consolidação da saúde da família (PROESF). Através deste programa, o governo federal em parceria com o Banco Mundial passou a dispor de recursos financeiros para a habilitação e estruturação de equipes de saúde da família em municípios com mais de cem mil habitantes (SCHIMITH et al, 2017). Houve um crescimento significativo a partir do PROESF: em 2000 apenas 1.753 municípios tinham equipes de saúde da família, o que representava uma cobertura nacional de 9,20%, em 2016 havia 5.379 municípios com funcionamento da ESF, representando 63,48% de cobertura nacional (SCHIMITH, 2017; MENICUCCI E GOMES, 2018).

A portaria nº 399 de 2006 (BRASIL, 2006a) pactua diretrizes fundamentais para a consolidação do SUS, avançando na descentralização e na municipalização da gestão em saúde. O PSF se torna ESF, ganhando diretrizes operacionais e maior formalização da política enquanto processo de trabalho. Ainda em 2006, foi criada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), formalizando a ESF como serviço central deste nível de

atenção e definindo como responsabilidade da gestão municipal o planejamento e implementação destes serviços (BRASIL, 2006b).

Em 2011, a Portaria nº 2.488 apresenta uma edição da PNAB, qualificando a política através de programas como o Programa de Melhoria de Acesso e da Qualidade (PMAQ) e o Programa Mais Médicos (PMM) (MELO et. al, 2018). Mesmo com impactos distintos, especialmente quando comparados municípios de pequeno e grande porte, é incontestável a importância da ESF no desenvolvimento de mudanças no modelo de cuidados (LAVRAS, 2011).

Em 2016, após o impeachment da presidenta Dilma Rousseff, uma nova agenda política passa a ser incorporada no país, representando uma quebra no seguimento das políticas sociais (COHN, 2020). A EC nº 95 institui um regime de austeridade fiscal sobre os gastos sociais, determinando um teto de investimentos para despesas primárias e estimulando um processo acelerado de mudanças nas políticas sociais. Menicucci e Gomes (2018) explicam esse processo:

Emerge no Brasil um novo discurso que expressa uma inversão de prioridades: o ajuste das contas públicas passa a ser um fim em si mesmo, embora justificado pelo objetivo de retomada do crescimento, e palavras como diminuição das desigualdades, efetivação de direitos sociais ou equidade desaparecem do vocabulário político, substituídas por outras como incentivos ao mercado, modernização, reformas, desregulação (MENICUCCI; GOMES, 2018, p. 191).

Estas reformas chegam à ESF em 2017 com a Portaria 2.436 que revoga a PNAB de 2011 e estabelece uma revisão nas diretrizes para a organização da Atenção Básica. Dentre as mudanças estabelecidas, nota-se o fim da obrigatoriedade de 100% de cobertura do território por ACS, o que indica uma provável redução no número desses profissionais (GIOVANELLA, 2018). A portaria também cria a modalidade de equipe de Atenção Primária (eAP), que trabalha com as mesmas diretrizes da ESF, porém sem a obrigatoriedade de ACS e com a carga horária dos profissionais mais flexível, permitindo contratos de até 10h semanais (BRASIL, 2017).

A Portaria nº 930 de maio de 2019 institui o Programa “Saúde na Hora” tem por objetivo ampliar o acesso e a cobertura de APS, possibilitando que um maior número de usuários possa acessar o serviço e tenta reduzir o fluxo de atendimento em emergências hospitalares (BRASIL, 2019a). Este programa consiste na ampliação da carga horária de funcionamento das equipes de ESF, criando três formatos de adesão que exigem a configuração de Unidades de Saúde que concentrem de três a seis equipes de ESF, sem

a obrigatoriedade de ACS e com o intuito de promover um revezamento dos profissionais para atender em turnos estendidos – 12h e 11h horas ininterruptas, possibilitando atendimento noturno e aos finais de semana.

Os municípios que aderirem ao “Saúde na Hora” recebem um incentivo financeiro do Governo Federal, de acordo com a modalidade de funcionamento que se encaixarem. Porém, existem aspectos importantes a serem ressaltados, ao passo que este programa pode ampliar a cobertura de APS nos municípios, ele também, pode criar Unidades de Saúde concentradas em um local e reduzir o número de equipes simples espalhadas pelo território. Além disso, o fato de não exigir a cobertura com ACS reduz a possibilidade de realizar um trabalho mais próximo das comunidades com busca ativa sobre os problemas de saúde da população.

Ainda em 2019, como reformulação do Programa Médicos pelo Brasil, o Governo Federal autorizou que os municípios possam instituir uma Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS), que consiste em permitir que os municípios concedam a execução de políticas da APS para serviços autônomos, empresas de direito privado a quem o poder público delega a prestação dos serviços de APS (BRASIL, 2019b).

Outra mudança significativa está relacionada ao financiamento de custeio da APS. No dia 12 de novembro de 2019, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 2.979 que institui o Programa Previne Brasil, apresentando mudanças no financiamento da atenção primária. De acordo com esta portaria, o financiamento federal não seguirá mais o percentual *per capita* do PAB, mas sim um novo percentual definido por: I) Capitação ponderada; II) Pagamento por desempenho e; III) Incentivo para ações estratégicas (BRASIL, 2019c).

A “capitação ponderada” consiste em um critério para definição da demanda da ESF de acordo com as condições de vulnerabilidades sociais das famílias e dos territórios. Deverão ser prioridades no cadastro das famílias as condições de vulnerabilidades socioeconômicas e o perfil demográfico. O critério de vulnerabilidade socioeconômica contempla pessoas beneficiárias do Programa Bolsa Família, do Benefício de Prestação Continuada (BPC) e/ou benefício previdenciário no valor de até dois salários mínimos (BRASIL, 2019c).

O “pagamento por desempenho” consiste em um cálculo a partir do cumprimento de metas pelas equipes e condicionado ao tipo de equipe. Já o cálculo para “incentivo de ações estratégicas”, consiste em investimentos para as unidades que desempenham ou possuem algum tipo de ação específica – como Equipe de saúde bucal, Equipe de consultório na rua, Equipe de saúde da família ribeirinha, entre outras (BRASIL, 2019c). Nota-se que essa portaria altera os critérios de financiamento da ESF e, também, modifica as normas para cadastro das famílias. Com o critério de “capitação ponderada”, o atendimento passa a priorizar pessoas em condições sociais mais vulneráveis, não restringe o atendimento a qualquer pessoa que procurar o serviço de saúde, mas focaliza as ações em um grupo populacional específico.

Percebemos nesse processo de reformas, uma dificuldade existente nos sistemas de saúde universais: como oferecer acesso universal com equidade? Esta dificuldade se acentua em contextos de alta desigualdade social, como é o caso do Brasil. O risco desse paradigma é cair na oferta seletiva de serviços focalizados nos mais pobres e, como descreve Giovanella “expandir cobertura com seguros focalizados (privados, públicos ou subsidiados) com cesta de cuidados básicos selecionados, cristalizando iniquidades” (2018, p. 2). Uma APS mais seletiva torna as desigualdades sociais mais evidentes ao selecionar as pessoas com as piores condições de vida e saúde para serem atendidas.

É possível observar na trajetória nacional uma redução na centralidade da ESF e do ACS, restrição da oferta de serviços, financiamento por critérios de vulnerabilidade, desempenho e ações desenvolvidas e, ainda, uma flexibilização com o setor privado para a prestação dos serviços de APS. As mudanças na forma de financiamento estão em processo de incorporação, dividindo a agenda com a crise sanitária provocada pela Covid-19, de modo que ainda é difícil explicar os impactos sobre os sistemas de saúde. Porém, nestas últimas reformas, é possível perceber que a autonomia municipal é, mais do que nunca, determinante, pois o Governo Federal ampliou os tipos de equipes, favoreceu a intermediação com prestadores de serviços, tornou opcional o número de ACS, deixando as escolhas para o Governo Municipal.

Por fim, ainda cabe ressaltar a relevância do papel da ACS como “Elo” entre Estado e sociedade no processo de cuidados primários à saúde, o que pode ser observado também no processo de institucionalização dessa profissional. Em 2002, a Lei nº 10.507 formalizou a profissão de ACS, estabelecendo formação básica a nível de

ensino médio completo e a necessidade de residir na área em que atua. Em 2006, considerando a preocupação com a precariedade das condições de trabalho de ACS, a Emenda Constitucional nº 51/2006 proibiu a contratação indireta desses profissionais. Ainda, conforme Krieger et. al (2021) a institucionalização da profissional melhorou as condições de trabalho de ACS, no entanto, a supervisão destes profissionais concentrou-se mais no controle dentro de mecanismos de pagamento por desempenho do que na padronização de um treinamento. A falta de um programa de treinamento gerenciado pelo governo federal diminuiu a padronização das capacidades desses profissionais.

3. OS CAMINHOS E LUGARES DA PESQUISA

Para pesquisar a burocracia de nível de rua é preciso ir para a rua, seguir os caminhos percorridos pela política pública até ela encontrar com a população. Partindo do objetivo de analisar os encontros da burocracia de nível de rua com a população, uma premissa metodológica deve ser destacada: é necessário vivenciar os contextos das relações estudadas, observar salas de espera, conhecer os territórios, acompanhar visitas domiciliares, circular pelos espaços os quais a política se produz. Por meio de pesquisa empírica, esta tese percorreu os caminhos da APS em um contexto local, na cidade de Porto Alegre/RS. A imersão no campo se deu acompanhando rotinas de ACS e ao longo do caminho entendendo as dinâmicas políticas que se configuram em seus encontros com as famílias.

A partir da observação destes encontros, a intenção foi compreender quais enquadramentos são produzidos sob condições de vulnerabilidade. Nessa linha, o foco analítico construído para investigar os encontros da burocracia de nível de rua baseia-se na noção de que este momento é resultado de uma longa linha de relações políticas e, também, é convergência com diferentes trajetórias sociais, sendo capaz de afetar essas trajetórias. Por exemplo, uma ACS que vai na casa de uma família, na periferia de Porto Alegre, com o intuito de entregar um retorno de um pedido de consulta com um dermatologista, uma especialidade que costuma ter uma longa fila de espera. Na US tentaram contatar o usuário, mas não obtiveram êxito. O fato de a ACS ir até a casa desse cidadão entregar esse pedido de consulta vai garantir que os quase dois anos de espera não se prolonguem. No entanto, a interação não acontece apenas nesse encontro, pois ele é resultado de uma longa linha de produção de cuidado, que envolve desde o médico da regulação, o médico da ESF que fez o encaminhamento, gestores e demais profissionais que conduzem o processo de trabalho em saúde.

Portanto, o foco relacional da política já se aproxima de abordagens etnográficas com observações *in loco* e entrevistas para o levantamento dos dados empíricos (AUYERO, 2012). Ou como defende Zacka (2021), em utilizar modos de condução de pesquisas sobre burocracia de nível de rua, privilegiando as técnicas etnográficas para compreender os contextos da implementação, mas principalmente tendo como base um

elemento definidor da etnografia que é o “estar lá”, com a presença do/a pesquisador/a nos espaços de atuação da burocracia.

Neste capítulo, será apresentada a metodologia da pesquisa, as técnicas de coleta de dados utilizadas e os princípios que guiaram a realização do trabalho empírico. Também será explicado o contexto do universo de estudo e a escolha dos casos analisados. Por fim, um detalhamento do trabalho de campo e da coleta de dados, bem como o tratamento dos dados. Ao longo das próximas seções pretende-se demonstrar os caminhos percorridos pela pesquisa.

3.1 O VIÉS ETNOGRÁFICO NA ANÁLISE DO NÍVEL DE RUA

Descobertas sobre interações, enquadramentos, julgamentos morais e desigualdades em políticas públicas são abordadas através do foco na interação (LOTA, PIRES, 2019). Observar a relação estabelecida entre burocrata de nível de rua e usuários da política é a forma mais coerente para explicar o que acontece no processo de implementação. Desta forma, a etnografia é o método que possibilita a aproximação necessária entre o pesquisador e as relações entre Estado e cidadão. Segundo Koch (2018), o que muitas das narrativas sobre as relações entre Estado e Sociedade têm ignorado é o “como” e “o que” ocorre nessas relações, trazendo a etnografia como fundamental na descrição densa dos fatos e eventos ocorridos nestes contextos. Porém, ao adentrar no campo da etnografia, reconheço um determinado nível de cautela com que o método deve ser empregado, tal como Silva (2019) destaca a necessidade de adequação da “orientação” etnográfica para a área de estudo, no nosso caso a da Ciência Política.

Nesta perspectiva, Auyero (2012, p. 13) descreve a etnografia na Ciência Política como um método que possibilita examinar microscopicamente os fundamentos das instituições políticas e suas práticas, ideal para dissecar as complexidades diárias da política e seus significados implícitos. Quando se trata da análise de uma política pública, este exame microscópico é essencialmente importante, uma vez que permite fazer a ligação entre os planos macroestruturais da política, com o que acontece na vida das pessoas e nas relações microestruturais desencadeadas.

Zacka (2021) aponta para uma virada etnográfica na Ciência Política, devido a um campo diverso de pesquisas que fazem uso da etnografia para analisar segurança de fronteiras, provisão de serviços públicos, dentre outros temas micro contextuais. Os ganhos para área refletem na produção de teoria política refinada com pesquisa empírica, não apenas sobre o mundo social, mas a partir dele (ZACKA et al, 2021). A etnografia representa uma imersão na vida cotidiana, um trabalho não especificamente estruturado, em que o objetivo é compreender o significado das ações políticas, baseando-se em interações pessoais com os sujeitos de pesquisa (BOSWELL ET AL., 2019, p. 58).

Analisando uma política de assistência social para pobres e imigrantes na França, Fassin (2005) explicita o potencial da etnografia para compreender as disposições da política, o contexto de recursos escassos em que opera e por outro lado, a situação de vida de quem procura a assistência social. A observação das interações entre os funcionários públicos e os/as imigrantes, revelou reações diante da confrontação direta com o sofrimento e a dor do outro, estabelecendo uma tênue fronteira entre justiça e piedade (FASSIN, 2005).

Por se tratar de uma imersão na vida das pessoas, nas rotinas de serviços públicos, é pertinente a orientação feita por Biehl (2008) quanto a utilização deste método: “pesquisas etnográficas atentas a pessoas de carne e osso movimentam-se entre infraestruturas concretas e em tempo real, registrando as particularidades de cada situação” (BIEHL, 2008, p. 423). O movimento entre as estruturas e infraestruturas, como recomendado pelo autor, é fundamental para compreendermos, por exemplo, as relações hierárquicas que são atravessadas na ESF, os encaminhamentos para outros serviços da rede de saúde, entre outras questões que chamam o pesquisador a estar atento para a estruturação dos encontros entre burocratas de nível de rua e as pessoas usuárias da ESF.

Pensando no estudo de burocracias de nível de rua, a possibilidade de delimitar estudos de caso para analisar seu contexto de forma detalhada traz ganhos para compreender o objeto de estudo como parte de um contexto mais amplo, considerando seus aspectos relacionais e simbólicos (FERNANDEZ; GUIMARÃES, 2018). Em suma, a etnografia traz questões de segunda ordem na ciência política para o centro do debate.

Através do que chama de sensibilidade etnográfica, Zacka (2021) reforça o uso deste método como forma de avançar em estudos empíricos sobre burocracia de nível de rua. O autor (ZACKA et. al, 2021) destaca a qualidade e o foco de atenção que as etnografias tendem a exemplificar. Dentre essas qualidades de atenção destaca duas: I) levar as experiências a sério como ponto de partida para a investigação social; II) partir do pressuposto de que os significados e valores que atribuímos ao mundo só podem ser compreendidos à luz das experiências.

Isso contribui para a maneira como pensamos o Estado, normalmente como um conjunto de órgãos administrativos regulados por lei, mas quando atravessamos essa linha se transforma em uma zona com pessoas e funções difusas que produzem diferentes significados (ZACKA, 2021). Em última instância, o autor (ZACKA, 2021) explica que o engajamento com a etnografia, também na ciência política, faz parte do repertório de perspectivas decoloniais e feministas, que procuram ir além dos textos para incorporar experiências que ainda não foram reconhecidas.

Para modelar o uso da etnografia as características da política aqui estudada, a APS, alguns desdobramentos metodológicos foram importantes na execução da pesquisa. Em primeiro lugar, é importante lembrar que a APS é uma política nacional, que tem suas determinações sobre financiamento e organização definidos pelo Ministério da Saúde e, ainda, faz parte do SUS como política chave na coordenação do sistema. Por outro lado, sua implementação ocorre pelos governos municipais, de forma que, mesmo seguindo uma diretriz única nacional, cada rede local vai desenvolver suas próprias características e, por se tratar de uma política focalizada em territórios definidos, essas características ainda poderão variar dentro de cada território. O desafio que se apresenta é o de compreender o sistema global que faz a política funcionar, mas também de explorar a aplicação desse sistema em micro contextos de relações.

Neste sentido, a noção de etnografia multissituada apresentada por George Marcus (1995) contribui para este debate. Parte-se da ideia de que certos objetos de pesquisa etnográfica são introduzidos dentro de contextos de um sistema global, se constituem dentro de sítios multissituados (MARCUS, 1995). Ao perceber conexões, associações, relações, toma-se como estratégia tornar multissituado o olhar etnográfico, não restringir em um sítio único de situações locais.

Como Marcus (1995) explica, a etnografia multissituada é um exercício de mapeamento de terreno. Esta perspectiva possibilita olhar para uma política municipal,

como a APS, buscando interpretar suas estratégias de ação, permitindo considerar diferentes sítios onde a política funciona. Com isso, pode-se analisar uma lógica central, mas também especificidades locais.

Assim, para realizar uma etnografia multissituada dos encontros da burocracia de nível de rua da APS em Porto Alegre/RS, foram delimitados três estudos de casos, definidos a partir das divisões das Gerências Distritais do município, conforme será explicado mais adiante, mas o importante é entender que ter realizado uma etnografia com três sítios diferentes não significa realizar três etnografias. A prática da tradução na etnografia multissituada une os diferentes sítios que a compõem (MARCUS, 1995).

Por fim, essa abertura qualitativa na coleta de dados, possibilitada pela sensibilidade etnográfica com que a pesquisa se conduz, permitiu percorrer desde relatórios de gestão, observações in loco, entrevistas e fotografias para mapear os enquadramentos do nível de rua. Antes de detalhar a realização do trabalho de campo e das técnicas utilizadas na coleta dos dados, iremos conhecer o contexto local do universo da pesquisa. A seguir será apresentada a política local da APS em Porto Alegre e a escolha dos estudos de caso.

3.2 O CONTEXTO ESTUDADO: A POLÍTICA LOCAL DA APS EM PORTO ALEGRE/RS

Porto Alegre é a capital do estado do Rio Grande do Sul e possui 1.481.019 habitantes (IBGE, 2016). Conforme informações do Relatório Anual de Gestão de 2021 (PORTO ALEGRE, 2021), o município dispõe de 255 equipes de ESF (59,4% de cobertura do território), alocadas em 132 Unidades de Saúde (US). O contexto político local apresenta algumas particularidades que colocam Porto Alegre como um caso modelo para compreendermos a cena atual da APS no Brasil. As últimas reformulações desta política flexibilizaram a relação com prestadores de serviços, alteraram critérios de financiamento e possibilitaram uma redução no número de ACS por equipe de ESF.

O município apresenta um contexto em que é possível observar as repercussões destas reformulações, em 2021, a cobertura de ACS na capital gaúcha era de apenas 18%. O contexto de Porto Alegre apresenta direcionamentos na condução da APS onde é possível observar uma mudança no foco de atuação destes serviços.

A distribuição dos serviços SUS em Porto Alegre ocorre a partir da divisão do território em 17 Distritos Sanitários, que são: Ilhas, Humaitá/Navegantes, Centro, Noroeste, Norte, Eixo Baltazar, Leste, Nordeste, Glória, Cruzeiro, Cristal, Sul, Centro-Sul, Partenon, Lomba do Pinheiro, Restinga e Extremo-Sul.

Cada distrito apresenta uma realidade social distinta, desde características ambientais, geográficas, econômicas e de acesso a serviços públicos. A gestão, organização e o planejamento seguem a lógica da descentralização e até 2020 (momento em que pesquisa foi delineada e começou a ser realizada) estabelecia oito regiões de saúde, as Gerências Distritais: 1) centro, 2) Noroeste, Humaitá/Navegantes e Ilhas, 3) Norte, Eixo Baltazar, 4) Leste, Nordeste, 5) Glória, Cruzeiro, Cristal, 6) Sul, Centro-Sul, 7) Partenon, Lomba do Pinheiro e 8) Restinga, Extremo-Sul. As gerências distritais são responsáveis pela gestão dos serviços de saúde, acompanham a operacionalização das estratégias de planejamento e servem como referência política para os serviços de saúde dos distritos que fazem parte da gerência. Além disso, cada gerência concentra serviços de referência para a população, como hospitais, Unidades de Pronto Atendimento (UPA), farmácias distritais e vigilância em saúde. No mapa a seguir é possível observar a divisão das Gerências Distritais de Porto Alegre em vigência até 2020:

Figura 3: divisão das Gerências Distritais de Porto Alegre até 2020.



Fonte: Santos, 2018.

A configuração da rede de APS e do quadro de trabalhadores da Secretaria Municipal de Saúde é definida por diversos vínculos empregatícios: temporários, estatutários, terceirizados e contratos por convênios com instituições privadas. Sempre existiu uma empresa/órgão como “intermediária” na prestação dos serviços de APS, subordinada à gestão municipal na contratação das equipes. A forma de contratação dos profissionais das equipes de APS foi o primeiro conflito que se apresentou no trabalho de campo, isso porque durante a realização da pesquisa ocorreu um rompimento com o órgão municipal que realizava a coordenação de todas as unidades de APS, o Instituto Municipal de Estratégia de Saúde da Família (IMESF), que em 2019 foi julgado inconstitucional pelo Supremo Tribunal Federal (STF).

O Imesf foi criado em 2011, após uma ruptura com o Instituto Sollus, uma OSCIP que era contratada para realizar a gestão e contratação das equipes de APS. Este rompimento se deu após escândalos de corrupção e desvios de verba pública envolvendo o Instituto Sollus, em que a saída criada pelo então Prefeito José Fortunati (PDT) para dar continuidade aos serviços básicos de saúde foi a criação de uma Fundação Pública de direito privado, o IMESF.

Apesar de críticas, com a criação do Imesf houve um movimento de ampliação dos serviços de APS na capital gaúcha, como explica uma das gestoras entrevistadas que foi contratada pelo IMESF em 2013:

Desde então a gente começou esse processo lá na gerência, muito naquele momento de expansão das equipes de saúde da família, então além da questão de substituição dos profissionais para as equipes de saúde da família, nós também tivemos uma INTENSA força de trabalho, para gente habilitar novas equipes e transformar em Saúde da Família, que na época a gente falava em “parametrização”, é pegar as unidades que tinham UBS para transformar pra Saúde da Família. Então naquele momento também a gente passou ali um tempo construindo toda essa transição de pegar e ampliar equipes (Renata, gestora da APS, 2021).

Através do Imesf houve um processo coordenado para transformar postos com UBS em ESF, isso ocorria através da contratação de ACS para habilitação das novas equipes. Exemplo dessa ampliação é que em 2013, ano em que a entrevistada menciona o início do processo de parametrização, existiam 191 equipes de ESF, com uma cobertura populacional de 46,5%, em 2019 o número de equipes de ESF era de 263 e 54% de cobertura populacional. Além da ampliação da cobertura, com o IMESF foi possível estabelecer maior coordenação aos serviços, através de setores administrativos que funcionavam junto às Gerências Distritais e serviam como apoio institucional às unidades de ESF. Na tabela a seguir, construída a partir de dados de Relatórios Anuais de Gestão, é possível observar a evolução histórica da cobertura de ESF e ACS:

Tabela 1: Evolução de cobertura de ESF e ACS em Porto Alegre – 2012 a 2021

Ano:	Nº de equipes de ESF	% de cobertura de ESF	Nº de ACS
2012	181	44,3	479
2013	191	46,5	651
2014	206	50,4	750
2015	206	50,4	725
2016	228	55,8	769
2017	237	55,2	766
2018	262	61,3	764
2019	263	53,6	746
2020	264	N/E	152
2021	255	59,4	255

Fonte: Elaboração própria, com base nos Relatórios Anuais de Gestão.

É possível observar um grande aumento na cobertura de equipes de ESF e de ACS dentro desse período. Em relação a cobertura de ACS, nota-se a ampliação no número

desses profissionais durante a “parametrização”, para fins de transformar UBS em ESF. Por outro lado, também é importante observar a grande redução no número desses profissionais a partir de 2020, em função das demissões de profissionais do IMESF, os demais profissionais das equipes de ESF eram substituídos por terceirizados, porém existe uma normativa municipal que proíbe a contratação de ACS de maneira terceirizada. Por outro lado, essa redução teve amparo nas mudanças da PNAB de 2017, que estabelece obrigatoriedade de apenas um ACS por equipe, dessa forma foi possível que o município mantivesse a cobertura de ESF, apesar da redução no número de ACS, culminando na proporção de um ACS por equipe em 2021.

Apesar da ampliação na cobertura de ESF possibilitada pelo IMESF, desde o seu processo de criação o Conselho Municipal de Saúde e sindicatos de profissionais da saúde se posicionaram contra a Fundação e demandavam que os trabalhadores fossem contratados no regime estatutário, já que, sob a gestão do IMESF, passaram a ser contratados por meio de concurso público, porém com vínculo celetista. No mesmo ano de criação 17 sindicatos contrários à modalidade de contratação de profissionais adotada pelo IMESF, instauraram um processo judicial apontando a inconstitucionalidade na Lei Municipal que transferia a uma Fundação a prestação direta de serviços públicos.

No dia 24 de setembro de 2019, a decisão final do STF foi de reconhecer a inconstitucionalidade do IMESF e determinar a extinção do órgão municipal. Desde então, o processo de trabalho na APS em Porto Alegre ficou diretamente afetado pela perspectiva de demissão de todos os profissionais. A relação entre o Poder Executivo e os trabalhadores do IMESF também não foi nada amigável, os profissionais ficaram sabendo da possível demissão através de uma entrevista dada pelo Prefeito no “Jornal do Almoço”, em que anunciava a demissão dos cerca de 1.840 profissionais contratados pelo IMESF, na ocasião, a saída anunciada pelo prefeito foi de contratar “emergencialmente” organizações privadas para prestarem os serviços básicos de saúde. O discurso proferido na entrevista ressalta o posicionamento político do governo municipal em relação a forma de conduzir os serviços públicos de saúde:

Jornalista Tulio Milmann: os sindicatos que entraram com essa ação contra o IMESF provavelmente porque eles queriam que essas contratações fossem feitas por meio de concurso público e que fossem funcionários estatutários e por meio do Imesf não, eram celetistas, era outro regime que inclusive reduzia a burocracia e fazia as contratações serem mais rápidas. Como esse novo modelo que o senhor tá propondo de ter organizações sociais que vão assumir esses serviços, esses mesmos sindicatos não podem acionar a justiça

justamente porque queriam que os profissionais fossem contratados da maneira como eles querem, de concurso público e enfim?

Prefeito Nelson Marchezan: esses sindicatos tem uma visão que atende as demandas eleitorais internas dos seus sindicatos, o que o mundo evoluiu e a legislação brasileira também evoluiu é na atenção ao usuário, então novas formas de contratação foram aparecendo na legislação brasileira e todos os municípios e estados que conseguem prestar um atendimento mais qualificado eles foram utilizando essas novas formas jurídicas. Então como eu disse antes, o Moinhos de Vento já prestou serviço de Atenção Básica por meio desse formato jurídico, o instituto de Cardiologia também já prestou esse serviço nesse formato.

Jornalista Tulio Milman: mas neste caso essas organizações vão assumir a gestão das unidades e passam a contratar funcionários, minha dúvida é se isso não teria alguma insegurança jurídica?

Nelson Marchezan: esses são modelos consolidados, não só em Porto Alegre como em outros municípios e outros estados e **é o que avança no mundo a contratualização de serviços públicos, mas não estatais, o Estado é burocrático e ele é lento**, o nosso objetivo não é ter um Estado maior ou menor, é atender melhor o cidadão (Jornal do Almoço, 2019)

A briga judicial travada pelos sindicatos para que os profissionais da APS fossem contratados por meio de concurso público acabou por, de certa forma, levar ao extremo oposto do que se pretendia. Com o IMESF, os profissionais possuíam certa estabilidade e o serviço prestado possuía uma coordenação municipal, ao extinguir este Instituto emerge a visão neoliberal voltada a terceirização, na fala do Prefeito “o que avança no mundo é a contratualização de serviços públicos, mas não estatais”. Este sentimento anti-burocracia acompanha movimentos de desmonte do *welfare* com a ideia de que burocratas não são eficientes e que o bom mesmo é a gestão privada, ou o modelo de gestão do mercado (DU GAY, 2020), nesse sentido, a fala do Prefeito de Porto Alegre converge em uma perspectiva em prol de privatizações e terceirizações como saída para um “Estado burocrático e lento”.

O Conselho Municipal de Saúde juntamente com sindicatos e outras entidades do controle social recorreram da decisão junto ao Ministério Público, requerendo que os trabalhadores do IMESF não fossem demitidos, mas sim incorporados ao quadro de estatutários. As primeiras unidades de saúde foram terceirizadas em dezembro de 2019, quando o município começou as demissões dos profissionais do IMESF e contratou quatro organizações hospitalares para prestarem os serviços de APS. Desde então, a terceirização foi se tornando presente nas US, começando pela terceirização de postos menores, até que em 2022 apenas 5 Unidades de Saúde de APS são gerenciadas pelo município, todas as demais foram terceirizadas.

Porém, este processo foi lento, ocorrendo durante o período de pandemia de Covid-19 e sem um diálogo com os trabalhadores, como menciona uma ACS: “aí foi uma tortura, porque todo mês tu tava sendo demitido. Todo santo mês.” (Karen, ACS, 2020). Durante o trabalho de campo, foi possível acompanhar o clima que se abateu sobre as unidades, sob a iminência do desemprego em meio a uma pandemia muitos profissionais acabaram desmotivados e revoltados com a maneira verticalizada com que o poder executivo conduzia a situação.

Foto 1: ESF visitada.



Fonte: Acervo pessoal do pesquisador.

A foto acima foi tirada em novembro de 2019, durante as primeiras saídas de campo para um reconhecimento inicial das unidades que fizeram parte dos estudos de caso da pesquisa. Naquele momento o clima nos postos de saúde era de grande insatisfação com a falta de diálogo entre o poder executivo e os profissionais, uma vez que não era informada nenhuma previsão de como se daria o processo de demissão. Em meio a contextos de alta demanda de trabalho por parte de populações vulneráveis que já tinham vínculos com as equipes, o luto sentido era em função da perda de reconhecimento pelo trabalho prestado.

A gestão local da APS com a divisão em 8 GD que coordenava os 16 Distritos Sanitários do município foi modificado, em setembro de 2021, a SMS apresentou ao

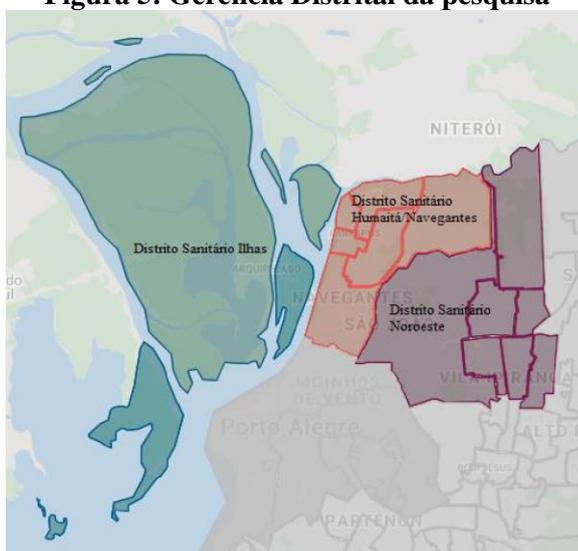
também acaba simplificando casos complexos em que essas burocratas não conseguem levar a resolutividade até o usuário.

3.2.1 A delimitação dos estudos de caso

Tendo em vista o tamanho do município de Porto Alegre e o objetivo de realizar um trabalho em maior profundidade, fez-se necessário a realização de alguns recortes para definir as US de APS onde a pesquisa foi realizada. A delimitação dos casos seguiu a lógica de territorialização da gestão local da política e, assim, foi escolhida uma das GD do município. A partir de cruzamentos de dados socioeconômicos do Plano Municipal de Saúde, foi escolhida a GD 02 (Noroeste, Humaitá/Navegantes e Ilhas), pois apresenta condições sociais bastante heterogêneas e extremos sociais como maior e o menor IDH do município.

Esta Gerência possui três distritos sanitários e foi escolhida uma Unidade de Saúde em cada distrito, porém como o Distrito Ilhas possui apenas duas Unidades de Saúde e uma delas com apenas uma ACS, neste caso foram estudadas as duas unidades. O foco do trabalho de campo se deu em explorar as particularidades de cada território e perceber como se dá a dinâmica da gestão das US. O mapa a seguir apresenta o território da GD escolhida:

Figura 5: Gerência Distrital da pesquisa



Fonte: GeoSaúde, 2018. Adaptado pelo autor.

As diferenças nos territórios de cada distrito sanitário representam distintas formas das burocracias e dos/das burocratas interagirem com a população e por consequência diferentes formas de reconhecimento das vulnerabilidades. No estudo de caso selecionado, essas diferenças possibilitam pensar sobre os diferentes impactos das mudanças que vêm ocorrendo na APS podem gerar sobre populações que vivem com diferentes níveis de vulnerabilidades sociais e de saúde. Na tabela a seguir são apresentados alguns dados de cada distrito:

Tabela 2: Características socioeconômicas dos Distritos Sanitários

	Noroeste	Humaitá/Navegantes	Ilhas
População (IBGE, 2010)	130.810	46.282	8.420
Analfabetismo	0,86%	2,56%	7,71%
Média de Salários Mínimos por família	6,81	3,22	2,03
Domicílios em área de moradia precária	3,16%	17,80%	35,87%
Domicílios sem energia elétrica	0,15%	1,12%	5,91%
Canalização de esgotos	98,05%	96,29%	58,73%
Coefficiente de Mortalidade infantil	7,41	12,22	22,56
IDH	0,89	0,765	0,659
Cobertura de ESF (%)	58,5%	74,5%	122,9%

Fonte: Elaborado pelo autor com base em dados do Plano Municipal de Saúde, 2018.

Como podemos observar, as condições de vida nesses três distritos são distintas, enquanto o distrito Noroeste apresenta a maior concentração populacional, também dispõe das melhores condições financeiras e de moradia, com uma baixa taxa de mortalidade infantil e um dos IDH mais altos do município. O distrito Humaitá/Navegantes possui menor rendimento financeiro e maior prevalência de precariedades nas condições habitacionais, em relação ao distrito Noroeste. O distrito das Ilhas é um dos que apresenta as maiores taxas de vulnerabilidade social do município, o que se expressa na baixa taxa de canalização de esgotos, rendimento financeiro familiar mais baixo, alta taxa de mortalidade infantil e de domicílios em área de moradia precária. Em suma, são territórios que apresentam distintas demandas de cuidado por parte do Estado.

Ao colocar centralidade no trabalho realizado pela ESF, o SUS traz maior importância para o território na compreensão das condições de saúde, afinal, trata-se do

local de desenvolvimento do indivíduo. As divisões territoriais utilizadas no SUS, tais como o município, o distrito sanitário e a área de abrangência de serviços de saúde, são áreas de atuação de caráter gerencial, administrativo e político (PERREIRA; BARCELOS, 2006). Essas divisões representam também abordagens da política sobre o território e se mostraram fundamentais para a compreensão dos contextos da implementação.

3.3 O TRABALHO DE CAMPO: OBSERVANDO INTERAÇÕES EM DISTANCIAMENTO

Para a realização do trabalho de campo junto às US de APS, a pesquisa foi autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos, via Plataforma Brasil, sob número CAAE: nº 31709720.4.0000.5327. Todas as entrevistas foram realizadas mediante a assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexos I e II) e para preservar a identidade das participantes da pesquisa, todos os nomes utilizados neste trabalho são fictícios. O projeto passou pela banca de qualificação em dezembro de 2019, de modo que as primeiras saídas de campo exploratórias foram realizadas em outubro e novembro daquele ano. Estas primeiras “visitas” às US se deram com o intuito de apresentar a pesquisa e constatar se haveria retorno nas US definidas.

Entretanto, o desenvolvimento do trabalho de campo foi atravessado por dois fatores que implicaram diretamente nos tipos de interações que puderam ser observadas: de um lado, como mencionado na seção anterior, o contexto local em Porto Alegre passava por conflitos na contratação das equipes de APS, e por outro, em março de 2020, a pandemia de Covid-19 altera totalmente a rotina nas US, assim como a vida de maneira geral. Antes desse contexto de restrição de interações sociais, a lógica traçada para a realização do trabalho de campo seria acompanhar ACS durante as visitas domiciliares e ao longo desse transitar entre uma visita e outra, conhecer a dinâmica social do território. O distanciamento social imposto pela pandemia fez com que esse tipo de circulação parecesse impossível naquele momento.

Em setembro de 2020, em um momento de redução no número de infectados em Porto Alegre, houve uma espécie de primeira abertura que possibilitasse que a pesquisa fosse realizada da maneira como havia sido planejada. Foi a oportunidade para planejar um contato com as US, reajustar os acordos para a realização da pesquisa, com distanciamento, de maneira bem diferente do que se esperava.

Todo o trabalho de campo foi realizado com a utilização de máscaras. Isso em algumas situações limitava um pouco a comunicação e a aproximação com os sujeitos da pesquisa, sendo que muitas das ACS foram acompanhadas por períodos de três a quatro meses sem que eu nunca tenha visto seus rostos. A impessoalidade gerada por tais circunstâncias fez com que a proximidade e confiança fosse sendo conquistada aos poucos.

Os primeiros contatos eram feitos através do Whatsapp, por onde combinávamos os dias e horários em que acompanharia as saídas para o trabalho externo à US. Os motivos das visitas geralmente eram a entrega de pedidos de consultas ou exames, e ao longo do caminho as ACS contavam sobre as dinâmicas dentro do território, os conflitos do trabalho na pandemia, as relações com a equipe e as famílias. Todas as saídas foram registradas em um diário de campo.

No quadro a seguir é apresentada uma síntese temporal da realização do trabalho de campo:

Quadro 1: andamento do trabalho de campo

Período	Eventos
Setembro a dezembro de 2020	Realização do primeiro estudo de caso na Clínica da Família IAPI, durante este período foram acompanhadas 6 ACS. Ao final, foram entrevistas 4 ACS e Gerente. Este período foi marcado por uma reabertura das atividades, na APS incluía o retorno de visitas domiciliares
Janeiro e fevereiro de 2021	Primeira etapa da realização do segundo estudo de caso, nas US Ilha dos Marinheiros e Ilha da Pintada. Foram acompanhadas 4 ACS. Realizada uma entrevista como uma Gerente que atuava na Gerência Distrital NHNI. O período foi marcado pela realização das primeiras vacinas contra covid.
Março e abril de 2021	Trabalho de campo foi interrompido. O final do mês de fevereiro rendeu um aumento substancial nos números de casos de covid em Porto Alegre, no dia 24 de fevereiro o município decretou bandeira preta, o que sinalizava a necessidade de circulação mínima de pessoas nas ruas
Mai de 2021	Retomada e finalização do segundo estudo de caso. Foram entrevistadas as 4 ACS e Gerente

Junho a agosto de 2021	Realização do terceiro estudo de caso, na US Farrapos. Foram acompanhadas 4 ACS. Período marcado pela intensa campanha de vacinação contra a gripe e contra covid. Ao final desse tempo foram entrevistadas as 4 ACS e Gerente
Setembro e outubro de 2021	Observação nas salas de espera das US e realização de entrevistas com usuários. As saídas de campo nesse período foram aleatórias em cada uma das 4 US e na Unidade Móvel de Saúde que atende a Vila Dique. Foram entrevistados/as 6 usuários/as do Caso IAPI, 4 do caso Ilhas e 3 do caso Farrapos.

Fonte: elaborado pelo autor.

Para além dos registros observados e das próprias experiências apreendidas, com o intuito de aprofundar a análise e conectar algumas questões, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com 12 ACSs⁴ e 5 gerentes. Conforme explicam os autores (BONI, QUARESMA, 2005, p. 75), na técnica semiestruturada “o pesquisador deve seguir um conjunto de questões previamente definidas, mas ele o faz em um contexto muito semelhante a uma conversa informal”. As entrevistas com as ACS foram realizadas ao final do período (3 meses) de acompanhamento de suas atividades, foram conduzidas por um roteiro semi estruturado, porém em cada caso procurava explorar as experiências com as ACS durante as visitas domiciliares.

Na tabela 3 são apresentadas algumas informações a respeito das entrevistas com burocratas:

Tabela 3: Entrevistas com burocratas

Cargo	ID	Idade	Tempo de trabalho	Formação	Duração da entrevista
ACS	Lindalva	44	17 anos	Pedagogia	00:38:18
ACS	Marta	42	7 anos	Fisioterapia	00:45:36
ACS	Karen	44	2 anos	Ensino Médio	01:15:56
ACS	Odete	55	8 anos	Ensino Médio	00:29:00
ACS	Mariele	26	6 anos	Comunicação Social	01:16:19
ACS	Mara	43	12 anos	Ensino Médio	00:30:49
ACS	Juçara	52	16 anos	Serviço Social	00:24:05
ACS	Cláudia	56	6 anos	Pós em Psicopedagogia	01:04:28
ACS	Conceição	60	6 anos	Ensino Médio	01:25:11
ACS	Eliana	50	6 anos	Ensino Médio	01:00:37

⁴ Roteiro das entrevistas com burocratas consta no Anexo III

ACS	Édison	56	6 anos	Ensino médio	02:49:22
ACS	Carlos	55	4 anos	Ensino Médio	00:28:18
Gerente	Olivia	39	8 anos	Enfermagem	00:59:52
Gerente	Bibiana	51	6 meses	Enfermagem	01:32:18
Gerente	Marcos	47	7 anos	Enfermagem	01:34:02
Gestora	Renata	36	9 anos	Enfermagem	00:46:52
Gestora	Débora	49	10	Serviço Social	00:23:13

Fonte: Elaborado pelo autor.

Após a realização dos estudos de caso, a decisão por observar as salas de espera e buscar entrevistas com usuários⁵ se deu no intuito complementar à coleta e permitir algum cruzamento com relação aos dados obtidos com as ACS e gerentes. Ao todo foram realizadas 30 entrevistas, sendo 12 ACS, 5 gerentes e 13 usuários. Todas as entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas na íntegra.

Para auxiliar na análise do material coletado (entrevistas e diário de campo), foi utilizado o software Nvivo. Num primeiro momento foi feita uma exploração do material e uma leitura flutuante, em seguida uma codificação geral do material. Na terceira etapa busquei analisar cada código agrupando dentro dos seguintes fatores: estrutura burocrática, contexto local, política de saúde da família, rotinas e situações de vulnerabilidades. Na figura 6 é apresentada a nuvem de palavras da pesquisa, gerada a partir das palavras mais frequentes:

⁵ Roteiro da entrevista com usuários consta no Anexo V

examinados os enquadramentos emergentes do trabalho de campo, onde é possível compreender algumas tendências da ação burocrática em relação a condições de vulnerabilidades e a como essas reações geram diferentes sentidos de reconhecimento pela condição precária.

Uma das contribuições do trabalho de campo junto à ACS foi permitir acompanhar e ouvir histórias de relações com as pessoas atendidas. Essas histórias ofereceram um importante material de análise para entender o funcionamento e a continuidade dos encontros no nível da rua. Desta forma, assim como Zacka (2017), a apresentação destas histórias busca uma recontagem, não apenas uma descrição, mas uma tentativa de racionalizar o evento em questão. Outro ponto importante, é que estas histórias não são necessariamente o ponto médio dos encontros, mas são utilizadas porque explicitam a adoção de enquadramentos que são comuns na linha de frente.

4. VINCULOS PRECÁRIOS: ENQUADRAMENTOS DE VULNERABILIDADES NA APS

“Se isso é sobre vivência
me resumir a sobrevivência
é roubar o pouco de bom que eu vivi.
Emicida - Amarelo

A diferença entre vivência e sobrevivência, salientada no trecho do *rapper* Emicida, fornece um ponto de partida importante para a reflexão sobre enquadramento de vulnerabilidades, a qual este capítulo irá tratar. A atuação de burocratas de nível de rua emerge como peça central na implementação de políticas públicas, sendo seus encontros com a população cruciais para assegurar o acesso a direitos básicos.

No contexto da APS, as ACS possuem uma relevância particular, uma vez que contribuem para que os cuidados primários à saúde alcancem as populações mais vulneráveis. Este papel pode implicar em uma atenção que leva em consideração a “vivência” de cada indivíduo, incorporando sua trajetória, suas possibilidades e dificuldades para acessar serviços públicos. Entretanto, pode ser também uma abordagem que simplifica a vulnerabilidade à mera “sobrevivência”, limitando-se às ações emergenciais para manutenção da vida e simplificando ou desconsiderando as causas da vulnerabilidade. Essa dicotomia entre vivência e sobrevivência serve como pano de fundo para a compreensão a respeito dos enquadramentos de vulnerabilidades na APS em seu sentido político, pois representa também, a dicotomia entre dois modelos de cuidados (figura 1, p. 43), em que de um lado há uma lógica de cuidado focada na doença e, em sua oposição, uma lógica de cuidado que situa a doença ao sujeito em seu contexto.

Para ilustrar as complexidades desse cenário, podemos considerar um trecho de uma entrevista realizada com uma usuária dos serviços de APS, Patrícia (nome fictício), que se autodeclara “preta”, tem 32 anos, vive com o marido, duas filhas e o sogro. A entrevista foi realizada em frente a Unidade Móvel de Saúde (UMS), próxima a entrada da Vila Dique na zona norte de Porto Alegre, que como será contextualizada em detalhes na seção 4.3.1, trata-se de um contexto de grande vulnerabilidade social, agravada por condições desiguais de acesso à serviços públicos:

A gente precisava de um posto de saúde aqui e não tem, tipo eles (equipe da UMS) só vem na quinta, a pessoa não vai ficar doente só na quinta, quem essa semana eu corri com a minha nenê, na segunda-feira ela ficou doente, era pra mim levar no posto, como eu não tinha posto perto eu corri pro Conceição [hospital] e a gente já teve posto de saúde aqui pra nós há uns anos atrás, tinha agente de saúde, só que daí começaram a remover o pessoal daqui (Dique) e da Nazaré e tiraram o posto junto, eles prometeram que iam tirar nós lá de baixo, mas até agora nada, agora é só o caminhão (UMS) e uma agente pra toda a vila, o nosso posto é o IAPI, mas lá acaba sendo mais longe.

Daí a gente já ganha uma mixaria por mês, tu acha que eu vou me sustentar com 350 reais por mês que eu pego do Bolsa? Olha o gás subiu, ali tá 117 reais o gás, tu tira 117 vai sobrar duzentos e alguma coisa, tu acha que tu compra alguma coisa com isso? Não compra. Eu tenho duas crianças que mamam, mamam leite e usam fralda. Tu não sobrevive! Não sobrevive! Tu sobreviveria com 350 reais? Não, é isso que eu penso, tinha que ser um pouquinho melhor, valorizar o povo, eu não perco a esperança, quem eles falam que vai sair a vila e vão remove nós, eu sei que vai demorar um pouquinho, não é assim da noite pro dia, mas poxa olha a nossa situação! Eles esqueceram, *esqueceram de nós lá, esqueceram mesmo*. (Patrícia, usuária, 2021).

O desapontamento na fala de Patrícia ilustra um contexto de precariedade no acesso a serviços públicos, justamente para pessoas em maiores condições de vulnerabilidade. Na vila em que Patrícia mora, residem cerca de três mil pessoas que são assistidas por apenas uma ACS e que são referenciadas por uma US de APS que fica muito distante (razão da instalação da UMS uma vez por semana), de modo que o mais viável, na opinião da usuária, é buscar atendimento em um hospital. As condições de vida retratadas por Patrícia expressam o limite da sobrevivência, o distanciamento de redes de cuidados, a limitação financeira e o restrito reconhecimento da política local quanto à necessidade de cuidado dessa população.

Retomando o questionamento central desta pesquisa, como os encontros com a burocracia de nível de rua apresenta diferentes enquadramentos para condições de vulnerabilidades, é interessante ressaltar o sentido do *frame* aqui adotado. Ao determos nossa atenção ao momento específico em que Patrícia encontra com os burocratas de nível de rua que atendem na UMS estamos, por um lado, restringindo o objeto empírico a uma cena muito específica dentro da implementação de políticas públicas; enquanto, por outro, ao configurar o olhar para o contexto que é retratado neste quadro, ampliamos nossa compreensão sobre como são reconhecidas as vulnerabilidades nesta interação.

Butler (2015) chama a atenção para o sentido de “incriminação” que pode estar relacionado a “ser enquadrado”. Isso ocorre devido à compreensão de que todo quadro direciona implicitamente uma interpretação. Ou seja, os quadros em que uma política pública é enquadrada, baseiam-se em referenciais que já acompanham os sujeitos a

partir de suas dinâmicas sociais e políticas específicas, de modo que, ao analisar como se dão esses enquadramentos, também estamos definindo uma “maneira de organizar e apresentar uma ação”, o que, segundo a autora, “leva a uma conclusão interpretativa acerca da própria ação” (2015, p.23).

Dito doutro modo, a política pública é produzida visando enquadrar sujeitos e suas demandas e referenciais de saúde que, ora possibilitam a atenção integral à saúde, ora deixam de lado dinâmicas específicas e contextuais dos usuários, em especial dos que não são reconhecidos por suas especificidades. Dito isso, para além de perceber que o encontro de Patrícia com a burocracia de nível de rua da APS ocorre de maneira bastante restrita e sem o alcance da ACS, a situação retratada evidencia uma resposta às vulnerabilidades de Patrícia e da população daquele território que não parece considerar suas reais necessidades.

A afirmação: *"eles esqueceram, esqueceram de nós lá, esqueceram mesmo!"* denota um sentimento de abandono por parte das autoridades ou de qualquer instância responsável pela implementação de políticas públicas. Do ponto de vista de como a APS enquadra essa política, observamos um distanciamento de algo que percebeu-se fundamental no reconhecimento de vulnerabilidades, a construção de vínculos entre burocratas e a população do território assistido. Com a ausência de uma ação efetiva da ACS e com um atendimento primário de apenas um dia na semana, os cuidados que alcançam a vida de Patrícia e de sua família operam mais sobre a manutenção de sua sobrevivência, do que sobre o reconhecimento de suas vivências.

O contexto aqui retratado remonta o cenário de desigualdade estrutural em que as burocratas de nível de rua têm que implementar os cuidados primários à saúde. As mudanças políticas nacionais, acompanhadas por transições locais, tornaram os vínculos das ACS com a população mais precários em relação ao potencial de reconhecimento do indivíduo em seu contexto. Desta forma, “ser enquadrado” pela política, dentro da maneira com que ela parece construir sua ação, não dá conta de considerar as vivências complexas de cada vida e acaba resumindo as vulnerabilidades que chegam até o serviço de saúde por meio de ações básicas para sua sobrevivência.

Os casos que foram analisados retratam vínculos precários na aproximação e no reconhecimento das vulnerabilidades dentro do território e nos encontros com cada indivíduo. Além disso, corroboram com estudos (LOTTA, PIRES; 2020), que têm identificado, dentro dos mecanismos de reprodução de desigualdades, um ciclo vicioso

da vulnerabilidade, que se constitui pelo lugar que ela ocupa e por como ela é tratada pelo serviço de saúde.

Na próxima seção, iremos compreender o contexto que produz os encontros das ACS com as famílias de um território. Veremos que a distribuição destas profissionais está pautada em um cálculo que amplia em até cinco vezes o número de pessoas atendidas por cada ACS, além de uma política local pautada em metas que racionalizam e simplificam alguns processos de trabalho. Em seguida, serão contextualizadas as condições de vulnerabilidades observadas nos encontros das ACS com a população. A partir da análise foram elaboradas algumas categorias para interpretar os enquadramentos: Julgamento, Indiferença, Comoção. A terceira seção do capítulo, é voltada a discussão de como a gestão do nível de rua acaba também empreendendo enquadramentos sobre o território assistido. Na última seção, através de histórias contadas pelas ACS ou observadas no trabalho de campo, de situações em que tiveram que lidar com condições de vulnerabilidade, busca-se compreender como as trajetórias de vida dos indivíduos são altamente afetadas pela maneira com que sua vulnerabilidade é enquadrada no encontro com a burocracia de nível de rua.

4.1 O CONTEXTO POLÍTICO QUE MOLDA O ENCONTRO

Uma vez que esta pesquisa busca entender como os encontros entre burocratas de nível de rua e a população estabelecem diferentes enquadramentos sobre vulnerabilidades, o primeiro passo é compreendermos o contexto em que a política é implementada e de que maneira são estabelecidas essas interações. Além disso, estes encontros são influenciados tanto por fatores estruturais, das políticas públicas de saúde, envolvendo o processo que leva até sua implementação, quanto por fatores situacionais, que englobam as intercorrências cotidianas da implementação (LOTTA, 2019).

Ao acompanhar por algum tempo ACS nas US dos três distritos sanitários pesquisados, observando dinâmicas das salas de espera e o funcionamento geral das unidades, foi possível perceber uma lógica que guia a implementação dos cuidados primários à saúde em Porto Alegre, como foi definida por um gerente. Consiste em atender de “porta aberta” e assim voltar a atenção para a demanda espontânea que chega até à US. Essa lógica pode parecer um pouco óbvia, tendo em vista se tratar de um

serviço público, entretanto, considerando princípios da APS, algumas ações importantes podem ficar de lado:

O que acontece é que o trabalho é mais centrado na “porta aberta” a gente é absorvido, a luz é muito focada em quem chega até a unidade. Eu tenho que receber, eu tenho que dar conta daquilo ali e o resto acaba ficando meio em segundo plano, e eu acho que a gente teria que focar mais do que a entrada constante de pessoas (Marcos, Gerente, 2021).

Esta lógica de trabalho ganha força com a redução no número de ACS por equipe. Sem o trabalho dessas profissionais, a identificação das demandas da população ocorre somente pela via daquilo que chega até a US. A partir disso, os encontros observados se referiam, principalmente, ao andamento de casos que chegavam até a unidade ou então dos mais graves, restringindo as visitas domiciliares das ACS para a entrega de pedidos de consultas e exames. Nesta lógica, um acompanhamento mais ativo sobre as condições de saúde no território adscrito às equipes ficava em segundo plano.

Nesta seção, vamos entender alguns pontos cruciais relacionados à implementação local da política, e como estes fatores moldam os encontros das ACS com a população. Num primeiro momento, vamos situar como o município de Porto Alegre buscou adequar o número de ACS por equipe considerando a vulnerabilidade social de cada território, e como esse cálculo representa, na realidade, uma redução no alcance do trabalho dessas profissionais em reconhecer as demandas de saúde da população. Em seguida, será explicado como as decisões da gestão local da política afetaram a condução da implementação dos serviços primários, com mudanças na coordenação e nas metas de trabalho.

4.1.1 O cálculo de alocação de ACS

O trabalho de campo evidenciou uma guinada na forma com que ACS interagem com a população. Foi possível acompanhar um processo de mudanças: a saída de rotinas em que estavam constantemente na rua fazendo visitas e atualizando cadastros, para um trabalho mais interno na unidade, onde a meta de 120 visitas mensais não vinha sendo cumprida. Durante a pesquisa, o trabalho que as ACS desempenhavam

consistia em recepcionar e orientar os usuários na sala de espera, resolver as inconsistências nos sistemas de cadastro, telefonar para usuários para avisar sobre encaminhamentos e realizar visitas domiciliares focalizadas na entrega de retornos de consultas e exames.

Os conflitos do contexto local em torno do processo de extinção do órgão que realizava a gestão e contratação das US de APS, culminaram na apresentação de uma proposta da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) para redefinir o número de ACS por equipe de ESF, levando em consideração o Índice de Vulnerabilidade Social (IVS) do município. Esse índice vem sendo construído desde 2019, estando ainda em processo de avaliação, tendo como amostra os territórios de 141 US de Porto Alegre e baseando-se em 16 indicadores distribuídos em 5 dimensões de determinantes sociais da saúde, conforme detalhado no quadro 2:

Quadro 2: Dimensões e indicadores do IVS de Porto Alegre.

Dimensões	Indicadores
1. Condições socioeconômicas, culturais e ambientais gerais	1. Número de beneficiários no PBF
	2. Percentual de analfabetismo em maiores de 15 anos
	3. Percentual de população negra
	4. Percentual de óbitos por mortes violentas
	5. Percentual de áreas de risco ambiental
2. Condições de vida e de trabalho	1. Percentual de domicílio sem rede de água e esgoto
	2. Percentual de domicílios sem coleta de lixo
	3. Percentual da população sem cobertura de serviços de saúde pelas ESF
	4. Percentual de crianças/adolescentes que evadiram no ensino médio (IVS IPEA cap humano)
	5. Percentual de crianças de 0 a 5 anos não matriculadas na Educação infantil
3. Redes sociais comunitárias	1. Número de entidades comunitárias e de associativismo por território de US
4. Estilo de vida dos indivíduos	1. Percentual de recém-nascidos de mães adolescentes

5. Idade, sexo e fatores hereditários	1. Crianças menores de 1 ano
	2. Adolescentes (10 a 19 anos)
	3. Mulheres em idade fértil (10 a 49 anos)
	4. Idosos

PBF: Programa Bolsa Família; ESF: Estratégia de Saúde da Família; IVS: Índice de Vulnerabilidade Social; IPEA: Instituto de Pesquisa em Economia Aplicada; US: Unidade de Saúde; Cap: Capital.

Fonte: Porto Alegre, 2019.

A SMS de Porto Alegre construiu o índice baseando-se em dados coletados no e-Gestor, no Censo de 2010 do IBGE, no Censo Escolar 2018, ObservaPOA 2018 e SINASC (Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos), em 2017. A organização dos dados para a atribuição de uma pontuação para cada dimensão e para cada US, considerou da melhor (-) para a pior (+) situação. Logo, quanto maior a vulnerabilidade, maior a pontuação. Exceto na dimensão 3, Redes Sociais Comunitárias. Ainda, é possível observar que cada dimensão buscou abordar aspectos relacionados às condições dos indivíduos de reagir às suas vulnerabilidades, desde a existência de condições financeiras, redes de apoio, até as próprias características individuais que definem os contextos de vulnerabilidades.

A tabela 4 apresenta a pontuação das US dos casos analisados, listando as US na ordem de classificação presente nos dados municipais, a começar pelas pontuações mais altas:

Tabela 4: Pontuação das US no IVS

US	Dimensão 1	Dimensão 2	Dimensão 3	Dimensão 4	Dimensão 5	Pontuação geral
Ilha Grande dos Marinheiros	0,90	0,65	0,50	1	0,63	0,79
Ilha da Pintada	0,80	0,50	0,75	0,75	0,44	0,69
Farrapos	0,50	0,35	0,75	0,25	0,50	0,46
IAPI	0,20	0,40	0,25	0,25	0,38	0,25

Fonte: elaboração própria, com base em dados municipais⁶

A SMS usou a pontuação de cada US para fazer um “cálculo de necessidade” para a alocação de ACS nas equipes de ESF:

- Unidade de Saúde com 1 ESF: 2 ACS;
- Unidade de Saúde com 2 a 4 ESF: 2 ACS por equipe, considerando IVS maior que 0,67 e as US com IVS menor que 0,66 1 ACS por equipe;
- Unidade de Saúde com 5 ESF ou mais: 1 ACS por equipe.

Considerando este cálculo realizado pela SMS, nas US acompanhadas durante a pesquisa, a US Ilha Grande e Ilha da Pintada deveriam ter 2 ACS cada, enquanto a US Farrapos e a Clínica IAPI necessitam de apenas 1 ACS por equipe de ESF.

A PNAB de 2017 ampliou a discricionariedade da gestão municipal em definir o número de ACS. Diante disso, Porto Alegre implementou uma política que estabelece apenas 1 ACS por equipe, variando para 2 em áreas de maior vulnerabilidade e de US menores. Essa abordagem contraria outra recomendação importante da política, que preconiza a cobertura integral da população, especialmente em regiões de grande dispersão territorial, risco e vulnerabilidade social, com um número máximo de 750 pessoas por ACS (BRASIL, 2017).

Na US Farrapos e Clínica IAPI este cálculo, como veremos no desenvolvimento deste capítulo, acaba simplificando a necessidade de locais extremamente vulneráveis, como as vilas Dique, Nazaré e Santo André, que acabam “diluídas” na totalidade do território das suas US de referências. Quando analisamos a pontuação isolada na Clínica IAPI, por exemplo, a necessidade que a política está considerando não reconhece a realidade das vilas localizadas dentro do território. Em síntese, os cálculos para designar ACS para atuação nas US simplificam a complexidade de territórios plurais e que, em cada territórios macros, há microterritórios (vilas) com necessidades distintas, sendo uma expressão da política pública em números absolutos que não considera a qualidade das vidas que o território expressa.

⁶ Link de acesso:

http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/cgvs/usu_doc/ivsauce_poa_20vis200115_apresentacaonequidadesd gaps.pdf

Como define uma ACS entrevistada, trata-se de “um dimensionamento puramente racional do papel da Agente Comunitária de Saúde” (Mariele, ACS, 2021), sem considerar o que, de fato, significa a relação que esta profissional deve representar entre o serviço de saúde e a população. Este cálculo evidencia uma contradição com relação à PNAB ao extrapolar a recomendação de no máximo 750 pessoas por ACS. Porém, é a própria PNAB que permite que este cálculo seja feito de acordo com a definição local. O resultado são ACS atendendo até 5 mil pessoas, levando a situações como a destacada por Odete: “Não tem como tu atender 2 mil pessoas, 3 mil e tantas pessoas e tu conseguir entrar em cada casa. Não tem. O máximo que tu vai fazer é passar e perguntar: "tá tudo bem senhora? Tá tomando o remédio?" (Odete, ACS, 2020).

Para as ACS esta mudança tem reduzido a capacidade em relação ao trabalho preventivo que era a sua base de atuação:

Com esse negócio de ficar só um agente por equipe, vai ficar só apagando incêndio, é o que eu sempre digo: a gente só apaga incêndio! Porque no momento que tu tem que tá buscando, até pra fazer as entregas de consulta e de exame que é importante, mas que também te tira do foco de estar acompanhando como é que tá, pra fazer a prevenção, ver se tá tomando o remédio direitinho, como é que tá a pressão, a diabetes, se fez o exame preventivo, então tem essa dificuldade sim e acredito que vai ficar pior, já partindo da ideia que vai continuar só um agente por equipe (Eliana, ACS, 2021).

Na fala de Eliana, também de outras ACS, mas principalmente durante o acompanhamento diário nas US, foi possível perceber uma diferença entre visitas domiciliares feitas para entregar um pedido de consulta ou exame, e as visitas de cadastro ou de acompanhamento. Na primeira situação, o encontro é mais rápido, geralmente trata-se de um caso que não necessita de muita coleta de informação por parte da ACS, pois a pessoa já está em encaminhamento no sistema, bastando informá-la sobre o procedimento (consulta ou exame). Por outro lado, quando se trata de uma visita de cadastro ou acompanhamento, a interação entre ACS e usuários/as precisa se dar de forma mais dinâmica para que a agente possa compreender o quadro geral das condições de vida da família. No período em que acompanhei as ACS, nas quatro US pesquisadas, na grande maioria dos casos as visitas realizadas no território eram para entregar algum encaminhamento, destacando que esse tipo de demanda acabava absorvendo boa parte do seu trabalho externo à US.

Voltando a fala do gerente, no começo desta seção, e conectando a perspectiva de gestão que ele se refere na condução da política, “de porta aberta”, mas com a luz focada em quem entra na unidade, podemos observar os efeitos desta lógica na atuação da ACS. Em meio a um território geográfico e número de pessoas muito maior, a burocrata atua por conduzir seus encontros com a população a partir das demandas que chegam até o serviço de saúde. Outros casos que cruzam seu caminho são abordados, mas sem espaço para o fazer que envolve acompanhar gestantes, revisar carteiras de vacinas, atualizar os dados a respeito das condições de vida e saúde do território. Ou seja, o enfoque do trabalho do ACS não está mais na promoção de saúde e prevenção de doenças, bem como, não configura a captação de dados referente às condições de vida das pessoas que possam alimentar os sistemas informatizados que darão relatórios para análise da efetiva ou não implantação da política pública. Trata-se de um apagamento de um fazer essencial no campo da saúde.

4.1.2 A política quer um número

O processo de trabalho na APS tem seu financiamento estabelecido a partir de metas e de acordo com a formatação das equipes. Como vimos no capítulo 2, o Governo Federal redefiniu as diretrizes e os critérios de financiamento desta política, com o programa Previne Brasil. A partir deste, uma das novas metas a serem alcançadas é o cadastramento da população, sendo que uma parte do incentivo financeiro está condicionada ao cumprimento ou não desta meta.

Com esse novo modelo de financiamento, as equipes de APS recebem o incentivo federal conforme a população cadastrada, ponderando critérios como a vulnerabilidade socioeconômica, o perfil demográfico da população e a classificação geográfica do município. Além disso, a outra faceta de contrapartida financeira prevista no Previne Brasil é o “pagamento por desempenho”, que consiste na implementação de indicadores que avaliam a produção das equipes de saúde e englobando, dentre alguns temas, por exemplo, a proporção de gestantes com pelo menos seis consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª até a 20ª semana de gestação⁷ (BRASIL, 2019). Estas metas são

⁷ Os demais indicadores do pagamento por desempenho: proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV; proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado; cobertura de exame citopatológico; cobertura vacinal de poliomielite inativada e de pentavalente; percentual de

uma forma de estabelecer certas prioridades de atendimento e acompanhamento, bem como estabelecer condutas necessárias na promoção da saúde e prevenção de agravos. Por exemplo, no caso das gestantes, a captação precoce da pessoa gestante possibilita um acompanhamento longitudinal, a fim de fortalecimento de vínculo e oferta de assistência qualificada em todo pré-natal.

No entanto, para além dessas metas, no nível local, Porto Alegre vem seguindo uma tendência de algumas capitais brasileiras (como Rio de Janeiro, Belo Horizonte e São Paulo), de repassar a execução dos serviços primários de saúde para OSS. Ao contratar quatro hospitais filantrópicos e privados como executores destes serviços, a SMS definiu as responsabilidades com a contratação incluindo algumas metas “quanti” e “quali” aos critérios de pagamento a estas entidades. De acordo com o contrato analisado, referente ao Hospital que realizava a gestão das US na Gerência Distrital em que a pesquisa foi realizada, estas são as metas:

Metas Quantitativas:

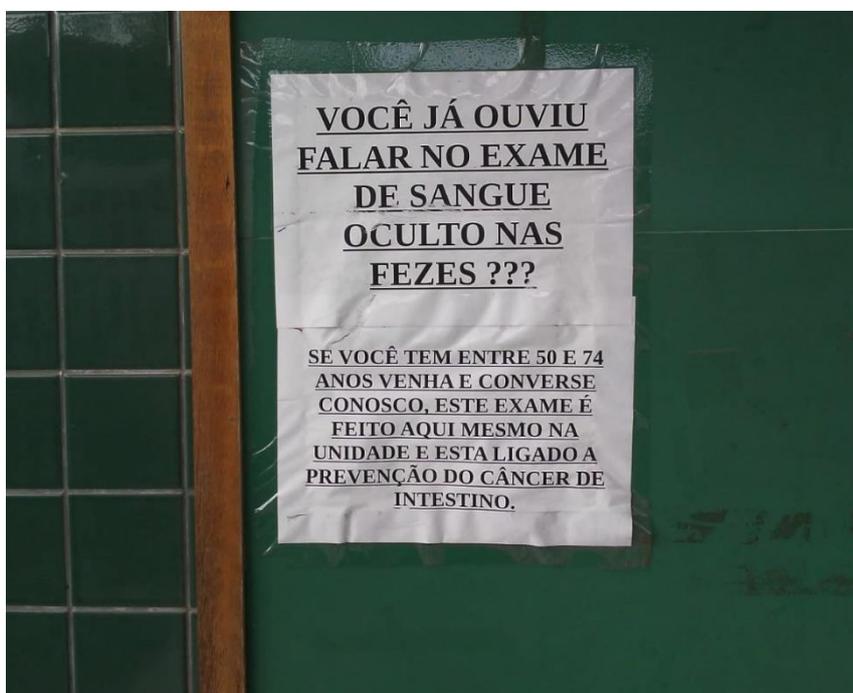
- Porcentagem de equipes completas contratualizadas contratadas pela parceira;
- Proporção de consultas médicas disponibilizadas/mês;
- Proporção de consultas odontológicas disponibilizadas/mês;
- Proporção de visitas domiciliares realizadas por médicos ou enfermeiros/mês.

Metas Qualitativas:

- Resolutividades dos atendimentos médicos maior ou igual a 85%;
- Realização de pelo menos 75% dos procedimentos previstos no carteirômetro;
- Pelo menos 08 coletas de escarro/mês para equipes de 40h ou pelo menos 04 coletas/mês para equipes de 20h;
- Pelo menos 10 coletas de sangue oculto nas fezes/mês em equipes de 40h ou 5 coletas/mês em equipes de 20h.

As metas quantitativas são metas básicas relacionadas à assistência à saúde, porém a ênfase apenas em números pode resultar em atendimentos superficiais, sem considerar a integralidade da assistência. As duas primeiras metas qualitativas induzem a execução de serviços que são bases do trabalho na APS, como a resolutividade das consultas médicas e o carteirômetro, que se refere à carteira de serviços elaborada para esta política municipal. No entanto, as metas relacionadas a coleta de exames podem nem sempre se relacionar com o contexto epidemiológico e demográfico de cada território, fomentando uma pressão sobre a equipe quanto ao cumprimento dessas coletas, como pode observado em um cartaz disposto em uma sala de espera:

Foto 2: Cartaz prospectando a realização de exame de sangue oculto nas fezes



Fonte: acervo pessoal do pesquisador.

A foto acima foi tirada na sala de espera de uma das US pesquisadas, retrata, por um lado, a informação a respeito do exame e a indução a sua realização e, por outro, reflete a necessidade das equipes em trabalhar no cumprimento de metas que, conforme a interpretação das ACS, não possui continuidade:

Tem um exame que entrou agora que é obrigatório de meta que é o sangue oculto nas fezes e o pessoal se descabela, a gente tem uma população muito jovem e o exame é a partir de 50 anos, *tem gente que tá repetindo o exame, entendeu?* Porque tem que fazer, sabe? É um fazer por fazer. Não é uma meta assim, aí vamos fazer o sangue oculto e vamos medir quantos por cento da

população tem algum problema para gente fazer um plano de ação, não tem, é fazer por fazer números, números, números quantidade é mais importante que qualidade (Mariele, ACS, 2021).

A ACS ressalta a inflexibilidade das metas que, além de se aplicarem em determinados contextos como o que ela menciona, de um território com uma população que não teria tanta aderência ao exame, ainda não produzem ações a partir das informações coletadas, tornando-se apenas a produção de números. A realização repetida do exame por pessoas jovens, quando não há uma justificativa clínica adequada, pode resultar em procedimentos desnecessários. Isso pode gerar custos adicionais para o sistema de saúde, desconforto para as pessoas e uma utilização inadequada de recursos públicos.

Durante o trabalho de campo, ainda foi relatada uma situação na qual em determinado mês, aos últimos dias para o fechamento do relatório mensal de produção, a US ainda não tinha atingido a meta de coleta de exame de sangue oculto nas fezes e, para cumprir essa meta, as ACS tiveram que sair na rua com os potes de coleta solicitando para as pessoas que fizessem o exame de fezes. As ACS riam enquanto contavam a situação, por considerarem algo completamente na contramão do trabalho da APS (Diário de campo, maio de 2021).

A execução e o cumprimento das metas devem ser repassadas pela gerência da US para OSS contratada todo mês, uma vez que o pagamento é feito com base nessa produção. Tais medidas “engessam” o trabalho das equipes, que se concentram predominantemente na demanda espontânea que alcança a US e nos números cobrados pela gestão. Contudo, com uma limitada margem de espaço para a concepção e implementação de ações comunitárias.

Em síntese, a intenção subjacente a este exemplo referente às metas é evidenciar a prevalência de um paradigma predominantemente quantitativo na avaliação da APS. Aspectos relacionados ao levantamento das condições de saúde no território, e principalmente, uma sincronia entre essas metas estabelecidas e a realidade de cada US não vinham sendo discutidas, bem como a abordagem comunitária e a percepção dos aspectos mais qualitativos não vinham sendo trabalhados. Como relata esta gerente:

Então eu vejo que deveria ser mais quali e o quanti estar por trás, não o contrário, entende? A gente tem o quanti e em segundo plano tem o quali, então isso, eu posso estar errada, mas é a forma que eu leio hoje e eu acho que deveria estar ao contrário, mas daí *a gente precisa de um número, a política quer um número* (Olívia, Gerente, 2021).

É importante notar que o objeto final esperado pela gestão, conforme a fala da gerente, é o número e não a condição de saúde ou a forma como ocorre a produção desse cuidado. Neste sentido, a lógica de trabalho na APS em Porto Alegre segue o rumo traçado pelas mudanças a nível federal. Conforme explicado por Miranda (2020), desde a PNAB de 2017, em seguida com as mudanças no financiamento a partir do Previner Brasil, a APS passou a ser orientada por um viés tecnocrático e utilitarista que se adapta a racionalidade de mercado com a qual a política passa a se relacionar, priorizando aspectos quantitativos no dimensionamento das ações.

Por fim, a fundamentação por trás da disposição de ACS e das rotinas de trabalho na APS, permitem sinalizar que o contexto em que ocorrem os encontros destas burocratas com a população estão marcados pelos seguintes aspectos: ampliação do território geográfico de atuação; ampliação do número absoluto da população adscrita para cada ACS; rotinas de trabalho mais administrativas, no serviço (e não na rua ou domicílio); enfoque às demandas que chegam até à US; trabalho orientado ao cumprimento de metas quantitativas em detrimento às ações de promoção de saúde e prevenção de agravos; metas formuladas a partir de enquadramentos da política, e que não são coerentes com a características das populações assistidas.

4.2 QUADROS DO NÍVEL DA RUA

Na seção anterior, compreendemos um pouco sobre o contexto político que configura os encontros da burocracia de nível de rua da APS com a população. Nesta e nas próximas seções, vamos analisar as condições de vulnerabilidades e os enquadramentos que foram identificados nestes encontros. Primeiramente, serão ponderadas as diferentes condições de vulnerabilidades que podem ser vivenciadas em serviços básicos de saúde, partindo da perspectiva da ACS. Como estão na linha de frente e servem, literalmente, como a porta de entrada do/a usuário/a no SUS, essas burocratas se deparam com uma multiplicidade de casos e condições de vulnerabilidades no exercício de seu trabalho.

2.1 Condições vulneráveis

Quando Butler (2015) fala em uma distribuição desigual de condições precárias ela se refere à ideia de que algumas pessoas e grupos sociais são mais suscetíveis a experiências de sofrimento e opressão do que outras. Segundo a autora (BUTLER, 2019), a vulnerabilidade não é uma característica individual, mas sim um produto das normas e estruturas sociais que moldam as vidas dos indivíduos e geram desigualdades. Por exemplo, grupos historicamente discriminados, como mulheres, pessoas negras, LGBTQIA+, imigrantes e pessoas em situação de pobreza, são frequentemente expostos a riscos e violências estruturais devido à sua posição subordinada na sociedade. Dessa forma, a vulnerabilidade é maior em alguns contextos sociais e algumas pessoas têm maior dificuldade para acessar recursos e cuidados que possam minimizar o sofrimento causado por essas estruturas de opressão.

Embora o SUS tenha como princípios a universalidade, integralidade e equidade, ainda existem obstáculos e limitações que dificultam o acesso e a qualidade dos serviços de saúde para algumas camadas da população. Na prática, isso significa que as pessoas mais vulneráveis são, na maioria das vezes, as que encontram maiores dificuldades de acesso aos serviços de saúde, devido à distâncias geográficas ou sociais que englobam a maneira com que a política é implementada em cada território. É comum que uma US de APS tenha que lidar com situações profundamente variadas e desiguais com relação ao acesso à saúde dentro de sua área de abrangência. Ao mesmo tempo em que o serviço de saúde precisa atender a demanda de um idoso de classe média, hipertenso e que vive com diabetes, também precisa dar conta da família que mora na periferia e está sofrendo com um surto de dengue devido às condições sanitárias do local onde vive.

Ao abordar o tema das “vulnerabilidades” com cada ACS, era possível observar diferentes interpretações sobre o assunto. Algumas consideravam apenas as pessoas que viviam em condições de pobreza nas vilas, enquanto outras, em um sentido mais amplo, mencionavam vulnerabilidades relacionadas à idade e a falta de redes de cuidado e apoio. No entanto, é fundamental destacar que existem vulnerabilidades, no plural, e a maneira com que essas condições vulneráveis são enquadradas no encontro com a burocracia de nível de rua resulta em diferentes trajetórias para os indivíduos no trânsito pelo serviço público. Alguns relatos ajudam a compreender a maneira com que

essas condições são interpretadas, como na fala de Marta, que narra sobre as condições de vida do território e o uso que esta população faz do serviço de saúde:

Todos eles têm água encanada, esgoto fechado, coleta de lixo, eu tenho muita construção em cima de outra construção também, né? Mas tudo é alvenaria, teve um problema de esgoto a céu aberto ali durante uns dois ou três meses, mas era problema do DMAE [Departamento Municipal de Água e Esgoto], não era da casa foi constatado que era do próprio DMAE. Aí de vulnerabilidades... O meu território basicamente é de idoso, então eu tenho assim: diabéticos, hipertensos, acamados, domiciliados, amputado pela diabetes, eu não tenho muita gestante, eu não tenho muita criança [...] mas são pessoas que vem bastante no posto, por questão de ser próximo da casa, né? Então são pessoas próximas, bem próximas assim, então vem direto, trocam suas receitas tudo, são acompanhadas (Marta, ACS, 2021).

É interessante notar como a vulnerabilidade se estende ao território, abrangendo as condições urbanísticas e estruturais que caracterizam o lugar. Isso é observado na descrição das moradias, apresentando contextos que não representam riscos à saúde dos moradores. Até a definição feita pela ACS, a partir do que considera vulnerável na população que vive ali, “o meu território basicamente é de idoso”, afirma a ACS (Marta, ACS, 2021). A questão da idade emerge como um marcador crucial em relação às demandas da APS e, para as ACS, o envelhecimento torna o corpo mais vulnerável a uma série de fatores. Em muitos casos que foram acompanhados, tratam-se de pessoas idosas em situações em que, apesar de condições financeiras estáveis, necessitam, em algum grau, de cuidados à saúde que envolvam um acompanhamento do seu tratamento.

Alguns contextos familiares são compostos apenas pelo casal de idosos, gerando um contexto frágil em relação a rede de cuidados desse casal, onde a mediação da ACS pode representar maior capacidade de acesso ao serviço de saúde. Conforme esta outra ACS relata ao falar das vulnerabilidades identificadas no território:

Eu acredito que da idade mesmo assim, e eu tenho muito analfabeto, tu entendeu? O número de analfabeto é bem grande e muito idoso que mora sozinho, muito que fica o casal, que a esposa que cuida do marido, que os filhos ou não moram próximo ou trabalham, então tem muito idoso que mora sozinho (Mara, ACS, 2021).

As vulnerabilidades relacionadas ao envelhecimento também estão ligadas ao conhecimento do indivíduo e à sua capacidade de se organizar para tarefas básicas, desde os cuidados domésticos até o autocuidado com a saúde. Nesse sentido, a baixa escolaridade se associa a outros elementos que podem levar a uma vida mais precária. Afinal, a falta de conhecimento sobre como acessar o sistema de saúde também torna

uma pessoa mais vulnerável. Isso demonstra que a abordagem da política de saúde precisa considerar outras questões, como a educação e a rede de cuidados dos indivíduos. Nesses casos, o serviço de saúde consegue funcionar como uma "rede"?

Para que os profissionais possam reagir a contextos complexos de maneira interdisciplinar, é necessário que sejam capacitados para lidar com a diversidade de condições vulneráveis que se apresentam em um serviço primário de saúde. Quando Butler (2015) fala em enquadramento, pensa em como as pessoas que se encontram em uma situação política vulnerável precisam criar suas redes de cuidado. Mara, enquanto ACS, é rede para os casais de idosos que acompanha, mas que condições ela tem de ser, sozinha, uma rede?

A realidade observada com as ACS acompanhadas revelava uma falta de capacitação, pois devido ao distanciamento social e à ausência de reuniões, as orientações e informações relacionadas à rotina de trabalho das ACS eram repassadas por meio de grupos de WhatsApp. Nesse contexto, a atuação da burocracia de nível de rua constrói uma rede de cuidados condicionada à discricionariedade da ACS, de modo que as respostas e os enquadramentos das vulnerabilidades dependem da interpretação da burocrata. A implementação da política de saúde, portanto, ocorre em contextos já desiguais, partindo de formas também desiguais de reconhecer cada vulnerabilidade, dependendo de quem estabelece o contato direto com a população e de como é construída a percepção sobre os/as usuários/as da política.

Alguns contextos sociais concentram condições precárias, o que torna a atuação da ACS mais complexa na promoção de saúde e prevenção de agravos. Algumas pessoas encontram-se em situações vulneráveis em diversos aspectos, o que dificulta a adesão efetiva ao tratamento das demandas em saúde, como relata a ACS Karen:

Lá é de uma vulnerabilidade extrema, porque digamos assim... Tá, o paciente tá com TB [Tuberculose], ele até sabe que ele tá com TB, a gente consegue fazer o *encaminhamento* deles, passam em atendimento tudo, só que conscientizar esse paciente que tá com tuberculose, que trabalha numa reciclagem, ele não tem salário fixo, não tem carteira assinada, ele vai conseguir comer se ele for pra lá reciclar o papelão e a latinha. Como é que eu vou dizer pra ele: "Não, tu não vai poder vir trabalhar, porque tu tem que ficar afastado?" Ele tá com TB, sabe que tá, pega os remédios, mas ele continua indo pra reciclagem, continua trabalhando com os outros, não usa máscara (Karen, ACS, 2020).

A vulnerabilidade apresentada por Karen transcende a doença, originando-se de um contexto de fome, trabalho precário e condições de vida em que a organização dos

cuidados de saúde se perde em meio a outras necessidades de sobrevivência. O encontro com a ACS representa o acesso aos serviços de saúde, sendo ela quem *encaminha*, identifica sintomas e orienta os indivíduos sobre como, onde e quando buscar atendimento. No entanto, o contexto não favorece a adesão completa às recomendações de tratamento. São casos nos quais a atuação da ACS funciona mais como um cuidado paliativo, que precisa se adequar à realidade em que as pessoas vivem.

Analisando essas condições precárias, na perspectiva do encontro com a ACS, podemos observar que a maneira de lidar com a vulnerabilidade vai mudando. Uma pessoa idosa precisa de redes de cuidado que a acompanhe e oriente sobre como seguir as recomendações de seu tratamento. Porém, em outras situações, trata-se de vidas imersas de tal forma na precariedade, em que o registro e o encaminhamento do tratamento adequado podem não ser o suficiente, ou então, como vimos acima, pode nem sequer fazer sentido.

A classe social e o lugar em que o indivíduo mora (somados a outros determinantes), aparecem como definidores da vulnerabilidade, da condição que o indivíduo terá para reagir ao seu problema de saúde, e também dos usos que fará do serviço de saúde. Devido a sua grande permeabilidade nos territórios e o seu conhecimento sobre as trajetórias de vidas, a ACS interpreta de maneira quase rotineira as situações de vulnerabilidades de seu trabalho, tal como relatado por Cláudia:

Então assim, aí tu tem vários filhos, aí tu já ganha aquele salário de fome, aí de repente tu tem até um filho doente que aí tu ganha um auxílio dele, mas aí tu já não consegue trabalhar, é a tua única renda, mais trezentos do Bolsa, aí tu tem um filho pra ti levar numa consulta semanal lá no [hospital] Conceição que tu é obrigada a pagar a passagem daquele filho e mais a tua, de ida e volta, já são vinte reais na semana, no mês já é oitenta e isso a gente sabe que faz falta, oitenta reais quanto tu compra de arroz e feijão? Pode não fazer diferença pra ti e pra mim, mas pra quem já tá na vulnerabilidade é muito (Cláudia, ACS, 2021).

A vida descrita na exemplificação feita por Cláudia tem gênero e uma série de enquadramentos historicamente estabelecidos sobre mulheres em situação de pobreza que têm “vários” filhos. A maneira com que burocratas de nível de rua enquadram a vulnerabilidade dos/as usuários/as pode refletir julgamentos e preconceitos estabelecidos socialmente, mas ao mesmo tempo podem significar um reconhecimento acerca da importância das políticas públicas na vida daquela pessoa. Ao reconhecer a diferença que faz o dinheiro da passagem nas compras do mês de uma mãe com um

filho doente, a ACS torna público este problema e, ainda, aponta uma interpretação que é poucas vezes percebida dentro do consultório médico.

Analisar essas condições vulneráveis que se apresentam nos encontros do nível de rua permite, além de reconhecer as vulnerabilidades dos beneficiários da política, também as vulnerabilidades das burocratas de nível de rua: como a falta de capacitação, a falta de rede com outros serviços públicos, a sua própria exposição à violência e ao risco.

Em territórios periféricos e constituídos por condições sociais e ambientais que os tornam mais vulneráveis, por consequência a vulnerabilidade da população é agravada por fatores estruturais, que assim como a própria história de cada vida, sua criação familiar, sua cor, seu gênero já lhe conferem algum enquadramento. Estes locais frequentemente são vistos como mais “difíceis” de gerenciar, devido a quantidade e a complexidade das demandas apresentadas. A estes casos, geralmente são aplicadas categorias já muito mencionadas pela literatura (PIRES, 2019; MAYNARD-MOOD, MUSHENO, 2012), que identificam usuários/as das políticas como mercedores ou não mercedores do serviço. O merecimento pode ser atribuído considerando aqueles que “precisam” mais, por estarem em uma condição muito precária ou que podem ter melhores resultados com os serviços públicos, mas também podem resultar em um não merecimento baseado na ideia de que as pessoas estão naquela situação, pois não fazem nada por si mesmas.

Por fim, foi possível identificar diferentes vulnerabilidades que chegam ao encontro das ACS. Questões geracionais, de classe, raça e gênero emergiram como elementos característicos das circunstâncias vulneráveis. Cada encontro apresenta demandas específicas à ACS e requer a articulação de uma série de saberes e decisões para que não resulte em interpretações simplificadas, baseadas em opiniões pessoais e em contextos institucionais com pouca coordenação e formação para implementar os serviços.

4.2.2 As molduras do quadro

Ao analisar a ampla gama de condicionantes que podem constituir as condições de vulnerabilidade, essa análise visa compreender como burocratas de nível de rua

desenvolvem mecanismos para atuar diante de situações que, para além de rotineiras, podem ser complexas. Um ponto importante para tomarmos como partida, conforme apontado por Lipsky (1980), está em ponderar a existência do *coping* e as estratégias de enfrentamento utilizadas por estes burocratas para lidar com as pressões e desafios diários relacionados ao seu trabalho.

Diante de condições de trabalho adversas, falta de recursos, altas demandas da população e complexidade das tarefas, Lipsky (1980) explica que as estratégias de *coping* podem ser identificadas como: simplificação ou redução das tarefas que realizam, o que pode envolver abordagens simplificadas para a resolução de problemas, que muitas vezes ocorrem devido à falta de condições ou recursos adequados; o estabelecimento de rotinas e procedimentos padronizados que podem ajudar a lidar com a complexidade do trabalho de maneira mais previsível; a priorização de demandas, que ocorre quando precisam fazer escolhas sobre quais casos (ou tarefas) irão priorizar, diante de alta demanda e da necessidade de otimizar seus esforços e recursos.

Lipsky (1980) argumenta que, ao adotarem esses mecanismos de *coping*, os burocratas de nível de rua muitas vezes refletem não apenas escolhas individuais, mas também respondem à cultura organizacional e às limitações estruturais nas quais operam. Essas estratégias de *coping* são, portanto, formas adaptativas de lidar com as pressões e desafios encontrados no ambiente de trabalho dos profissionais de serviços públicos de nível de rua.

Zacka (2017) aprofunda a análise destes mecanismos, interpretando-os como “patologias morais” que são construídas a partir de cada caso, descrevendo algumas maneiras graduais com que os burocratas abordam os/as usuários/as. O encontro entre burocratas de nível de rua e clientes, conforme descrito por Zacka (2017), revela uma assimetria de poder, onde o/a usuário/a, frequentemente em uma posição de vulnerabilidade, busca serviços e depende das decisões do burocrata. A análise dessa dinâmica destaca como o poder e a vulnerabilidade se entrelaçam nas interações cotidianas.

A partir dessa compreensão, o autor criou uma estrutura para analisar como os burocratas de nível de rua desempenham seu trabalho, identificando três maneiras comuns, definidas como “patologias morais”. Com base nos termos “*caregiver, indiferece e enforce*”, Zacka busca maneiras de interpretar como esses mecanismos de simplificação se revelam em disposições morais aplicadas gradualmente a cada caso.

Essas patologias foram elaboradas considerando que são resultado de: uma maneira de perceber e interpretar uma situação, um modo de sintonia afetiva e uma sensibilidade normativa (ZACKA, 2017).

Estas considerações teóricas contribuem para elaborarmos uma estrutura interpretativa que nos ajude a analisar os enquadramentos de vulnerabilidades realizados por burocratas de nível de rua na APS. Considerando as experiências exploradas no trabalho de campo, cabe a adequação de como essas patologias morais se refletem, neste caso, em enquadramentos de vulnerabilidades dentro dos seguintes termos: julgamento, indiferença e comoção.

Estes enquadramentos derivam da maneira com que a burocracia interpreta a situação, da exposição da vulnerabilidade e do sentido do reconhecimento. De maneira semelhante à abordagem de Zacka (2017), para interpretar as disposições morais presentes na interação, o primeiro ponto é compreender como o agente público racionaliza toda a situação que se apresenta. O segundo ponto, convergindo com a perspectiva apresentada por Butler (2019), destaca que para que um sujeito tenha seus direitos reconhecidos é necessária a exposição da sua demanda, suscita a reflexão de como ocorre a exposição da condição de vulnerabilidade no encontro com a burocracia de nível de rua, o que no caso da APS, a vulnerabilidade se torna sinônimo de “intimidade”, uma vez que para expor determinadas situações as pessoas precisam revelar aspectos íntimos e pessoais de suas vidas e famílias. Por fim, ainda na esteira da abordagem de Butler (2019), percebe-se que cada enquadramento promove um sentido de reconhecimento diferenciado.

No contexto da APS, a exposição da vulnerabilidade torna-se pública no SUS, identificando-a como um problema de saúde coletiva a ser abordado por políticas e estratégias específicas. A diversidade de enquadramentos adotados pelos burocratas, demonstra que suas respostas não são homogêneas, mas sim influenciadas por contextos específicos e emoções individuais.

No quadro abaixo, podemos visualizar os possíveis enquadramentos das condições de vulnerabilidades que podem ser interpretados de acordo com a perspectiva aqui adotada:

Quadro 3: Enquadramentos de condições de vulnerabilidades

	Julgamento	Indiferença	Comoção
Maneira de perceber ou interpretar a situação	Vulnerabilidade aparece como algo "problemático"; ação burocrática é conduzida com rigidez e punitivismo	Vulnerabilidade não é foco do quadro; ação burocrática simplifica ou desconhece as condições precárias	Vulnerabilidade é identificada e comunicada; ação burocrática mobiliza esforços disponíveis
Exposição da dor/precariedade	Recebida com cautela e desconfiança	Não ocorre ou então é pouco considerada em sua materialidade	Gera empatia e compaixão
O sentido do reconhecimento	Pouco reconhecimento quanto a necessidade de cuidado	Não há reconhecimento	Reconhecimento enquanto uma vida que necessita de cuidado

Fonte: Elaborado pelo autor.

A dinâmica de cada encontro pode transitar de um cenário marcado por julgamento para manifestações de comoção ou indiferença, sendo grandemente influenciada pelo contexto em questão. Além disso, é importante ressaltar que a partir destes enquadramentos, não seja gerado um foco excessivo (ou exclusivo) no comportamento moral do burocrata de nível de rua, uma vez que tratam-se de decisões que estão inseridas em uma estrutura organizacional e social que já confere antecipadamente determinados enquadramentos para cada indivíduo, independente da ação da burocrata.

4.2.3 Julgamento

Os enquadramentos das ACS podem ser moldados por normas sociais que estabelecem parâmetros em relação à saúde e ao comportamento das pessoas que atendem. Essas normas, por vezes, conduzem as ACS a julgar moralmente as pessoas que não tem adesão às orientações transmitidas por profissionais da saúde ou que adotam hábitos considerados "não saudáveis". Esse julgamento moral pode ser prejudicial no acesso e na trajetória dos indivíduos dentro dos serviços públicos, pois pode fazer com que eles se sintam culpados ou envergonhados de acessar o serviço de saúde. Além disso, o julgamento moral pode ser influenciado por fatores como a raça, a

classe social e a orientação sexual dos indivíduos, o que pode levar a práticas discriminatórias e excluir grupos sociais específicos.

Butler (2015) argumenta que as normas sociais são construídas e mantidas por meio de repetição e performatividade. Em outras palavras, as normas são reforçadas constantemente por meio de ações cotidianas, como discursos, comportamentos e gestos. Dessa forma, as normas influenciam a forma como pensamos e agimos, moldando nossos enquadramentos sobre o mundo e as pessoas ao nosso redor, o que se aplica também aos burocratas de nível de rua.

No caso das ACS, as normas sociais que regem a saúde e o comportamento das pessoas podem exercer considerável potencial em seu julgamento moral. Essas normas podem incluir crenças sobre a importância de uma alimentação saudável, a necessidade de fazer exercícios regularmente e a importância de aderir às prescrições médicas. Quando uma pessoa não segue essas prescrições ou tem hábitos considerados "não saudáveis", a ACS pode julgá-la moralmente. Neste enquadramento, a vulnerabilidade costuma aparecer com algo "problemático", por vezes gerado pela própria má conduta do/a usuário/a, gerando uma ação de viés punitivista e mais rígida, a exposição da vulnerabilidade é recebida com maior cautela e desconfiança, gerando pouco reconhecimento quanto a necessidade de cuidado.

O relato de Cláudia pode ilustrar este enquadramento:

Tem uma que não usa muito, porque tem uma vida, as outras não tem vida, a que tem uma vida ela é professora, ela começou a lecionar ainda como homem e hoje leciona como mulher, então essa não procura quase a Unidade. Mas os outros vivem aqui e entram gritando que querem camisinha, tem umas que chegam e dizem que querem camisinha e lubrificante, falando alto pra todo mundo ouvir, sabe? Ficam intimidando as pessoas, esses outros que fazem programa (Cláudia, ACS, 2021).

Na fala da ACS, podemos observar um enquadramento sobre mulheres transexuais que as distinguem em dois grupos distintos: a que tem "uma vida" e as outras que "não tem vida". Essa expressão pode sugerir uma visão normativa sobre o que é considerável uma vida digna vivível (BUTLER, 2015). Ao fazer essa distinção, a ACS está utilizando critérios morais para julgar e hierarquizar essas mulheres, colocando a vida de uma delas como mais valorizada do que a das outras.

Além disso, o julgamento moral também fica evidente quando a ACS relata que algumas chegam a US gritando por camisinha e lubrificante, dando a entender que essas atitudes são inadequadas e constrangedoras. Esse tipo de julgamento pode criar barreiras

no acesso aos serviços de saúde, especialmente para aquelas que estão envolvidas em atividades consideradas estigmatizadas. Ao enquadrar alguém sob essa perspectiva, a ACS adota uma abordagem restritiva que, sobretudo, não alcança o âmago, a verdadeira razão da vulnerabilidade presente na situação.

Durante o trabalho de campo foram observadas, ainda, outras situações que evidenciam esse tipo de enquadramento, como a concepção de que pessoas pobres têm muitos filhos, como retrata uma ACS ao mencionar “*Que elas adoram, né, fazer filhos*” (Odete, ACS, 2020). Ou ainda a percepção de falta de vontade dos usuários, expressa nesta outra fala: “*se não é o médico e a enfermeira ir lá na porta conversar com a pessoa, pegar pelo braço e no colo, como muitos dizem, eles não procuram atendimento nenhum*” (Lindalva, ACS, 2021), desconsiderando dificuldades de mobilidade ou até mesmo das condições que impossibilitam o acesso dos indivíduos ao serviço de saúde.

Ao considerar a constituição destes enquadramentos, no contexto da APS, percebeu-se a necessidade de analisar a capacidade de construção de vínculo dessa maneira de lidar com a vulnerabilidade. Que “intimidade” pode ser construída entre algumas dessas mulheres trans que procuram a US para pegar lubrificante e camisinha, e a ACS, especialmente, no sentido de permitir acessar às necessidades dessas mulheres e oferecer um serviço de saúde efetivo?

4.2.4 Indiferença

A indiferença ocorre quando não reconhecemos plenamente a humanidade e a dignidade de alguém, tratando como um mero objeto ou excluindo suas experiências e demandas legítimas e individuais (BUTLER, 2015). No sentido estrito de uma burocracia weberiana, espera-se que funcionários públicos se comportem de maneira neutra, atrelado ao ideal de imparcialidade, uma das promessas do Estado burocrático moderno. Um dos efeitos desse ideal, nos contextos da burocracia de nível de rua, acaba sendo a indução a uma execução estrita da lei, indiferente às individualidades de cada caso com que interagem.

Os enquadramentos das ACS podem ser moldados por normas sociais que desumanizam certos grupos sociais, como aqueles que sofrem de doenças

estigmatizadas, que pertencem a minorias marginalizadas ou que residem em territórios estigmatizados. Essa desumanização pode levar as ACS a se tornarem indiferentes às necessidades desses usuários, tratando-os de forma negligente ou dispensando-lhes cuidados de menor qualidade.

Não obstante, a indiferença também pode ser reforçada por fatores como a falta de recursos e a sobrecarga de trabalho da ACS e demais profissionais, os quais encontram-se imersos no complexo sistema burocrático do processo de trabalho. Essa sobrecarga de trabalho, associada também com situações como quando não se tem formação adequada para lidar com situações específicas ou quando não se sente motivada para realizar seu trabalho, conduz a ACS a adotar uma postura de insegurança, fazendo com que a vulnerabilidade do usuário possa ser ignorada, o que pode prejudicar o acesso aos serviços de saúde.

Além disso, é importante ressaltar que a indiferença não é inerente às ACS como indivíduos, mas é construída socialmente por meio de normas e enquadramentos, observando que a análise se volta para as influências externas que moldam as atitudes das ACS. Normas sociais, expectativas institucionais, políticas de saúde e outros fatores contextualizam e direcionam o comportamento profissional. Portanto, a indiferença percebida pode ser resultado não apenas das características individuais das ACS, mas também das estruturas sociais e da maneira com que a própria gestão da política molda os encontros com a população.

Este enquadramento gera uma maneira de interpretar a situação, onde a vulnerabilidade acaba simplificada e não há um esforço por conhecer as condições precárias, desta forma, a exposição da vulnerabilidade não ocorre ou é pouco considerada em sua materialidade. Por consequência, a trajetória resultante é de não reconhecimento das necessidades daquela vida e de um acesso paliativo à sua sobrevivência.

Em alguns casos observa-se um condicionamento a execução estrita de normas, devido a demanda superdimensionada sobre as ACS. Também, é importante destacar que neste enquadramento sobressaem as decisões políticas e da gestão local. Não que a ACS não possa ser indiferente a determinadas vulnerabilidades, mas observou-se um condicionamento a indiferença sobre determinadas populações, tendo em vista a maneira com que as equipes de APS estão distribuídas.

Um registro de uma saída de campo, retrata como que a indiferença pode se reproduzir na atuação da ACS.

Chegamos então, na casa de Seu Júlio, um homem de cerca de 50 anos que morava sozinho, tinha trombose em uma das pernas e vivia em uma situação muito precária. A casa do seu Júlio ficava em meio a muitos escombros de outras casas que haviam sido demolidas na remoção da população da vila. Havia uma pequena fossa a céu aberto ao lado de sua casa e a entrada da residência estava alagada. Ele demorou até vir nos atender, saiu com dificuldades e se sentou em uma cadeira em frente à casa. Reclamou de dor nas pernas, que havia caído e estava sujo de lama, pediu ajuda da ACS com algum contato com a Defensoria Pública, para tirarem ele daquele lugar, pois já havia entrado em contato com o DEMHAB diversas vezes sem nenhuma resposta quanto a sua remoção, que ele considera ser urgente devido às condições em que se encontra. A ACS tirou fotos de seus documentos e disse de maneira apática que tentaria repassar seu caso para a coordenação. Depois que nos despedimos de Seu Júlio, ela disse que não tinha nada que ela pudesse fazer, que eram muitas demandas semelhantes àquela que sabia que não receberia um retorno, mas que precisava registrar as visitas como produção do seu trabalho (Diário de campo, outubro de 2020).

A indiferença da ACS em relação ao caso do Seu Júlio, expressa uma situação em que a vulnerabilidade da pessoa atendida no encontro não ganha sustentação devido, também, a situações persistentes no contexto do encontro. Pelo lado de Seu Júlio, seu problema de saúde relacionado à trombose em suas pernas não é a prioridade, sua reivindicação é para que seja feita alguma coisa em relação a sua condição de moradia, que tornava ainda mais precária sua condição de vida.

Para a ACS, este caso é só mais um entre os diversos que precisa lidar, além do mais, a situação extrapola totalmente do seu alcance, tendo em vista se tratar de um caso que demandaria uma ação em rede muito mais estruturada para alcançar algum sucesso, desta maneira, sua atuação se limita ao registro da visita domiciliar, necessário para o cumprimento de sua meta. Em resumo, a situação expõe não apenas a vulnerabilidade extrema de Seu Júlio, mas também a indiferença institucional e a sobrecarga de demandas enfrentadas pela ACS.

4.2.5 Comoção

A comoção está relacionada à capacidade de se comover emocionalmente em relação a determinadas situações ou indivíduos. Neste enquadramento, a vulnerabilidade

é reconhecida e comunicada, conduzindo uma ação burocrática que mobiliza esforços para dar uma resposta efetiva. A exposição da vulnerabilidade gera empatia e compaixão, reconhecendo os indivíduos enquanto vidas que necessitam de cuidado e assistência.

Os enquadramentos das ACS podem ser moldados por normas sociais que definem quem é considerado digno de compaixão e cuidado. Tais normas podem resultar em uma inclinação das ACS para se sensibilizarem mais com certas categorias, como crianças e idosos, em comparação com outras, como indivíduos que lidam com condições de saúde estigmatizadas ou pertencentes a minorias marginalizadas. Essa comoção pode influenciar seletivamente as pessoas a dispensar um cuidado mais atencioso e de maior qualidade para alguns indivíduos em detrimento de outros, conforme também apontado por Butler (2015). Além disso, a comoção pode ser influenciada por estereótipos sobre certos grupos de usuários, o que poderia resultar em práticas discriminatórias.

No contexto da APS, pode-se observar quando o ACS se comove com alguma situação de vulnerabilidade dos usuários, há demonstração de empatia e solidariedade. Isso pode ser retratado quando a ACS se envolve emocionalmente com a situação do/a usuário/a, disponibilizando recursos para buscar soluções. Quando o ACS adota uma postura de comoção, a vulnerabilidade do usuário pode ser reconhecida e tratada com mais atenção e cuidado. A trajetória que pode ser observada com essa conduta é de acesso à informações e encaminhamentos para os serviços necessários,

A comoção pode ser observada na forma com as ACS se sensibilizam e se identificam com determinadas situações, gerando além do vínculo com o/a usuário/a um engajamento com a situação:

Hoje me perguntaram assim “tu gosta de estar lá?” Eu gosto do que eu faço, mas ninguém gosta de desgraça, lá não tem notícia boa. “Ah, mas o que te alimenta?” me alimenta que eu sei que eu vou entregar *um simples cartão SUS* como o que eu consegui fazer o cadastro de uma menina de 15 anos que tá suspeita de tá grávida que foi tirar o CPF quarta feira daí a cunhada trouxe, mas não tinha processado ainda, agora tá ali o cartão SUS dela, ela tá no cardweb e no e-SUS e aí a médica pode solicitar os exames, daí eu fui ver ali, tu acredita que uma pessoa com essa idade foi pela primeira vez numa consulta médica? Nunca tinha tomado uma vacina. Sobreviveu até hoje (Edson, ACS, 2021).

Em meio a contextos precários, o fato de um ACS se comover com a situação de “um simples cartão SUS”, pode possibilitar a agilidade no registro de uma usuária no

sistema, algo que em última instância não representa um simples cartão, mas a possibilidade de acesso ao cuidado à uma vida que, como o próprio ACS disse, “sobreviveu” até aquele momento.

Nesse sentido, a comoção pode ser vista como uma forma de resistência aos enquadramentos sociais que desumanizam certos grupos de pessoas e minimizam suas vidas e experiências. Quando burocratas de nível de rua se comovem com as vulnerabilidades as quais se deparam, estão desafiando esses enquadramentos e reafirmando a igualdade de dignidade e valor de todas as vidas.

4.3 TERRITÓRIOS ENQUADRADOS

É um território vivo! Tudo aqui precisa de cuidado, da gestante que tá com as consultas atrasadas à vala de esgoto que há três anos o DMLU não vem limpar (Edson, ACS, 2021).

Milton Santos (1999), apontou como um problema da Ciência Política considerar o território apenas em dimensões como a da divisão de estados e municípios, ou então enquanto as estatísticas que o definem, entretanto ignorando o seu conteúdo social. Na discussão sobre território construída por Santos (1999), parte-se da ideia de algo em constante mudança, como um território em processo. A contribuição a que se quer chegar é a de que é necessário, ao analisar processos políticos locais, compreender o território como o lugar onde incidem diferentes fluxos de forças que ocupam e alteram o espaço, onde se observa disputas entre diferentes atores sociais, Estado e o mercado no uso econômico e social dos recursos ali presentes.

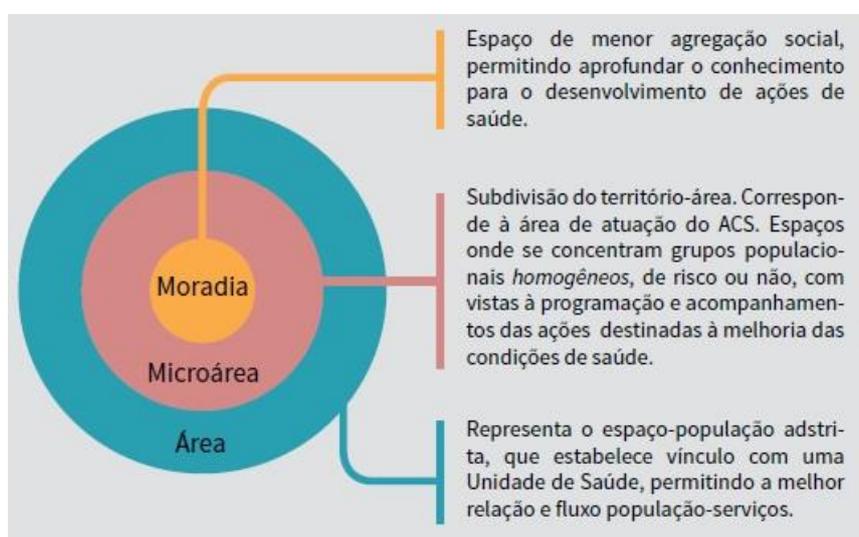
Esta discussão também alcança o campo da saúde, contribuindo para o deslocamento da noção do território como algo estático, para uma categoria central e sendo um objeto dinâmico, *vivo*, que permite uma visão não fragmentada dos diversos processos sociais (LIMA; YASUI, 2014). Esta perspectiva consiste em olhar para o território e compreendê-lo a partir da historicidade dos conflitos sociais ali presentes, as áreas de acesso restrito, as privilegiadas e periféricas, as condições de vida das pessoas que ocupam aquele lugar e, principalmente, a relação do território com as pessoas, dando luz à maneira como as condições ambientais, estruturais e urbanísticas tornam o território mais ou menos vulnerável.

Na APS, assim como no SUS de modo geral, o território tem um papel determinante na descentralização política, na construção de um planejamento regionalizado e no estabelecimento de um recorte geográfico para vinculação de uma população específica ao serviço de saúde. Reconhecer as vulnerabilidades de cada território é fundamental para que as equipes de APS possam trabalhar na construção de estratégias de prevenção e promoção da saúde.

É neste sentido que o enquadramento de vulnerabilidades na APS começa no território, uma vez que o contexto territorial influencia diretamente a saúde da população. Cada território tem suas particularidades e desafios específicos, que podem afetar a saúde dos moradores. Por exemplo, uma comunidade localizada em uma área de risco ambiental, com alta poluição do ar ou próxima a uma área industrial, pode ter maior incidência de doenças respiratórias. Ou ainda, uma comunidade localizada em uma região de alta vulnerabilidade social, com condições precárias de habitação e saneamento apresenta demandas em outro nível de complexidade ao serviço de saúde, requerendo a construção de uma rede multiprofissional para dar conta dessas vulnerabilidades.

O território é enquadrado de diferentes maneiras. Como vimos na definição dos estudos de caso no capítulo 3, dentro do município ocorre uma divisão em distritos sanitários. Cada unidade de ESF possui um território adscrito e, com objetivo de ampliar o conhecimento sobre as condições de vida da população, são aplicadas ainda outras subdivisões, como podemos observar na figura a seguir:

Figura 7: Subdivisões territoriais na APS



Fonte: Flemming; Pereira, 2019.

Em cada uma dessas subdivisões, são feitos enquadramentos da política sobre o território. A *área* ou território adscrito de cada unidade, representa o “espaço-população” pelo qual aquele serviço de saúde é responsável e referência para os serviços primários. Esta delimitação é importante no estabelecimento de vínculos entre a equipe de saúde e população e no levantamento das características quanto ao fluxo e funcionamento do serviço.

Esta delimitação também é fundamental na gestão de nível de rua. Como definem Gassner e Gofen (2018), na implementação da política os gestores de nível de rua caracterizam seu público-alvo, sua “clientela” e, a partir da compreensão dessas características e dos recursos e condições disponíveis, traduzem prioridades, adaptam rotinas, mobilizam lideranças locais e articulam com outros níveis hierárquicos possíveis arranjos da política para combiná-la às necessidades da população.

A *microárea* trata de um conglomerado habitacional mais parecido, com demandas e condições mais homogêneas. Esta subdivisão foi criada pensando na atuação de ACS, que possibilitam a identificação de “zonas” de risco ou de maior vulnerabilidade social, em que a identificação da vulnerabilidade evidencia particularidades daquele recorte. No processo de territorialização, esta subdivisão precisa ser condizente com a capacidade de cada ACS construir vínculos com as pessoas residentes em sua microárea e acompanhar o desenvolvimento do processo saúde-doença daquela população

Na *moradia* são observadas desde as questões materiais e estéticas da casa em si, até os fatores mais íntimos da constituição do núcleo familiar e das pessoas que ali residem. O encontro dentro da moradia permite uma compreensão contextual única da vulnerabilidade, como define uma ACS: “quando a gente entra dentro de uma casa e observa o ambiente, a gente consegue perceber muita coisa daquela família” (Marta, ACS, 2020). Esse é um momento em que as vulnerabilidades são expostas à agente, em que se observa a presença de crianças, idosos, gestantes, e que são reconhecidas as condições de vida e subsistência daquelas pessoas. Com o cadastro realizado pelas ACS dentro do domicílio são recolhidas, ainda, informações detalhadas a respeito do histórico das condições de saúde e das necessidades básicas de cada indivíduo.

Quando a burocracia de nível de rua da ESF trabalha explorando essas subdivisões, é possível visualizar geograficamente a distribuição de diferentes condições de vulnerabilidades. A partir da realização do trabalho de campo, foi possível notar que os territórios de cada equipe de saúde podem ser compostos por situações econômicas, sociais e ambientais bastante heterogêneas. Tais situações exigem do serviço de saúde um processo de trabalho ajustável às especificidades de cada caso, como aponta uma gerente: *“Como é que a gente trabalha um denominador comum quando a gente tem tanta diversidade?”* Então, o enfoque para especificidade é primordial” (Renata, Gerente, 2021). Focar na especificidade significa que as ações da ESF devem partir das necessidades identificadas no território. Em termos de gestão isso requer uma abordagem que, para além dos distritos, olhe para os territórios de cada US e, para além dos territórios, olhe para as microáreas de cada ACS.

Para além da especificidade da APS em conseguir, através destas subdivisões, alcançar a identificação das vulnerabilidades presentes no território, alguns estudos sobre burocracia de nível de rua vêm destacando a necessidade destas burocracias trabalharem com um reconhecimento acerca do conteúdo que compõe o território pelo qual são responsáveis, como forma de conseguir identificar maneiras de agir diante de tais condições (TIRELLI, 2021; LOTTA et. al, 2021).

Observando como o caso de Porto Alegre vem conduzindo seus serviços primários de saúde, podemos identificar uma adequação às mudanças na organização e financiamento da PNAB. Como veremos a seguir, o contexto atual induz a apenas uma ACS em algumas US, o que acaba eliminando a subdivisão de microárea, dificultando um monitoramento das condições de saúde em áreas vulneráveis e reduzindo a capacidade de manutenção e construção de vínculos com cada moradia, uma vez que o território de atuação dessa profissional passa a ser muito maior.

Seguindo a concepção de um território vivo, ou como define a fala do ACS Edson, no começo desta seção, onde *“tudo ali precisa de cuidado”*, os enquadramentos empreendidos pela burocracia de nível de rua da APS precisam reconhecer mais do que os aspectos pontuais de cada caso para gerar trajetórias de cuidado mais efetivas no acesso ao serviço de saúde. Os efeitos de um enquadramento mais abrangente, sem aprofundar nas microáreas dentro do território de cada equipe, é passar a trabalhar apenas com aquilo que chega até a US.

Bibiana, gerente de US, assim define essa situação: *“aí tu passa cada vez mais a olhar só praquilo que é mais urgente, praquilo que é mais prevalente ali no território, em termos de situação de saúde e deixa de reconhecer o os contextos particulares que precisariam de uma atenção diferenciada”* (Bibiana, gerente, 2021). Nesse contexto, o reconhecimento com as vulnerabilidades do território é universal, porque é para todos, mas não é equânime, pois não alcança as especificidades de cada caso.

A seguir, iremos acompanhar como essa conjuntura política se aplica em três contextos distintos. Com isso, poderemos observar diferentes enquadramentos sobre o território, onde os recortes realizados pela gestão municipal para organizar a distribuição dos serviços de saúde acabam configurando também diferentes (e desiguais) formas de acesso. A análise dos casos está baseada, num primeiro momento, em descrever o contexto geral da US analisada (a composição da equipe, funcionamento, população atendida e características demográficas) para, em seguida, compreender a disposição da vulnerabilidade no território da US e as diferentes relações que são estabelecidas entre as pessoas do território e o serviço de saúde.

4.3.1 Caso IAPI

O primeiro caso estudado está localizado no Distrito Sanitário Noroeste do município de Porto Alegre/RS. Trata-se da Clínica da Família IAPI, que funciona no prédio do Posto de Saúde IAPI, o “Postão do IAPI”, como é conhecido na cidade. Este é um grande “posto” de saúde que serve de referência para algumas especialidades médicas, possui salas e equipamentos para realização de pequenos procedimentos ambulatoriais, a farmácia distrital e a Gerência Distrital.

Até fevereiro de 2020 as equipes de APS tinham outra configuração, não existia uma “Clínica da Família”, eram 4 equipes de ESF, cada uma com duas ou três ACS. Devido ao fechamento de algumas US, em razão da extinção do IMESF, a gestão local ampliou de 4 para 7 equipes de ESF e habilitou 5 equipes de EAP. No entanto, a ampliação no número de equipes foi acompanhada por uma redução no número de ACS, de 11 para 8, com isso as ACS estavam, em sua maioria, responsáveis por toda a população de sua equipe em territórios muito maiores que as microáreas.

Um ponto muito ressaltado pelas ACS desta US que participaram da pesquisa, foi em relação à dificuldade de criar ou manter os vínculos com a população do território, em partes devido ao distanciamento provocado pela Pandemia de Covid-19, mas também devido à mudança no desenho da APS. Essas mudanças foram incorporadas pelo governo municipal, a partir de 2020, na implantação da modalidade de Clínica da Família para aderir às habilitações de EAP e ao programa “Saúde na Hora”. Essa modalidade concentra um número maior de equipes de saúde, responsáveis por um território mais extenso, com o propósito de oferecer atendimento em horário ampliado: das 07h às 19h. Trata-se de uma reconfiguração não apenas nas equipes, mas também no processo de trabalho, como explica a Gerente Bibiana:

A Clínica da Família, ela veio pra dar um plus pra Estratégia [ESF]. O que é esse plus? É a unidade ficar aberta das 07h da manhã às 19h. Mas a lógica da Clínica da Família, ela foge um pouco da Estratégia, porque o que eles falam? Que a Clínica da Família tem que ter um percentual de atendimento de demanda espontânea/dia que seria em torno de 70%. Então 70% tu tem que ter profissionais dentro da unidade focados só no atendimento/dia e os 30% seria o planejamento pra outros pacientes na questão do foco de Estratégia. (Bibiana, gestora na APS, 2020).

Seguindo a explicação da gestora e o que pôde ser observado durante o trabalho de campo, a Clínica “foge” da lógica de trabalho da ESF, pois ampliou a cobertura e horário de atendimento, mas com um processo de trabalho mais direcionado ao atendimento da demanda espontânea, com menor tempo de planejamento das ações preventivas e de reconhecimento do território.

Por estar localizada em um grande centro de saúde municipal, a Clínica conta com um número maior de profissionais que são concursados (na sua maioria), de modo que a Clínica é uma das 5 US de Porto Alegre que não foi terceirizada. Com base em dados de monitoramento de gestão, a tabela 4 apresenta a configuração geral da Clínica.

Tabela 5: Clínica da Família IAPI

Dados gerais	
População no território (IBGE 2010)	71.415
Nº de usuários que acessaram a US nos anos 2018 e 2019 (eSUS)	20.085
Nº de usuários cadastrados 2015 a 2019 (eSUS)	10.939
Nº de crianças <1 ano cadastradas 2015 a 2019 (eSUS)	213
% de população negra (IBGE 2010)	6,8%
População de crianças (0-12a) no território (IBGE 2010)	8.132
População de idosos (60a ou mais) no território (IBGE 2010)	14.482
Nascidos vivos em 2019 (SINASC)	673
Horário de funcionamento: Cadastrada ao <i>saúde na hora</i>	7h às 19h

Nº de equipes vinculadas à US	
ESF - Equipe de Saúde da Família	7
EAP - Equipe de Atenção Primária	5
ESB - Equipe de Saúde Bucal	8
Nº de profissionais cadastrados no CNES	
Gerente	1
Médico/a de família	8
Médico Generalista	11
Médico/a Ginecologista e Obstetra	6
Médico/a Pediatra	4
Médico/a Residente	1
Médico/a Sanitarista	1
Enfermeiro/a	12
Técnico/a de enfermagem	13
Auxiliar de enfermagem	6
Agente Comunitário/a de Saúde	11
Agente de Combate a Endemias	4
Assistente administrativo	3
Recepcionista	1
Dentista	6
Auxiliar de Saúde Bucal	3
Agente de Combate de Endemias	2

Fonte: elaboração própria, com base em Relatório de Monitoramento (Porto Alegre, 2020).

O território que passou a ser responsabilidade da Clínica abrange uma população de mais de 71 mil pessoas. Dentre as características gerais dessa região, se destaca a grande concentração de idosos, segunda maior do município, que acaba usando bastante o serviço de saúde. A Clínica IAPI compreende os bairros: Passo D'Areia, Higienópolis, Boa Vista, São João, Santa Maria Goretti, Jardim São Pedro, São Sebastião, Vila Nazaré e Vila Dique. No Mapa da figura 8 podemos observar a disposição territorial da Clínica. Cada ACS estava atendendo uma população de mais de três mil pessoas, que antes era referenciada por três ou quatro agentes. Apesar do imaginário de que a ESF dirige-se apenas a segmentos mais pobres da população (MARSIGLIA; CARNEIRO JUNIOR, 2009), foi possível observar diferentes estratos sociais sendo assistidos pela política e, principalmente, diferentes vulnerabilidades sendo abordadas nos encontros com a burocracia de nível de rua.

Figura 8: Território da Clínica da Família IAPI



Fonte: GeoSaúde, 2020. Adaptado pelo autor.

A Clínica está localizada em uma região histórica de Porto Alegre, onde, na década de 1950, o Governo Federal inaugurou a Vila do IAPI (Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários), composta por cerca de 2.500 casas e apartamentos destinados às famílias dos industriários. Este modelo foi implementado também em outras cidades brasileiras, como Rio de Janeiro e Belo Horizonte. Trata-se de um complexo habitacional planejado com inspiração nas “cidades-jardim” europeias: ruas arborizadas, muitas praças, arquitetura variada de casas geminadas e os prédios “em fita”. Grande parte das casas e prédios da Vila IAPI estão situados no Bairro Passo D’Areia e a maior parte dos moradores são idosos aposentados com renda e padrão de vida estável.

A região no entorno da Clínica, de maneira geral, pode ser caracterizada por um bom padrão de vida, todas as famílias possuem água encanada, esgoto fechado e coleta seletiva de lixo. Contextos familiares de alto poder aquisitivo e muitos idosos, como descreve a ACS Odete: “Aqui no IAPI as pessoas têm um padrão estável já, porque são pessoas que moram aqui há bastante tempo, alguns têm situações precárias, mas a maioria é estável, já são aposentados, os filhos trabalham, algum filho desempregado, mas tem uma estabilidade” (Odete, ACS, 2020). Nos bairros do entorno da Clínica as principais demandas das ACSs estão relacionadas a um acompanhamento contínuo à

saúde dos idosos, pois muitos são diabéticos, hipertensos ou têm alguma doença crônica.

Porém, essa não é a realidade de todo o território, como descreve Lindalva: “A Vila Nazaré é um território assim... de pobreza, na maioria dela, uns 60, 70%, porque lá atrás, lá no fundo, tem gente que trabalha no lixão, com criação de porcos, então é bem pobre mesmo” (Lindalva, ACS, 2020). Os contextos das duas Vilas que pertencem ao território da Clínica destoam da região próxima ao posto de saúde e a dificuldade de acesso foi uma das principais queixas percebidas por parte da população, tendo em vista a distância do serviço de saúde, no caso da Vila Dique, por exemplo, as pessoas precisavam pegar dois ônibus para chegar até a Clínica e tornava-se mais próximo ir até ao Pronto Atendimento do Hospital Conceição.

A Vila Dique e a Vila Nazaré são territórios de ocupação irregular, áreas de extrema pobreza, sem saneamento básico e que ficam muito distantes da Clínica IAPI. Até fevereiro de 2020 existia uma equipe de ESF para atender à Vila Nazaré, com quatro ACSs que faziam atendimento exclusivo daquela população. Porém, a Vila Nazaré vinha em um processo intenso de remoção, sendo que deixou de existir em abril de 2022, uma vez que toda sua população foi removida, devido às obras de ampliação do Aeroporto Salgado Filho, que avança sobre o terreno que desde a década de 1970 era ocupado pela vila. Os moradores que não aceitaram a realocação acabaram migrando para a Vila Dique. Com o fechamento da ESF essa população passou a ser referenciada pela Clínica IAPI, perante a justificativa oferecida pela gestão municipal de que outras US próximas não teriam capacidade para atender esta população, enquanto a implementação da Clínica teria sido proposta, justamente, para atender a um grande contingente populacional, considerando o espaço físico e o quantitativo de equipes que se propôs a implementar.

Com relação ao enquadramento geral do território, é importante considerar algumas questões no que se refere ao direcionamento da política para enfrentar vulnerabilidades: primeiro, como vimos na tabela 8, a pontuação da Clínica IAPI no IVS considera a “necessidade” de apenas um ACS por equipe, por enquadrar este tipo de US em uma condição de baixa vulnerabilidade social; segundo, as áreas com condições precárias de vida e risco à saúde acabam tendo suas necessidades simplificadas e encontram maiores dificuldades para ter suas vulnerabilidades reconhecidas.

Circular com as ACSs por diferentes recortes (microáreas) dentro desse território, permitiu perceber algumas diferenças na maneira como as vulnerabilidades são expostas no encontro com a burocracia de nível de rua. Nos bairros do entorno da Clínica, em uma região densamente urbanizada, com diversos prédios e casas em condomínios fechados, o encontro se dava muitas vezes pelo interfone, com pouco diálogo, na maioria dos casos se tratava de orientações relacionadas à vacinas, retornos de encaminhamentos ou exames. Nas vilas, por outro lado, as demandas eram inúmeras, desde a saúde das crianças, gestante com pré-natal atrasado, idosa com diabetes que não tá conseguindo ir no “posto” renovar a receita (MARTINS; CARBONAI, 2022).

Diferentes condições de vulnerabilidades são notáveis no caso IAPI. Enquanto que no bairro Passo D’Areia as condições habitacionais foram planejadas pelo governo federal e as principais demandas para as ACS correspondem ao acompanhamento de idosos, em locais como na Vila Dique, Karen destaca uma situação diferente:

Tem uns que são paupérrimos, que é uma casinha de dois por três ali, um barraco, né? E dentro daquele barraco ali mora o pai, a mãe e uns quatro ou cinco filhos, tem muitas casas que não tem banheiro. Eles não têm um banheiro dentro de casa! Tem uma casinha onde faz as necessidades. Têm casas onde não tem água encanada, a água é só mais pro início da Vila, os que moram mais pro fundo lá não tem água que saia na torneira. (Karen, ACS, 2020).

Dique é uma geotecnologia de contenção de enchentes, uma alternativa muito utilizada em Porto Alegre para proteger a cidade das cheias no Delta do Rio Jacuí. A Vila Dique se desenvolveu sobre um desses diques, no extremo norte da capital, por isso configura-se em uma longa Avenida de mais de 3km de extensão, tendo de um lado, os canais do Rio Gravataí e, do outro, diversos córregos oriundos de esgotos do distrito industrial da cidade, na figura a seguir é retratada uma imagem de satélite do lugar:

Figura 9: Avenida Dique

Fonte: Captura de tela realizada pelo autor.

A vila possui cerca de três mil moradores, que na sua maioria sobrevivem da reciclagem, trabalho informal e auxílio de programas sociais. Apenas uma ACS e um Agente Comunitário de Endemias (ACE) transitam ao longo da Avenida. Os demais profissionais de saúde, quando fazem atendimentos no local, fazem-no com o uso de uma Unidade Móvel de Saúde instalada na entrada da vila, que é o que garante o acesso aos cuidados básicos da população, visto que conforme aponta Karen:

É o local mais miserável, mais pobre, mais dificultoso, com maiores demandas é lá, mas não tem médico lá. Aí quando eles conseguem vir pra cá, aí passava pro atendimento: 'Não, não tem médico! Tem que vim mais cedo!'. Como é que um paciente morando lá naquela distância, vai caminhar tudo aquilo lá pra *competir* com pacientes que moram aqui perto? (Karen, ACS, 2020).

O contexto em que o SUS opera gera situações como a descrita pela ACS. Um sistema público universal implementado com restrição de recursos, produz uma espécie de “competição” pelo acesso aos serviços de saúde. Neste caso, a desigualdade de condições faz com que a classe média do entorno tenha inúmeras facilidades no atendimento de suas vulnerabilidades físicas e sociais, enquanto a periferia é a que mais sofre com as restrições colocadas pelas mudanças políticas. Com o trabalho da ACS na Vila, é possível reconhecer as demandas de saúde da população, mas sem que essa população possa acessar a US, o trabalho da ACS torna-se um mero registro da precariedade. Nesse sentido, o enquadramento da política sobre o território condiciona formas desiguais de acesso ao serviço, sendo possível observar uma indiferença quanto às especificidades da população deste local.

As dificuldades de acesso da população da Vila Dique englobam desde os problemas citados acima com relação ao acesso aos serviços básicos de saúde, até as relacionadas à política habitacional, que, como vimos na introdução deste capítulo, não apresentou nem mesmo uma expectativa quanto a remoção para habitações mais dignas e em local adequado. Na foto a seguir é possível visualizar as condições da Av. Dique em dias de chuva, quando situação do local fica especialmente complicada, os córregos do entorno costumam subir e alagar algumas casas e a rua:

Foto 3: A rua na Dique



Fonte: Acervo pessoal do pesquisador.

A atuação da ACS na Vila Dique, ao identificar as demandas de saúde da população, destaca a importância do trabalho de base para compreender as necessidades específicas de cada comunidade. No entanto, a estrutura burocrática disponível para

atuar em um caso extremo de condições vulneráveis, resulta em um enquadramento da política de saúde que é indiferente às especificidades dessa população, dificultando a possibilidade de vincular estas pessoas em serviços públicos que garantam acesso aos seus direitos básicos.

4.3.2 Caso Ilhas

O segundo estudo de caso foi realizado no Distrito Sanitário Ilhas, que é composto por um único bairro, o Arquipélago, e que pode ser considerado um dos mais peculiares da cidade: primeiro, por estar separado territorialmente dos demais bairros do município; segundo, por possuir uma intrínseca relação com a natureza, uma vez que é formado por um conjunto de treze ilhas que são atravessadas por canais dos rios Caí, Sinos, Gravataí e Jacuí, que juntos formam o Delta do Rio Jacuí, que deságua no lago Guaíba.

As ilhas que possuem mais habitantes são: a Ilha da Pintada, Ilha Grande dos Marinheiros, Ilha das Flores e a Ilha do Pavão. A região é pouco reconhecida como parte de Porto Alegre, devido a sua separação geográfica e devido a um forte estigma social em torno da concentração das condições de vulnerabilidade neste local.

Parte do ideário social criado em torno do Bairro Arquipélago se construiu a partir de um importante documentário nacional, o “Ilha das Flores”, de Jorge Furtado, lançado em 1989. Com uma linguagem direta, bastante ilustrativa e ácida acerca da desigualdade social e do processo de desumanização dos seres humanos frente à pobreza, o documentário traça com detalhe a lógica de troca e exploração do capitalismo. Abrange a discussão sobre resíduos, o lixo, que causa doenças e que deve ser descartado, dando exemplos: “Em Porto Alegre, um dos lugares escolhidos para que o lixo cheire mal e atraia doenças chama-se, Ilha das Flores” (ILHA DAS FLORES, 1989).

Apresenta, então, um cenário de pobreza, retratando o lugar por meio de casas simples e precárias, com porcos e muito lixo. Em determinada cena, por exemplo, moradores locais recolhem alimentos que haviam sido recusados para a alimentação de porcos. O documentário faz, assim, uma crítica contundente às consequências da desigualdade social como reflexo dos atuais meios de produção. Entretanto, em nível

local e na cidade de Porto Alegre, sua circulação e popularização acabou fortalecendo certos estigmas em relação aos ilhéus, segundo relatam moradores da localidade, e criando sobre eles a imagem de que são “comedores de lixo de porcos”.

Durante o trabalho de campo, no entanto, foi possível observar uma ocupação um tanto variada das ilhas. Conforme relatos dos profissionais das equipes de saúde, a região comporta extremos sociais, com o interior das ilhas e partes mais facilmente alagáveis sendo ocupadas por famílias de baixa renda, principalmente pescadores e recicladores. Por outro lado, a margem das ilhas é ocupada por galpões e estaleiros que comercializam e consertam barcos, lanchas e jet-skis, além de algumas mansões e casas de famílias muito ricas que mantêm uma casa naquele local, porém, muitas vezes, residem em outros bairros da cidade.

O bairro Arquipélago passou a ter água encanada apenas em 2009 e possui o mais baixo índice de canalização de esgotos do município. A maioria das casas possuem apenas uma fossa rudimentar, ou então liberam os dejetos diretamente no rio. A urbanização das ilhas também se deu de forma incompleta, uma vez que se trata de uma Área de Preservação Permanente (APP) as ruas não podem ser asfaltadas. A Ilha da Pintada é a que possui maior extensão de ruas com calçamento.

Para a ACS Mariele, a visão das pessoas e até mesmo de outros profissionais da equipe quando chegam pela primeira vez nas ilhas é a de que irão encontrar porcos andando pelas ruas, *“aqui tem pobreza, mas ninguém come junto com os porcos”* (Mariele, ACS, 2021), salienta. As cenas do documentário, na realidade, foram gravadas na Ilha Grande dos Marinheiros e a dinâmica encenada de uma população que se alimenta de restos de comida de porcos nunca existiu, de fato.

Conforme autores (WACQUANT; SLATER; PEREIRA, 2014), a estigmatização do território é um processo de rotulação negativa que é atribuída a uma área específica, baseado em estereótipos e preconceitos, que muitas vezes são exagerados e simplificados. Essa estigmatização pode ter consequências negativas para os moradores do território, incluindo o preconceito e a discriminação por parte dos outros membros da sociedade.

Em termos de acesso à APS, existem duas US neste Distrito, uma na Ilha da Pintada e outra na Ilha Grande dos Marinheiros. Até 2020 existia, também, uma US na Ilha do Pavão, uma das ilhas com maior concentração de pobreza e vulnerabilidade

social. Entretanto, esta unidade foi fechada devido ao processo de extinção do IMESF. Desde então, a população da Ilha do Pavão recebe atendimento apenas uma vez por semana através da UMS. Por se tratar de equipes simples com poucas ACS e uma gerência compartilhada, o trabalho de campo foi realizado nas duas Unidades de Saúde existentes no Distrito.

A Unidade de Saúde Ilha Grande dos Marinheiros, quando estava sob a gestão do IMESF, possuía 6 ACSs. Ao longo do processo de extinção deste órgão, estas profissionais foram sendo demitidas até restar apenas uma ACS. Em dezembro de 2020 a gestão da Unidade passou a ser terceirizada pelo Hospital Santa Casa de Misericórdia, o que levou a uma mudança da equipe: antes existiam duas equipes de ESF, de modo que, com a terceirização, reduziu-se para “uma equipe e meia”, ou seja, uma equipe de ESF de 40h e uma EAP de 20h. Na tabela 5, são apresentados dados gerais e em relação a composição dessa US:

Tabela 6: configuração da US Ilha Grande dos Marinheiros

Dados gerais	
População no território (IBGE 2010)	4.267
Nº de usuários que acessaram a US nos anos 2018 e 2019 (eSUS)	4.045
Nº de usuários cadastrados 2015 a 2019 (eSUS)	4.218
Nº de crianças <1 ano cadastradas 2015 a 2019 (eSUS)	187
% de população negra (IBGE 2010)	25,2%
População de crianças (0-12a) no território (IBGE 2010)	1.176
População de idosos (60a ou mais) no território (IBGE 2010)	311
Nascidos vivos em 2019 (SINASC)	70
Horário de funcionamento:	8h às 17h
Nº de equipes vinculadas à US	
ESF - Equipe de Saúde da Família	1
EAP - Equipe de Atenção Primária	1
ESB - Equipe de Saúde Bucal	1
Nº de profissionais cadastrados no CNES	
Gerente	1
Médico/a de família	2
Médico Residente	3
Enfermeiro/a	1
Técnico/a de enfermagem	3
Agente Comunitário/a de Saúde	1
Assistente administrativo	1
Almoxarife	1
Dentista	1
Auxiliar de Saúde Bucal	1

o município vizinho e para o centro da cidade, o local passa por diversos conflitos relacionados ao tráfico de drogas, envolvendo, inclusive, situações de tiroteios dentro do território.

As principais demandas da ACS nesse contexto estão em fazer o acompanhamento da saúde das crianças e gestantes do território, além do monitoramento em geral, uma vez que, segundo as ACSs, existem muitos problemas de saúde causados pelas condições sanitárias, como irritações de pele, leptospirose, diarreia e micoses. Um ponto que neste caso se mostrou de fundamental importância, está relacionado à vulnerabilidade do território, uma vez que se trata de uma área alagável e que sofre constantemente com enchentes das bacias hidrográficas que deságuam no lago Guaíba. Na foto a seguir, enviada (e autorizada pela ACS), é retratada uma ação realizada pela US durante a enchente de 2015, a maior na região até as mais recentes que ocorreram em 2023:

Foto 4: Ação local de saúde durante enchente de 2015.



Fonte: arquivo pessoal do pesquisador.

A maioria das casas são construídas em cima de trapiches como prevenção às enchentes e a principal renda das famílias provém do trabalho com a reciclagem. No

lado sul da Ilha do Marinheiros, entretanto, a costa é toda ocupada por mansões e oficinas de barcos evidenciando as desigualdades de condições dentro do território, como explica o entrevistado Marcos: “o território tem condições mistas, a gente tem aqui mansões, tem pessoal com lancha, com jet-ski, mas a gente tem também uma classe média e em volume um pouco maior a gente tem condições extremas de pobreza” (Marcos, Gerente, 2021).

Na Ilha das Flores, ao contrário do que o documentário apresenta, a realidade não é constituída por um grande aterro sanitário, mas sim por casas simples, na sua maioria de madeira e famílias que se sustentam da reciclagem ou da pesca. Apesar da distância da US, os moradores da Ilha das Flores conseguem se deslocar até outra ilha com certa facilidade, devido às linhas de ônibus que atravessam as pontes e circulam com frequência. Ainda, por se tratar de uma comunidade pequena, em que todos se conhecem, é mais fácil arranjar uma carona com algum vizinho. Durante as saídas de campo com as ACS era comum ocorrer algo do tipo.

Dentre os principais conflitos encontrados na US Ilha Grande dos Marinheiros, o fato de funcionar com apenas uma ACS faz com que a interação do serviço de saúde com a população fique cada vez mais condicionada àquilo que chega até a US. Antes da terceirização existiam 6 ACS, 3 para cada ilha e cada uma delas tinha sua microárea.

Com apenas uma ACS se torna muito difícil fazer um trabalho contínuo de acompanhamento das condições de saúde, conforme destaca Mariele:

Ter ali delimitado a área que tu tem que ir facilita o teu trabalho, porque eu conheço cada um que vem aqui que é da minha microárea, eu conheço entendeu? Mas agora quando me perguntam de algum outro que não era meu eu já não sei, então aí essa coisa de *ser dona de tudo e não ser dona de nada* é muito complicado, porque eu não tenho muito conhecimento do resto da população e ao mesmo tempo eu não tô conseguindo criar essa vinculação (Marele, ACS, 2021).

Sendo responsável por quase cinco mil pessoas, torna-se mais difícil para a ACS conhecer as famílias e trabalhar com orientações de prevenção à saúde. Por outro lado, diante da grande demanda por casos pontuais, acaba-se focando em serviços administrativos e em visitas para entregar pedidos de exame ou consultas. Aqui claramente se expressa o fim da divisão de microárea na abordagem da APS, reduzindo a capacidade de identificação de recortes sociais mais homogêneos.

Em meio a um território com inúmeras especificidades nas suas condições de vulnerabilidades, relacionadas desde a questão ambiental e ao constante risco de enchentes, até problemas sociais relacionados à violência e à pobreza, com apenas uma ACS sendo “dona” de todo esse território, torna-se difícil a realização de encontros com a população que possibilitem um reconhecimento pelos seus problemas de saúde.

A US Ilha da Pintada localiza-se na Ilha da Pintada, um território de população ribeirinha, composto em grande parte por pescadores. Trata-se da ilha que mais se desenvolveu em termos urbanísticos, possui uma Colônia de Pescadores, uma Associação de Artesãos e um quilombo, além de investir no turismo local através do Museu do Percurso, que conta um pouco da história do bairro Arquipélago e dos primeiros colonizadores da região.

Por se tratar de um território com uma população pequena, menos de 4 mil habitantes, existe no local apenas uma equipe simples de ESF com equipe de saúde bucal. Na tabela 6 é possível observar as características gerais da US:

Tabela 7: Configuração da US Ilha da Pintada

Dados gerais	
População no território (IBGE 2010)	3.364
Nº de usuários que acessaram a US nos anos 2018 e 2019 (eSUS)	3.817
Nº de usuários cadastrados 2015 a 2019 (eSUS)	2.315
Nº de crianças <1 ano cadastradas 2015 a 2019 (eSUS)	88
% de população negra (IBGE 2010)	10,2%
População de crianças (0-12a) no território (IBGE 2010)	593
População de idosos (60a ou mais) no território (IBGE 2010)	472
Nascidos vivos em 2019 (SINASC)	44
Horário de funcionamento:	8h às 17h
Nº de equipes vinculadas à US	
ESF - Equipe de Saúde da Família	1
EAP - Equipe de Atenção Primária	
ESB - Equipe de Saúde Bucal	1
Nº de profissionais cadastrados no CNES	
Gerente	1
Médico/a de família	2
Enfermeiro/a	1
Técnico/a de enfermagem	2
Agente Comunitário/a de Saúde	3
Assistente administrativo	1
Almoxarife	1
Dentista	1
Auxiliar de Saúde Bucal	1

Fonte: elaboração própria, com base em Relatório de Monitoramento (Porto Alegre, 2020).

É possível observar certa defasagem em relação aos dados do IBGE, uma vez que a população que acessou a US entre 2018 e 2019 é maior do que a própria população do território. Isso foi comum, na verdade, em todas as US pesquisadas. Como não vinham conseguindo atualizar por completo o cadastro das famílias, as ACS trabalhavam com uma perspectiva de “cerca de 4 mil pessoas”, baseando-se nas últimas contagens e na percepção que têm do território. Entretanto, é importante destacar que se trata de uma população que usa com frequência a US. A composição da equipe estava completa durante a realização da pesquisa, apesar de relatos das ACS e de usuários em relação à grande rotatividade de médicos na US desde o começo da terceirização.

Nessa US atuavam 3 ACS, que aguardavam pela definição em relação a extinção do IMESF e a provável demissão. A perspectiva existente era a de que ficassem com apenas uma ou duas ACS naquela US, seguindo o planejamento adotado a partir do cálculo que considera o IVS. Assim como na US Ilha Grande, a gestão estava terceirizada pelo Hospital Santa Casa de Misericórdia desde dezembro de 2020. Na figura 8 podemos observar o território da US Ilha da Pintada:

Figura 11: Território da US Ilha da Pintada



Fonte: GeoSaúde, 2022.

Na Ilha da Pintada não se observa uma vulnerabilidade mais latente relacionada a questões sociais. A composição do território assemelha-se a de um bairro de classe média no interior da ilha. Já na costa a ocupação é de casas bem estruturadas e de oficinas que alugam e consertam lanchas e barcos. Na parte mais ao sul da ilha, está localizada a Ilha Mauá. Nesta parte do território ocorrem mais alagamentos e enchentes, sendo local onde estão localizadas cerca de 100 famílias que vivem em condições mais precárias do que o restante do território.

O fato de ter 3 ACS trabalhando em um território de cerca de 4 mil pessoas permite com que nessa US as mudanças políticas e organizacionais relatadas nos casos das outras ilhas, ainda não tenham sido sentidas em termos de acompanhamento das famílias do território. Porém, a configuração das interações das ACS com a população passou a ser atravessada pelas novas abordagens da APS incorporadas na terceirização, além do estresse ocupacional causado pela pandemia e pelos conflitos políticos no que tange a extinção do IMESF.

Neste caso, fica evidente um ponto muito importante ao ser considerado pela implementação de políticas públicas, tal como aponta Milton Santos (19990), no sentido de compreender o conteúdo social desse território. Uma vez que as vulnerabilidades da população local não são condicionadas apenas aos fatores políticos e sociais, mas também aos ambientais que, neste caso, tornam esta população mais vulnerável por estarem em um território que é por si vulnerável.

O problema não se encontra apenas nos alagamentos ou nas grandes enchentes que marcam a vida local, mas também nas consequências de uma vivência em meio a este contexto, com falta de saneamento básico e um contato mais constante com água poluída que acabam gerando problemas na saúde de crianças, doenças de pele e outras contaminações provocadas pelo ambiente. No entanto, o quadro burocrático retratado pela burocracia neste local não considera a materialidade destes problemas ao considerar que apenas um ACS daria conta de reconhecer os contextos que complexificam cada contexto familiar.

4.3.3 Caso Farrapos

O terceiro caso analisado foi realizado no Distrito Sanitário Humaitá/Navegantes, na US Farrapos. Esta US atende a população do bairro Farrapos, ou Vila Farrapos como é popularmente conhecida, e acaba abarcando também a Vila Santo André, um quantitativo populacional maior que no Caso Ilhas (cerca 5.000 pessoas), mas bem menor do que no Caso IAPI (cerca de 70.000). A Vila Farrapos encontra-se em uma região caracterizada pela construção das primeiras indústrias de Porto Alegre, que engloba uma população principalmente composta por trabalhadores de classe média.

A contratação terceirizada chegou na US Farrapos em janeiro de 2020, logo no começo da contratação das OS que substituíram as equipes do IMESF. A US contava com 6 ACS, das quais 2 foram demitidas e as 4 que ainda estavam atuando durante a realização da pesquisa aguardavam a decisão a respeito das demissões. A partir da tabela a seguir podemos compreender um pouco melhor algumas questões que envolvem o contexto desse caso:

Tabela 8: Configuração da US Farrapos

Dados gerais	
População no território (IBGE 2010)	9.777
Nº de usuários que acessaram a US nos anos 2018 e 2019 (eSUS)	9.949
Nº de usuários cadastrados 2015 a 2019 (eSUS)	4.941
Nº de crianças <1 ano cadastradas 2015 a 2019 (eSUS)	118
% de população negra (IBGE 2010)	22,3%
População de crianças (0-12a) no território (IBGE 2010)	1.735
População de idosos (60a ou mais) no território (IBGE 2010)	1.276
Nascidos vivos em 2019 (SINASC)	84
Horário de funcionamento: Cadastrada ao <i>saúde na hora</i>	7h às 19h
Nº de equipes vinculadas à US	
ESF - Equipe de Saúde da Família	3
EAP - Equipe de Atenção Primária	
ESB - Equipe de Saúde Bucal	2
Nº de profissionais cadastrados no CNES	
Gerente	1
Médico/a de família	3
Médico Generalista	1
Enfermeiro/a	3
Técnico/a de enfermagem	5
Agente Comunitário/a de Saúde	4
Assistente administrativo	2
Dentista	2
Auxiliar de Saúde Bucal	3

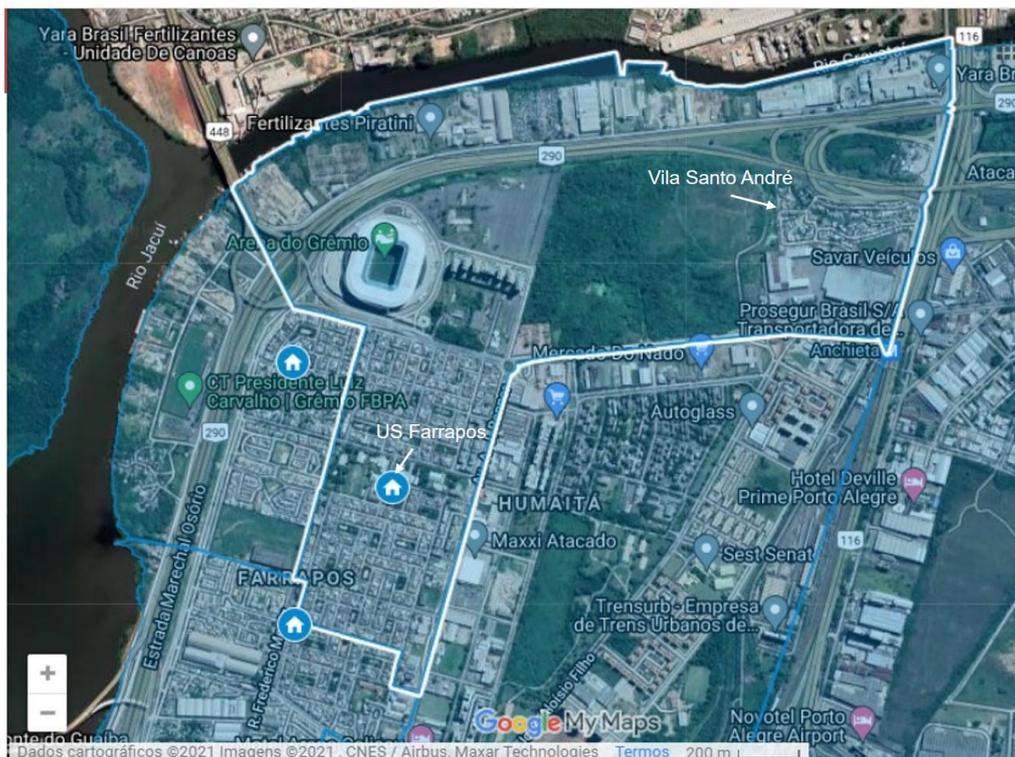
Fonte: elaboração própria, com base em Relatório de Monitoramento (Porto Alegre, 2020).

Aqui é importante ser destacado a defasagem de cadastro dos usuários. A estimativa atual da população no território é de cerca de 11 mil pessoas, o que se aproxima do quantitativo de usuários que acessam a US. Porém, o cadastro de menos de 5 mil pessoas refere-se, principalmente, à dificuldade que as ACS vêm tendo de manter atualizado o cadastro da população. As 4 ACS que ficaram acabaram tendo que assumir as microáreas das colegas que foram demitidas, o que ocorreu em meio a Pandemia da Covid-19 e num longo período em que não era possível (ou era muito mais difícil) a realização das visitas domiciliares. Desta forma, o que se percebeu foi que as ACS vinham dando conta das demandas mais urgentes que chegavam até elas, ou então encaminhamentos de exames e consultas.

A US possui 3 equipes de ESF e 2 equipes de saúde bucal. Durante o período em que a pesquisa foi realizada estava faltando um/a medica/o de saúde da família para o quadro ficar completo. Assim como nas US do Distrito Ilhas, a rotatividade de profissionais medicas/os vinha sendo uma grande dificuldade em termos de estabelecimento de vínculos com a população, quadro agravado desde a terceirização dos serviços.

Do ponto de vista do território, novamente é reforçada a necessidade que a burocracia de nível de rua tem de conhecer a diversidade do público com que está se relacionando (TIRELI, 2020; LOTTA et. al, 2021). Ao analisar o território adscrito pela US Farrapos, podemos perceber a recorrência de uma disposição desigual de condições vulneráveis e de acessos diferenciados. Isso se dá em razão de que um mesmo serviço de saúde deve dar conta de atender tanto a população idosa e de classe média, que pode até ter acesso ao plano de saúde privado, mas que usa o SUS e precisa ser acompanhada para manter sua diabetes regulada, por exemplo, ao mesmo tempo em que deve atender famílias que vivem em condições extremamente precárias, e em que o vínculo com a US é a única possibilidade de garantir os cuidados básicos de saúde. Essa dinâmica foi observada nos encontros das ACS com as famílias desse território e, ao analisar o mapa a seguir, podemos compreender a distribuição das condições vulneráveis do território da US Farrapos:

Figura 12: Território da US Farrapos



Fonte: GeoSaúde, 2021.

As condições de vida das pessoas e os diferentes acessos ao serviço de saúde neste território, são descritos pela gerente:

Então, a Vila Farrapos que é onde atua basicamente a US, seria uma área que antigamente se diria que é uma classe média, muitos com acesso ao privado e ao convênio, mas muitos não, a população acessa bastante a unidade, mas a gente tem algumas discrepâncias muito grande no território: a gente tem um condomínio de classe média alta, digamos assim, que tem um padrão em que a maioria das pessoas que lá estão não usam a ESF e a gente tem uma invasão, que é a Santo André, onde tu tem uma vulnerabilidade muito grande e com acesso dificultado porque é a parte do território mais longe e que talvez não devesse ter tanta distância assim, né? (Olívia, Gerente, 2021).

Estas discrepâncias citadas pela gerente referem-se a extremos sociais presentes dentro do território: a Arena do Grêmio (pertencente ao time de futebol “Grêmio Futebol Porto Alegrense) foi inaugurada em 2012, de modo que a construção do estádio de futebol acabou atraindo interesses imobiliários, sendo construído ao lado do estádio o condomínio “Liberdade”, que é habitado por famílias de classe média alta. Conforme relatos dos profissionais da equipe, os moradores não fazem questão de receber ACS e usam muito pouco os serviços da US. Já no extremo norte do território está localizada a Vila Santo André, uma área de ocupação irregular, formada por famílias que

sobrevivem basicamente da reciclagem e do trabalho informal. O local é cercado por valos de escoamento do esgoto de indústrias localizadas nas proximidades da BR 290, sendo que poucas casas possuem algum tipo de saneamento básico.

Por outro lado, além destes extremos, a US Farrapos está localizada no meio de uma Vila de trabalhadores, com um alto número de idosos e crianças que também necessitam de um acompanhamento de saúde constante. De maneira um pouco semelhante ao que foi observado no Caso IAPI, com a Vila Dique e a Vila Nazaré “competindo” com a classe média que mora no entorno da Clínica para conseguir atendimento, na US Farrapos a população de cerca de mil pessoas da Vila Santo André é a que precisa caminhar mais para chegar até o posto de saúde; também é a que possui vulnerabilidades específicas relacionadas a questões ambientais e sociais, o que demanda um acompanhamento que permita olhar para essas especificidades do território.

Entretanto, durante o circular com as ACS pelo território foi possível perceber que os encontros com a população se davam basicamente devido às demandas relacionadas a entregas de pedido de consulta e exames. Em uma das saídas de campo, um grupo de estudantes de enfermagem também estava acompanhando a ACS e a proposta deles era aprender sobre o controle de vacinação de crianças. Neste sentido, as visitas eram guiadas a casas em que se sabia pelo cadastro dos moradores que tinham crianças de 0 a 6 anos. Boa parte das cadernetas de vacinas analisadas pelos estudantes estavam desatualizadas. Ao final do turno de visitas a ACS comentou que aquele tanto de vacinas atrasadas era a prova de que ela não estava conseguindo cumprir com seu trabalho.

A Vila Santo André é a microárea do território que, segundo a gerência, estava com o cadastro mais desatualizado, o que é contextualizado pelo ACS Edson:

Então, o que acontece é que tu vai dando conta do dia-a-dia e daqui a pouco aquele telefone tá desatualizado, a pessoa não tá mais no mesmo beco, construiu uma outra casinha, um outro relacionamento, então a gente tem um termo interno aqui que é o *território vivo*, que ele tá sempre mudando (Edson, ACS, 2021).

O território vivo da Vila Santo André precisa de cuidados básicos de saúde que certamente não são os mesmos da Vila Farrapos. Durante a realização da pesquisa, a Vila Santo André aguardava a prestação de um serviço do DMLU (Departamento

Municipal de Limpeza Urbana) para realizar a desobstrução de um valo que estava acumulando esgoto e gerando uma infestação de mosquitos da dengue - 20 casos já haviam sido diagnosticados na vila. A vigilância sanitária realizou uma operação com aplicação de inseticida no local, gerando uma reportagem no Jornal Correio do Povo, no dia 03/05/2021, com a imagem a seguir retratada:

Foto 5: Aplicação de inseticida contra a dengue na Vila Santo André

Vigilância em Saúde aplica inseticida contra a dengue na vila Santo André, em Porto Alegre

Segundo a SMS, a comunidade tem na reciclagem uma fonte de renda e acúmulo de água parada nos resíduos é comum

03/05/2021 | 12:24
Cláudio Isaías



SMS aplicou inseticida contra o mosquito da dengue na vila Santo André, no bairro Humaitá, em Porto Alegre | Foto: Guilherme Almeida

Fonte: Jornal Correio do Povo, 2021⁸.

A abordagem da reportagem apresenta uma perspectiva de que a SMS tem buscado orientar a população do local acerca das condições de higiene que são propícias à proliferação do mosquito. O teor da mensagem divulgada carrega um tom de censura quanto às condições de vida da população, como dizia o subtítulo da reportagem: “Segundo a SMS, a comunidade tem na reciclagem uma fonte de renda e acúmulo de água parada nos resíduos é comum”. No entanto, nada é mencionado quanto à

⁸ Reportagem disponível em:

<https://www.correiodopovo.com.br/not%C3%ADcias/geral/vigil%C3%A2ncia-em-sa%C3%BAde-aplica-inseticida-contr-a-dengue-na-vila-santo-andr%C3%A9-em-porto-alegre-1.613241>

necessidade de limpeza dos canais de esgoto do entorno da vila, assim como nenhuma perspectiva de realização do serviço foi apresentada enquanto a pesquisa foi realizada.

Esse tipo de situação explicita um enquadramento sobre a vulnerabilidade que, conforme Butler (2015), representa uma ausência de reconhecimento pelo contexto que gera a condição precária, acompanhado de uma culpabilização das vidas que se encontram em tal situação. Isso demonstra que o enquadramento não é operado apenas pela ACS. Ao contrário, ao analisar o encontro entre essa profissional e a população é possível perceber os enquadramentos políticos e também midiáticos que operam para contribuir com a manutenção da falta de reconhecimento pela vulnerabilidade deste território.

4.4 HISTÓRIAS DE CUIDADO: O VÍNCULO COMO RECONHECIMENTO

A gente tem que ir devagarinho pra não assustar, pra poder criar um vínculo, porque é assim que a gente conhece cada família, então vai criando uma vinculação com as pessoas, até pra gente poder ajudar mais (Eliana, ACS, 2021)

O trabalho da burocracia de nível de rua costuma render muitas histórias. Como entram em contato diretamente com a população, antes das pessoas se tornarem os dados que são registrados nos sistemas de políticas públicas, elas são as histórias vivenciadas nos encontros com as ACS. No cotidiano do trabalho das US, ACS se deparam com diversas histórias e agem em cada contexto de maneira discricionária e conduzindo suas ações conforme a coordenação e as capacidades da burocracia em que estão inseridas.

É válido ressaltar que a linha de frente dos serviços públicos consiste na aplicabilidade das regras formais da política, de maneira que o processo de condução de seus encontros com a população é discricionária, considerando não apenas os aspectos formais, mas também a implicação destes agentes com os casos que atendem. Maynard-Mood; Musheno, (2003) analisaram histórias de trabalhadores do serviço público, considerando esses paradigmas enfrentados na linha de frente, e observaram que muitas vezes as ações desses e dessas burocratas são orientadas mais por sua percepção pessoal de justiça e representações identitárias, do que pela observância estrita das normas

formais, tornando-se assim, muito mais “agentes do cidadão” do que “agente do Estado”.

Pensando nos questionamentos norteadores dessa pesquisa, no que diz respeito ao enquadramento de vulnerabilidades, tocamos em um ponto muito relevante na análise de implementação de políticas públicas. Ao encontrar com uma ACS, seja na rua, seja em sua casa ou até mesmo na US, cada pessoa acaba expondo ali sua dor, sua demanda de saúde, suas dificuldades, como forma de requisitar o acesso ao serviço. Acompanhando ACS em diferentes contextos, foi possível perceber a capacidade da agente em construir uma inserção no território que a permitia não apenas adentrar nas residências, mas também em temas íntimos da população, obtendo um amplo conhecimento das vulnerabilidades presentes em cada caso.

Entretanto, essa inserção não se dá facilmente, é necessária a construção de uma relação, através de um trabalho contínuo de acompanhamento e ampliação da confiança e legitimidade com a agente, algo que se entende com a construção de vínculos. Os vínculos na APS são considerados um elemento fundamental para que seja possível o estabelecimento de ações preventivas e reconhecimento das necessidades de saúde dentro do território, uma vez que através da construção de vínculos entre os profissionais de saúde e usuários, torna-se possível acessar contextos íntimos de condições de vidas e vulnerabilidades (PAIM, 2006).

Nesta seção, vamos ilustrar através de histórias, como os encontros são construídos entre ACS e população, como elas conseguem (ou não) estabelecer vínculos para acessar suas causas desde aspectos mais íntimos de cada sujeito e como se afetam com as situações vivenciadas. Conforme mencionado no capítulo metodológico, a exemplo do trabalho de Zacka (2017), o uso das histórias de interações entre burocratas e usuários das políticas, não é usado aqui como ponto médio dessas relações, mas busca revelar elementos constitutivos das decisões políticas adotadas e, no caso aqui trabalhado, das vulnerabilidades com as quais estas profissionais se deparam.

As histórias a seguir servem como retratos destes encontros. Elas demonstram como os tipos de enquadramentos identificados na pesquisa podem representar trajetórias diferenciadas de acesso ao serviço de saúde e ao reconhecimento das vulnerabilidades. Também permitem interpretar contextos de vulnerabilidade estrutural, em que a ação isolada de uma burocrata de nível de rua não consegue dar conta da complexidade do contexto social. Nestes casos, observamos uma sobreposição de

enquadramentos, onde algumas questões são simplificadas ou mesmo desconsideradas, enquanto outras são recebidas com cautela e rigidez.

Por fim, as histórias têm como fio condutor a capacidade e as possibilidades da construção de vínculos no enquadramento das vulnerabilidades. Perceberemos contextos imersos em desigualdades estruturais, onde os enquadramentos da burocracia de nível de rua acabam reproduzindo formas de exclusão, não apenas pela ACS, mas também, pelas condições existentes para esta burocrata abordar determinados casos.

4.4.1 *Uma vida muito precária*

A primeira história é um pouco diferente das que trataremos mais adiante, que são contadas por ACS. O caso aqui foi registrado a partir das saídas de campo e consiste em um dos poucos casos em que foi possível revisitar um mesmo caso em mais de um encontro. Essa continuidade da relação ilustra a condução que a política oferece a uma situação que vai se complexificando e, também, a trajetória que vai se mostrando da pessoa que precisa se relacionar com um serviço público.

A história da Larissa começou a ser contada pela ACS no caminho até sua casa, que ficava em uma das vilas que foram acompanhadas pela pesquisa, distante da US de referência e com dificuldade de acesso ao transporte público. Para a ACS tratava-se de “*uma vida muito precária*”, com 25 anos, gestante de seis meses, Larissa morava em um barraco com seu companheiro e mais dois filhos, Élisson de 6 anos e Roberta de 3. Estava desempregada, era beneficiária do Bolsa Família e o companheiro fazia uns “bicos” como servente de pedreiro. A ACS acompanhava Larissa por ser gestante, mas principalmente devido à sua condição de saúde, pois Larissa estava pesando menos de 50 kg, sofria com problemas respiratórios e tinha problemas de saúde mental sem acompanhamento. O motivo da visita até sua casa foi para avisá-la que fosse até a Unidade Móvel de Saúde em dois dias para fazer um exame de tuberculose.

Quando chegamos em frente à sua casa, um “barraco” de madeira pequeno e bastante precário que tinha ao fundo um córrego de esgoto, Larissa saiu para nos receber. Larissa estava ofegante, tossia bastante e perguntou a ACS se tinha problema ela usar uma bombinha para asma que havia conseguido com um conhecido e que

estava ajudando na sua falta de ar. A ACS disse que ela precisava ter cuidado com a falta de ar, que poderia ser um agravamento de alguma infecção ou até mesmo Covid. De imediato, entrou em contato com a enfermeira da US pelo *whatsapp* para consultar sobre a situação. Apesar da visível dificuldade para respirar, Larissa sorria enquanto contava dos chutes de sua bebê, disse que sentia ela se mexendo bastante dentro de sua barriga, acreditando que fosse uma menina a qual chamaria de Rebeca.

Com a resposta da enfermeira, a ACS orientou que Larissa não usasse mais a bombinha e que procurasse uma emergência, pois a falta de ar era preocupante e poderia colocar em risco sua gestação. Larissa disse que não tinha dinheiro para as passagens de ônibus até a UPA e, mesmo que tivesse, não teria com quem deixar seus filhos, pois seu companheiro estava em outra cidade. Sem muita reação, a ACS reforçou o seu exame de TB dali há dois dias e sugeriu que caso a falta de ar piorasse, que ela deixasse os filhos com uma vizinha e fosse até uma UPA. Larissa agradeceu, nos despedimos e seguimos. Desacreditada, a ACS disse: “é triste, mas eu acho que ela não vai conseguir ganhar esse filho”.

Duas semanas depois, Larissa nos encontrou enquanto caminhávamos pela vila. Não apresentava mais dificuldade para respirar, estava acompanhada dos filhos Élisson e Roberta e tinha em mãos um papel timbrado do CREAS. Tratava-se de uma notificação para que ela comparecesse na unidade da Zona Norte, para responder a uma denúncia de comportamentos e falas “suspeitas” de Élisson que haviam sido repassados pela escola em que o menino estava matriculado. Durante o diálogo de Larissa com a ACS, não ficaram claros do que se tratavam esses comportamentos. Larissa questionava a ACS sobre o que poderia ser feito e se ela sabia de alguma coisa, de forma incisiva. A ACS relatou não saber de nada e orientou Larissa a comparecer na unidade do CREAS para resolver a situação. Larissa disse que seu companheiro havia ficado “de cara” com a notificação e que teria ido viajar para que ela resolvesse o problema. A ACS ainda orientou que Larissa buscasse conversar também com a professora de Élisson, para entender do que se tratava.

Seguimos após esse encontro e a ACS relatou que tais comportamentos provavelmente se tratavam de suspeitas de que o companheiro de Larissa abusasse das crianças e isso estava refletindo em atitudes de Élisson na escola. A ACS disse que uma vizinha e uma professora da escola já haviam lhe relatado algumas situações, mas que ela tinha medo do companheiro de Larissa, pois se tratava de um sujeito violento e

envolvido com o tráfico, motivo das viagens frequentes. A ACS disse que tinha receio que ele pensasse que ela também tinha algum envolvimento com a denúncia, pois isso a colocaria em risco para continuar fazendo visitas na vila. Além disso, a ACS apontou que existiam outros casos como esse e que fazia relatórios para encaminhar para a assistência social, porém nunca houve retorno desses outros serviços acionados. Por se tratar de uma vila muito violenta, ela tinha muito medo de ser ameaçada, salientando que isso já tinha acontecido outras vezes em que denunciou casos de negligência com crianças, então, buscava sempre mediar esses casos com cautela e sem se envolver em sua totalidade, pois, além disso, não estava tendo suporte na equipe para trabalhar com tais situações.

A história retratada no encontro entre ACS e Larissa remete a um contexto de vulnerabilidade estrutural, onde se interseccionam determinantes de gênero, de raça, classe e território. A narrativa destaca as limitações da atuação individual da ACS diante de problemas estruturais mais amplos, como a violência doméstica. A falta de suporte e a dificuldade em relatar casos sem retorno efetivo indicam a necessidade de abordagens sistêmicas e estratégias políticas mais abrangentes para enfrentar desigualdades sociais.

O quadro que se observa é de uma conformação com a realidade apresentada, a ACS orienta, tenta mediar alguma ajuda, alerta sobre os cuidados respiratórios e reforça a realização quanto ao exame de TB. No entanto, com relação a denúncia feita pelo CRAS, a ACS se vê em uma situação onde prefere fingir que não vê para não se comprometer ou se colocar em risco, não apresentando uma resposta ou encaminhamento ao problema.

A complexidade do caso, e no contexto em que ele está inserido, requer que a agente tenha em mente a capacidade de distinguir o que é possível ser feito, com as condições que se tem, em diferentes tempos: a curto prazo (no micro espaço), a médio e a longo prazo. Acionar outras redes é uma perspectiva de buscar apoio na condução dos tempos de médio e longo prazo, nos quesitos social, educação, assistência. Mas é frustrante para a agente quando cumpre com a burocracia (cadastro, relatórios, acionar a rede) e não lhe retornam ideias para planejar intervenções reais e possíveis para o problema relatado e compartilhado. Aqui, pode ser explorado o vínculo para além da relação usuária - ACS. Mas vínculo entre serviços que atuam (ou deveriam atuar) em rede, construindo redes possíveis de enfrentamento às vulnerabilidades e também, vínculo entre trabalhadores de uma mesma equipe. Com quem se compartilha o caso,

como se implicam nisso, a ideia da resolutividade em APS requer buscar resolver ANTES de encaminhar.

No entanto, é importante destacar que essa situação não representa um quadro de negligência da ACS, uma vez que sua ação estaria isolada e sem suporte da equipe a qual fazia parte, mas sim uma ação de autoproteção. Como o serviço de referência deste território conseguiu mediar os vínculos e a construção de uma rede de cuidado, no sentido de contribuir para alterar a condição que abrange as múltiplas vulnerabilidades existentes no entorno de Larissa?

O vínculo construído é limitado, ao saber da condição de trabalho da ACS, que atua burocraticamente atendendo cerca de 3.000 pessoas. Além disso, a manutenção desse vínculo torna-se mais difícil devido à insegurança no trabalho da ACS, a falta de suporte institucional para casos como esse e a fragilidade da rede de atenção à saúde para que fosse possível construir ações e quebrar com a indiferença estrutural que fez com que aquela vulnerabilidade não fosse reconhecida.

Por fim, foi possível observar o potencial de construção de vínculos da ACS com o território. A capacidade da ACS conseguir interpretar um contexto de vulnerabilidade, mesmo sem que Larissa tivesse lhe relatado sobre as situações de abuso de seus filhos, por medo de represálias de seu marido, os vínculos da ACS com pessoas do território, como a vizinha e a professora da escola, permitiu que ela compreendesse o que, de fato, estava se passando. A situação revela também o paradoxo na atuação da burocracia de nível de rua: fazer o que precisa ser feito, direcionar e acionar o caso com outras redes e integrar seu trabalho com estes outros serviços em busca de um efeito positivo pra essa família; porém sob o risco de vida, de conseguir manter seu trabalho no território e não se expor (mais) a violências urbanas. Nesses contextos de territórios de vulnerabilidades distintas, revela-se outra ética relacional, outro contato social estabelecido. Por outro lado, não fazer o que precisa ser feito leva a um lugar de omissão, e a consequência é manter as coisas como estão, uma ação que é indiferente ao que não consegue lidar.

4.4.2 *Meu anjo*

Ai tem tanta história! Mas tem uma que eu nunca me esqueço, que até hoje ela me chama de “meu anjo” (Mara, ACS, 2021).

A história compartilhada pela ACS Mara é significativa e remete a um caso de êxito e prevenção no âmbito dos cuidados primários à saúde. Mara realizava visitas mensais na casa de Dona Noemi, uma senhora de 68 anos que mora sozinha, os filhos moram em outras cidades e ela não recebia muitas visitas de parentes, era aposentada e tinha condições financeiras e de saúde estáveis. Dona Noemi não fazia exame de mamografia há mais de quatro anos, embora a ACS viesse há alguns meses lhe alertando sobre a importância da mamografia, a idosa acabava sempre adiando, não dando muita importância. Diante da possibilidade de poder fazer o encaminhamento do exame na US e levá-lo até a casa de Dona Noemi, Mara agiu tentando facilitar o processo e garantir que a idosa realizasse o exame.

Assim, ela o fez e descobriu que estava com câncer de mama. Porém, tratava-se de um estágio ainda muito inicial. Dona Noemi precisou fazer uma cirurgia e algumas sessões de radioterapia, mas não foi necessário retirar a mama e não chegou a ser algo que colocasse em risco a sua vida. Desde então, muito grata pelo cuidado da ACS que a permitiu evitar complicações mais sérias à sua saúde, ela a chama de “meu anjo”.

Para o Estado, isso significa que a resposta que necessitou ser dada à usuária, precisou envolver menos recursos e obteve resultados mais efetivos. Para Dona Noemi, que pensava ter que se preocupar apenas em controlar sua hipertensão e diabetes, receber o alerta e incentivo da ACS, permitiu evitar uma série de sofrimentos mais graves.

O quadro que observamos é de uma agente que ao se implicar com a condição solitária da idosa e também mobilizada em ir além de aspectos clínicos, conseguiu vincular-se à usuária de maneira a lhe conscientizar sobre seu autocuidado. Conforme a ACS relata:

Aí acho que foi ali que me caiu a ficha do quanto o nosso trabalho tem importância na vida. Ela até tem condições, só que sabe quando tu vai deixando, vai deixando, aí o fato de ser uma senhora, morando sozinha, precisa de alguém pra orientar e falar que não é porque não tá sentindo nada, que não precisa fazer o exame preventivo, abriu os olhos dela (Mara, ACS, 2021).

Essa história destaca o impacto significativo do trabalho de ACS na promoção da saúde, prevenção de doenças e no suporte emocional às comunidades, especialmente para aqueles em condições de vulnerabilidade e isolamento. Ainda, cabe ressaltar que nesse caso evidencia-se que não são apenas as pessoas que vivem em condições financeiras precárias que estão em vulnerabilidade ou necessitam de cuidados. A vulnerabilidade de Dona Noemi está em sua idade, no fato de viver de maneira solitária, com uma rede de cuidados limitada, onde o encontro com a ACS, literalmente, foi o elo com o serviço e o cuidado à sua saúde.

Esse enquadramento contribui para a construção de uma relação holística entre a ACS e a comunidade, abordando não apenas as questões clínicas, mas também considerando o contexto social, emocional e preventivo da saúde. Essa abordagem integrada é fundamental para lidar com as condições de vulnerabilidade e promover a saúde de maneira abrangente.

4.4.3 *Ela não vai te receber mais!*

O ACS Edson relatou uma história que o marcou profundamente, dada a sua complexidade, negligência do Estado e a resistência da própria usuária do serviço de saúde. Dona Maria tinha 86 anos, sofria violência doméstica do filho, que era alcoólatra, com quem residia e foi abusada e agredida, até ficar desacordada e ser encontrada por uma vizinha, que relatou ao ACS. O andamento da história foi o que gerou desconforto e indignação no ACS, visto que Dona Maria não apresentou nenhuma denúncia ao agressor e também pelo fato dos órgãos públicos não terem interferido na situação de violência contra pessoa idosa.

O ACS relatou ter tentado contatar o CRAS e acionar outras estruturas que atuam com medidas protetivas em relação à Dona Maria. O alerta do ACS se dava, também, porque tinha conhecimento de que o filho de Dona Maria já havia cometido um homicídio contra um familiar. Nesse contexto, o CRAS realizou algumas visitas na residência da usuária. Contudo, não houve manifestação deste serviço de compartilhar com o ACS o desfecho destas visitas, tampouco de outros serviços que também foram acionados. Por um lado, interroga-se a possibilidade de negligência destas instituições e,

por outro, há de se considerar a própria resistência de Dona Maria em denunciar as ações do filho.

Durante a entrevista, o ACS referiu sua desaprovação em relação ao uso de álcool, de forma que ele compreende certo permissivismo em relação às outras drogas, além de não aceitar isso como uma justificativa para uma situação de violência. Em determinado dia, durante uma ação em saúde na comunidade, uma sobrinha de Dona Maria o encontrou e disse:

“Olha Sr. Edson, a Dona Maria disse que se tu continuar vindo com essa gente aqui, que *ela não vai te receber mais!*” (Edson, ACS, 2021).

Após esse fato, não tendo recebido retornos por parte da equipe com relação ao caso e diante da suposta recusa da Dona Maria ao receber as visitas, a relação acabou se distanciando e o ACS apenas conseguiu retomar com o contato após entender o lado de dona Maria:

Ela levou uns seis meses pra me aceitar de novo e a primeira vez ela me disse que eu tinha que entender o filho dela, que ele só era assim quando bebia, mas ele era trabalhador (Edson, ACS, 2021).

A história relatada por Edson, considerada, primeiramente, do ponto de vista do quadro burocrático que o ACS desenhou, revela como o julgamento diante da vulnerabilidade produz reações que podem ser motivadas pelo sentimento de injustiça e de punitivismo. Todo o esforço do ACS para que fosse tomada alguma ação concisa com relação ao caso de Dona Maria, gerou ao final, um grande desapontamento com relação às falhas nos processos institucionais que poderiam produzir alguma ação e, também, com relação a permissividade (ou impotência?) da usuária diante de questões as quais ele parecia condenar.

Em segundo lugar, do ponto de vista de como a vulnerabilidade se apresenta, a exposição em torno dos fatos pessoais e a maneira incisiva com que o ACS tentou mobilizar alguma forma de intervenção, fez com que Dona Maria perdesse a confiança e restringisse o contato com o agente.

Em terceiro lugar, observamos um quadro em que a abordagem institucional e do burocrata de nível de rua sobre a vulnerabilidade e toda situação de risco de Dona Maria, de certa forma desconsiderou o desejo da usuária em entender as demandas de seu filho. Observou-se que em nenhum momento a abordagem considerou o contexto

que resultou nas situações de abuso e agressão ou, então, em reconhecer o problema com a dependência de álcool do filho de Dona Maria.

Para além disso, ressalta-se na história o papel de mediador que o ACS pode desempenhar em casos complexos como esse, ao ter conhecimento do contexto da usuária e conseguir articular com outros serviços. A posição ocupada pelo ACS possibilita a tomada de decisões embasadas na realidade local para implementar as ações da política pública.

Dessa forma, observamos que com relação a construção de vínculos com pessoas em condições de vulnerabilidade, para além do julgamento e da ideia de cumprimento estrito de medidas protocolares, é necessário, também, compreender o outro lado da história. Diante da dificuldade de relatar a situação de abuso e também, da abordagem punitivista e condenatória com relação ao filho, Dona Maria não aceitou mais a intervenção do ACS. Isso nos mostra, que mesmo em casos de abordagem por um serviço público, a exposição de uma vulnerabilidade só é possível mediante a receptividade e aceitação da usuária do serviço.

4.4.4 *Aquilo me tocou tanto*

A ACS Mariele compartilhou uma história triste e impactante sobre uma mulher e mãe que ela acompanhou durante toda a gestação, realizando o pré-natal, seguimento de vacinas e todas as orientações relacionadas à maternidade. Essa mãe vivia em uma vila em condições precárias de habitação e saneamento, com marido desempregado e usuário de drogas. Em uma noite, conforme relatado para a ACS, ocorreu uma grande discussão com o seu marido que estava em abstinência de drogas, se estendendo ao longo da madrugada. Em certo momento, a mãe, cansada sem dormir, tentou amamentar o bebê enquanto estava sentada na cama. No entanto, ela acabou adormecendo, caindo para frente e sufocando o bebê acidentalmente.

Na manhã seguinte, quando a ACS saiu para fazer visitas no território, chegou a passar em frente a casa da família, encontrando com o pai que disse que a mãe e o bebê ainda estavam dormindo, como já havia feito visita na semana anterior, Mariele acabou seguindo sua rotina, mas se deparou com a notícia ao retornar para a US:

Eu cheguei na unidade, um tempo depois eles apareceram, aí fizeram a massagem, chamaram ambulância e tudo, só que o bebê já tava com sangue no nariz, já tava morto e *aquilo me tocou tanto*, porque foi uma gestação que eu acompanhei foi uma mãe que eu orientei, sabe? A gente cria esse vínculo (Mariele, ACS, 2021).

A história apresentada nos coloca a pensar na interação entre uma agente e uma usuária do serviço de saúde que produz vínculo. A partir desse vínculo observamos uma ampla gama de possibilidades que se abrem no reconhecimento das vulnerabilidades de forma a compreender as necessidades de saúde daquela população. O reconhecimento das vulnerabilidades a partir do vínculo pode nortear ações de políticas públicas específicas para cada contexto.

A narrativa destaca as possibilidades normativas em torno do papel da ACS, que vai além das funções convencionais de atividades administrativas e cuidados em saúde, Mariele não se limita a procedimentos clínicos-centrados; ela também oferece suporte emocional e estabelece relações profundas, neste caso, com a mãe, realizando um acompanhamento da sua gestação e prestando as orientações necessárias. O vínculo construído nesse processo tem um papel fundamental no reconhecimento das vulnerabilidades, na interação entre burocratas de nível de rua e população.

Aqui, novamente importa refletirmos a partir da noção de vulnerabilidade e vida precária construída por Butler (2015; 2019). A vulnerabilidade da família na história, relaciona problemas sociais que se interseccionam, como o uso de drogas pelo marido, às condições financeiras e habitacionais precárias que contribuem para o contexto da vulnerabilidade. Para além da fatalidade que levou ao óbito do bebê, observamos o cruzamento de condições que agravam os cuidados com esse recém nascido. Mariele, ao lidar com essa vulnerabilidade, não apenas oferece cuidados, mas também aborda aspectos emocionais e sociais, reconhecendo a interconexão dessas dimensões e se comovendo com elas.

A partir da história relatada, compreendemos que a ACS interpreta a vulnerabilidade como a de uma vida, a vida de uma mulher, uma mãe que vive em condições precárias e que necessita de cuidados. Esses cuidados podem ser clínicos, mas são também relacionados à orientação a respeito dos procedimentos que aquela mãe deverá desenvolver para a garantia da saúde de seu bebê. O quadro que se apresenta é de comoção, de reconhecimento pela necessidade de cuidado que aquela vida necessita,

tendo em vista o lamento expressado pela ACS, indicando o reconhecimento enquanto uma vida que precisaria dos esforços possíveis para continuar vivendo.

Quando eu cheguei em casa, eu me ajoelhei e eu chorei, chorei tanto e aí foi isso, pô! *Uma vida* que eu acompanhei durante toda a gestação, o bebê tinha um mês e vinte dias, então o primeiro mês eu acompanhei, dei assistência, conversava com a mãe, conversava com o pai e morreu de uma forma tão... sabe? (Mariele, ACS, 2021).

Ao mencionar que o bebê morreu de uma forma "tão..." a ACS parece estar tentando expressar a tragédia e a prematuridade da morte. Esse tipo de linguagem destaca a humanização, enfatizando uma dor pelo luto e o reconhecimento daquela vida como uma vida que deveria ser vivida, por isso a necessidade do seu acompanhamento e assistência. A cena primária de vida é uma das que mais demanda por proteção e segurança, em meio a um contexto vulnerável, ter contato com agentes públicos que conseguem reconhecer aquela vida como "digna" de cuidado reflete em uma trajetória mais próxima do acesso aos direitos civis e sociais básicos.

Pensando na regulação moral, enquanto um dos mecanismos de reprodução de desigualdades apontados por Pires (2019), a interação conduzida pela burocrata trabalha em torno da manutenção do apoio público daquela família. Tal ação possibilita uma trajetória de acesso aos serviços de saúde, facilitada pela orientação e acompanhamento, que só não obteve melhor desfecho devido à vulnerabilidade específica deste caso.

Isso visto do ponto de vista de ação de uma burocrata de nível de rua, representa um grande potencial na construção de estratégias políticas para enfrentamento de vulnerabilidades. O uso da discricionariedade permite às burocratas desempenharem classificações sobre os usuários para poder interpretar e dar encaminhamento aos casos, essas classificações podem ter vieses negativos ou positivos, "possibilitando situar os usuários como mais ou menos merecedores dos benefícios e serviços ofertados" (PIRES, 2019). No uso de sua discricionariedade, a classificação feita por Mariele representou uma trajetória de acesso ao serviço de saúde, onde foi possível garantir os cuidados pré-natal e puerpério, mesmo em um contexto de vulnerabilidade e onde as condições para o desenvolvimento dessa gestação talvez não fossem as mais favoráveis.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa buscou investigar como os encontros da burocracia de nível de rua da APS em Porto Alegre/RS se estruturam em diferentes enquadramentos a respeito das condições locais de vulnerabilidade. A partir de uma abordagem etnográfica em quatro US de APS, foi possível analisar encontros de ACS com usuários/as e compreender como suas ações são orientadas, identificando uma racionalidade quantitativista, que simplifica suas atividades e resulta em ações pontuais desvinculadas de um reconhecimento efetivo das vulnerabilidades da população.

Um dos principais resultados deste estudo é a constatação de que a atuação da burocracia de nível de rua na APS, embora fundamental para a implementação das políticas de saúde e central no SUS, muitas vezes carece de uma compreensão mais aprofundada das complexidades das condições de vulnerabilidade enfrentadas pela população. A ênfase em abordagens quantitativas pode limitar a capacidade desses profissionais de identificar e atuar sobre as verdadeiras necessidades das comunidades atendidas.

Do ponto de vista da implementação de política pública, buscar enquadramentos de vulnerabilidades nos encontros da linha de frente dos serviços públicos, nos permite observar alguns mecanismos de reprodução de desigualdades no processo de implementação. Dentre os mecanismos descritos por Pires (2019), são reforçados na análise aqui apresentada os processos de “classificação” e “julgamentos” no acesso aos serviços públicos, bem como, a maneira com que tais distinções refletem em maneiras de regular os encontros com a burocracia em torno da manutenção ou exclusão do apoio público.

A perspectiva aqui adotada não toma o enquadramento da vulnerabilidade como algo produzido exclusivamente pela agente que atua no encontro, mas sim, analisa esta interação como a confluência de: por um lado uma longa cadeia de decisões políticas e percepções morais que se concretizam e são ajustadas pela burocrata de nível de rua; por outro uma vida, que se materializa em um corpo, com historicidade, demarcações de gênero, de raça e classe; para além disso, existe o local do encontro que afeta a ambos os atores, seja pela insegurança, complexidade, violência, dentro outros fatores que

podem se apresentar para burocratas, ou pela intensificação da vulnerabilidade que pode ser provocada devido ao lugar que ela está localizada.

Neste sentido, as contribuições analíticas observadas a partir da problemática do enquadramento da vulnerabilidade na linha de frente da implementação, oferecem duas perspectivas importantes para compreendermos a atuação da burocracia de nível de rua e os efeitos da implementação sobre as vulnerabilidades: primeiro sobre o território e em segundo sobre as trajetórias individuais, que estão apresentadas abaixo.

Enquadramento nos territórios: O enquadramento no território reflete, como vimos nos casos analisados, a lógica construída pela política de distribuição de acesso a serviços básicos. Ao ampliar territórios de atuação de ACS e US, o enquadramento realizado pela política reduz a capacidade de reconhecimento das dimensões de vulnerabilidades e dos problemas sociais presentes no contexto da população com que aquela burocracia de nível de rua precisa lidar.

Além disso, a pesquisa destacou três aspectos importantes do território no agravamento das vulnerabilidades da população, que merecem ser ponderados:

- **Aspectos epidemiológicos:** Os aspectos epidemiológicos referem-se à análise das doenças e condições de saúde presentes em determinada população ou território. Isso inclui a incidência e prevalência de doenças, fatores de risco, padrões de morbidade e mortalidade, entre outros indicadores de saúde pública. No contexto da burocracia de nível de rua da APS, compreender os aspectos epidemiológicos de um território é essencial para direcionar as ações de prevenção, promoção e tratamento da saúde.

- **Aspectos Ambientais:** Os aspectos ambientais dizem respeito às características do ambiente físico em que a população está inserida e seu impacto na saúde. Isso inclui questões como acesso à água potável, saneamento básico, presença de áreas verdes, poluição, enchentes, entre outros fatores ambientais que podem influenciar a saúde das pessoas e que representam uma maior exposição à vulnerabilidade. No contexto da burocracia de nível de rua da APS, considerar os aspectos ambientais de um território é fundamental para entender as condições de vida da população e suas implicações para a saúde.

- **Aspectos Sociais:** Os aspectos sociais referem-se às características sociais e culturais de uma comunidade, incluindo sua estrutura familiar, nível

socioeconômico, acesso a serviços sociais, redes de apoio social e violência urbana. Esses aspectos têm grande influência sobre a saúde das pessoas, uma vez que determinam o acesso a recursos e oportunidades que impactam diretamente o bem-estar. No contexto da burocracia de nível de rua da APS, considerar os aspectos sociais de um território é crucial para compreender as dinâmicas de saúde e doença da população atendida. Isso pode incluir a identificação de grupos sociais mais vulneráveis, a promoção de ações que levem em conta as especificidades culturais e sociais da comunidade, e o estabelecimento de parcerias com outros serviços para abordar os determinantes sociais da saúde.

Ao olhar para os territórios de cada caso analisado, podemos perceber condições totalmente distintas de vida, de modo que a burocracia de nível de rua precisa conhecer e considerar estas condições para poder implementar políticas de maneira mais justa e equânime. Em alguns casos, esses três aspectos podem se somar, criando um contexto mais complexo a ser trabalhado. Nestes contextos, no entanto, os enquadramentos acabam inferindo mecanismos de diferenciação.

Na situação observada na Vila Santo André, por exemplo, há uma indiferença com relação às reais vulnerabilidades do território, no que se referem a uma ação efetiva quanto ao problema ambiental, que vinha causando uma maior proliferação de mosquitos e doenças. Contudo, o problema epidemiológico do local (um “surto” de casos de dengue), acabou sendo retratado como resultado das atividades laborais dos catadores que residem no local.

Nas ilhas, também, os aspectos epidemiológicos e ambientais estão intrinsecamente associados, somados ainda, por aspectos sociais que criam sobre este território uma percepção pejorativa e estigmatizada. Considerando ainda, a disposição da Clínica IAPI, onde as condições de vida de uma parte do seu território, da Vila Dique, que sofre com estes três agravantes da vulnerabilidade, percebemos uma ação pública indiferente ao contexto do caso, incapaz de ir além dos atendimentos emergenciais e do registro das precariedades.

Enquadramento nas trajetórias: Ao analisar as trajetórias individuais dos usuários da APS em Porto Alegre/RS, torna-se evidente que o corpo desempenha um papel central como expressão e objeto da vulnerabilidade. Alguns corpos são expostos de maneira mais incisiva à vulnerabilidade e à violência, enfrentando uma realidade onde a sobrevivência se torna incerta.

Nessa perspectiva, é possível identificar marcadores sociais que diferenciam esses corpos, refletindo desigualdades profundas que têm sido há muito tempo trabalhadas no âmbito da determinação social da doença. Dentre esses marcadores, destacam-se questões de gênero, raça, classe social, sexualidade e outros aspectos que influenciam diretamente a posição social e as condições de vida das pessoas.

A questão de gênero emergiu como um fator determinante na experiência da vulnerabilidade. Mulheres, em muitos contextos, enfrentam desafios específicos relacionados à saúde e a sustentação sozinhas de suas famílias, somadas ao acesso desigual aos serviços de saúde reprodutiva, maior exposição à violência de gênero, as situações de abuso sexual, violência doméstica e discriminação em relação a certas condições de saúde. Minorias étnicas e raciais também, frequentemente enfrentam disparidades no acesso à saúde, experienciam racismo institucional e estrutural, além de estarem sujeitas a condições socioeconômicas desfavoráveis que impactam sua saúde de maneira desproporcional. Por fim, a classe social influencia profundamente a vulnerabilidade dos corpos, determinando o acesso a recursos e serviços de saúde. Indivíduos de classes sociais mais baixas enfrentam maior dificuldade em obter cuidados adequados, ao passo em que também estão mais expostos a ambientes insalubres e têm menor acesso a informações sobre saúde.

O avanço aqui, está em olhar para esta relação considerando que muitas vezes a burocracia de nível de rua acaba desumanizando os sujeitos que atendem, reduzindo sua vida e sua existência às suas demandas de saúde. Desta forma, olhar para o corpo como objeto da vulnerabilidade e da ação pública, permite observar a intersecção de diferentes determinantes sociais.

Para uma mulher gestante do seu primeiro filho, moradora de uma vila periférica, cujo marido é usuário de drogas e está desempregado, ter no encontro com uma ACS a possibilidade de receber orientações essenciais para o sucesso da sua gestação pode ser determinante para a possibilidade daquela vida se tornar uma vida vivível. Neste sentido, o enquadramento afeta diretamente na trajetória daquela vida, através da maneira com que reconhece a vulnerabilidade daquele corpo.

Além disso, podemos destacar como contribuições desta pesquisa, os efeitos das mudanças políticas da APS sobre as interações de ACS. Foi possível observar que tais interações estão sendo configuradas sob uma lógica que não contempla a construção de vínculos entre estes burocratas e os usuários da política. Com vimos através de algumas

histórias contadas pelas ACS, a construção do vínculo é fundamental para a efetivação do seu trabalho, uma vez que permite conhecer (e reconhecer) as condições de vida no contexto individual e/ou familiar, para assim orientar, prestar cuidado, possibilitar tratamentos que reduzem a gravidade de doenças. Porém, estabelecer vínculo só é possível se está próximo, e estar próximo requer que a ACS esteja nas casas, ruas, nas comunidades. Então, no modelo que torna a ACS uma burocrata do papel e da entrega de avisos de consultas e exames, em função majoritariamente administrativa, e não da rua, isso afasta ela do seu fazer real e deixa de lado os objetivos de ter essa profissional neste trabalho.

Nas histórias analisadas o vínculo pode ser compreendido como algo construído dentro dos encontros o que requer alguns cuidados para que possa acontecer:

Ter continuidade: A continuidade das relações é fundamental para que ACS conquistem uma maior aproximação dos usuários e consigam realizar um trabalho preventivo. Entretanto, o que se observou foram encontros esporádicos relacionados ao cumprimento de rotinas imediatas, sem o objetivo de manter vínculos com a população.

Gerar algum tipo de comoção: o vínculo construído entre ACS e usuárias/os é afetivo, portanto, envolve implicações relacionadas ao fato de que quando olhamos para condições precárias, tratamos de vidas que necessitam de cuidado para sua sobrevivência. Seguindo a lógica desenvolvida por Butler (2015) e que inspirou esta análise, para reconhecer a precariedade de uma vida é necessário se comover com a possibilidade de sua perda. Sem poder desenvolver uma continuidade nas interações e orientada a realização de um trabalho puramente quantitativo, a capacidade da ACS reconhecer a fundo as vulnerabilidades do território se reduzem.

Ter espaço de ação: como vimos, vínculos são subjetivos, não se trata de algo que pode ser construído em uma visita de dez minutos, a ACS precisa dispor da sua discricionariedade para alocar seu tempo e interações na construção desses vínculos. Durante a pesquisa de campo, foi possível observar um trabalho engessado em ações pontuais e administrativas que restringem o rol de possibilidades de atuação.

A presente pesquisa tratou de casos localizados, de forma que sua generalização precisa ser cautelosa. A construção de vínculos na interação de burocratas de nível de rua com populações vulneráveis, mostra-se como um mecanismo fundamental na implementação efetiva da política pública e no reconhecimento de vulnerabilidades. Em

contextos precários, as interações entre burocratas de nível de rua e a população podem ser mais complexas e desafiadoras, exigindo sensibilidade, empatia e adaptação às necessidades específicas da população. É fundamental que os burocratas estejam atentos às questões de poder, estigma, acesso, linguagem e vulnerabilidade emocional, buscando sempre promover uma relação de confiança e cooperação com a população atendida. Apesar da importância que os vínculos representam no processo de reconhecimento das vulnerabilidades, o que se pode observar ao longo do trabalho de campo foi que cada vez mais a construção desses vínculos vinha sendo dificultada pelas circunstâncias em que a APS é implementada.

Finalmente, delineamos como perspectivas derivadas dos aportes desta pesquisa a exploração de intervenções contextualmente embasadas e estratégicas, as quais levem em consideração as particularidades territoriais, abarcando facetas epidemiológicas, ambientais e sociais. Tais intervenções podem desencadear modificações nas práticas de cuidado conduzidas em cada território. Ademais, esta pesquisa possibilitou condicionar as mudanças políticas à uma análise do seu impacto, notadamente aquelas mudanças que direcionam as ACS para uma orientação mais administrativa. Impera a necessidade de uma reavaliação acurada acerca de como tais alterações reverberam na construção de vínculos e na efetividade das políticas implementadas. Por fim, esta pesquisa, definitivamente, não encerra a discussão, tornado-se válidos outros estudos que avaliem o influxo da política da APS nas trajetórias de vida dos indivíduos atendidos, englobando a meticulosa análise de desfechos de saúde, qualidade de vida e outros parâmetros, os quais possam orientar o reconhecimento das vulnerabilidades, visando uma adaptação condizente da política a tais circunstâncias.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Maria Hermínia Tavares. **Federalismo, democracia e governo no Brasil: idéias, hipóteses e evidências**. BIB, São Paulo, nº 51, PP. 13-34, 2001.

ARRETCHE, Marta. O processo de descentralização das políticas sociais no Brasil e seus determinantes. 1999, Tese (doutorado em Ciência Política), Universidade Estadual de Campinas. Campinas, São Paulo, 1999.

AUYERO, Javier. **Los sinuosos caminos de La etnografía política**. Revista pléyade 10. Julio-diciembre, 2012, pp. 15-36.

ARROUCA, Antonio Sergio da Silva. O dilema preventista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. 1975. 197 f. Tese (Doutorado em Ciências Médicas) Universidade Estadual de Campinas, 1975.

BARRETT, S. Implementation studies: time to revival? Reflections on 20 years of implementation studies. **Public Administration**, Oxford e Malden, v. 82, n. 2, p. 249-262, 2004.

BIEHL, João. “Antropologia do devir: psicofármacos – abandono social – desejo”. In: Revista de Antropologia. Vol. 51, n. 2. SP, USP, 2008, p. 413-449.

BICHR, Renata. "Para além da "fracassomania": os estudos brasileiros sobre implementação de políticas públicas". In MELLO, Janine. RIBEIRO, Vanda Mendes. LOTTA, Gabriela. BONAMINO, Alicia. CARVALHO, Cynthia Paes de. **"Implementação de Políticas e Atuação de Gestores Públicos"**. Brasília: IPEA. 2020. Pág. 23-44.

BLEMENTHAL, D, FOWLER, J, ABRAMS, M, COLLINS, S. Covid-19 –Implications for the Health Care System [published online ahead of print, 2020 Jul 22]. **New England Journal Medicine**, 2020

BRASIL. Portaria nº 399/2006. Divulga o Pacto pela Saúde – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. 2006.

_____, Portaria nº 2.488/2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica e dá outras providências. Brasília, 2011.

_____, Portaria nº 2.436/2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica e dá outras providências. Brasília, 2017.

_____, Portaria nº 2.979/2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde e dá outras providências. Brasília, 2019.

BOSSERT, Thomas. Analyzing the decentralization of health systems in developing countries: decision space, innovation and performance. **Soc. Sci. Med.** Vol. 47, No. 10, pp. 1513-1527, 1998.

BOSWELL, John; CORBET, Jack; DOMMETT, Kate; JEANNINGS, Will; FLINDERS, Matthew. **State of the Field:** What can political ethnography tell us about anti-politics and democratic disaffection? *European journal of political research*, 2019, pp 56-71.

BRODKIN, Evelyn Z. “Reflections on street-level bureaucracy: past, present, and future”. *Public Administration Review*, v. 72(6): 940-959. DOI:10.1111/j.1540-6210.2012.02657.x.Book, 2012

BRODKIN, Evelyn Z. “Street-level organizations at the front lines of crises”. *Journal of Comparative Policy Analysis: Research and Practice*, v. 23(1): 16-29, 2021.

BUTLER, Judith. **Vida precária:** El poder del duelo y la violencia. Traducido por: Fermín Rodríguez. Buenos Aires: Paidós, 2009.

BUTLER, Judith. **Quadros de guerra:** quando a vida é passível de luto? Tradução Sérgio Tadeu de Niemayer Lamarão e Arnaldo Marques da Cunha; revisão de tradução de Marina Vargas. 1ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2015.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **A clínica do sujeito:** por uma clínica reformulada e ampliada. Saúde Paidéia. São Paulo, Editora Hucitec, 2002

CÔRTEZ, Soraya Vargas. Sistema Único de Saúde: Espaços decisórios e a arena política de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 25(7):1626-1633, jul, 2009.

COHN, Amélia. As políticas de abate social no Brasil contemporâneo. **Revista Lua Nova**, São Paulo, 109: 129-160, 2020.

DU Gay, P. The Bureaucratic Vocation: State/Office/Ethics. **New Formations**, 100(Summer), 77-96, 2020. <https://doi.org/10.3898/neWF:100-101.06.2020>

FALLETI, Túlia. Infiltrando o Estado: a evolução da reforma da saúde no Brasil, 1964-1988. **Estudos de Sociologia**, vol.15, n.29, p.345-368, 2010

EIRÓ, Flavio. **O programa bolsa família e os pobres “não mercedores”:** poder discricionário e os limites da consolidação de direitos sociais. In: IPEA. Boletim de Análise Político-Institucional. Brasília: Ipea, 2017.

FASSIN, Didier. “Gobernar por los Cuerpos, Políticas de Reconocimiento Hacia los Pobres y los Imigrantes”. *Educação*, v. 28, n. 2 (56), Maio/Ago. 2005, p. 201-226.

FERNANDEZ, Michelle Vieira; GUIMARÃES, Natália Cordeiro. “Caminhos teóricometodológicos para a análise da burocracia de nível de rua”. *Revista Brasileira de Ciência Política*, v. 32: 283-322, 2020

FRASER, Nancy. Contradictions of capital and care. **Nem Left Review**, v. 100, 2016, p. 99-117

GERSHMAN, Silvia. **A democracia inconclusa:** um estudo da reforma sanitária brasileira. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004.

GIOVANELA, Ligia. **Atenção básica ou atenção primária à saúde?** Cadernos de Saúde Pública, 2018.

GIOVANELLA, Ligia; MARTUFI, Valentina; MENDONZA, Carolina Ruiz; BOSQUAT, Aylene Emilia Moraes; PEREIRA, Rosana Aquino Guimarães; MEDINA, Maria Guadalupe. “A contribuição da atenção primária à saúde na rede SUS de enfrentamento à Covid-19”. *Saúde em Debate*, p. 1-21, 2020.

FARIA, C. A. Implementação: ainda o elo perdido da análise de políticas públicas no Brasil? In: FARIA, C. A. (Org.). **Implementação de políticas públicas: teoria e prática**. Belo Horizonte: Editora PUC Minas, 2012. p. 123-153.

FLEMMING, C. C.; PEREIRA, K. G. **Territorialização como instrumento do planejamento local na Atenção Básica**. Florianópolis: UFSC, 2019.

FONSECA, Francisco; SANDIM, Tatiana Lemos. Vulnerabilidades sócio/institucionais: em busca de um conceito amplo e complexo. In: SPINK, Peter; BURGOS, Fernando; AQUINO, Mário (orgs.). **Vulnerabilidade(s) e ação pública: concepções, casos e desafios**. São Paulo: Programa Gestão Pública e Cidadania, pág 55-73, 2022.

GAY, P. The Bureaucratic Vocation: State/ Office/Ethics, *New Formations*, 2020(100-101), -. <https://doi.org/10.3898/NEWF:100-101.06.2020>

GOFEN, A. Mind the gap: dimensions and influence of street-level divergence. *Journal of Public Administration Research and Theory*, n. 24, 2014.

GOFFMAN, Erving. **Ritual de interação: ensaios sobre o comportamento face a face**. Tradução de Fábio Rodrigues Ribeiro da Silva. 2. Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.

HARRITS, G. S.; MØLLER, M. Ø. Categories and categorization. Towards a comprehensive sociological framework. **Distinktion**, v. 12, n. 2, p. 229-247, 2011.

HILL, M. Implementação: uma visão geral. In: SARAIVA; E.; FERRAREZI, E. (Org.).: **Políticas públicas** coletânea. Brasília: ENAP, 2006. v. 2, p. 61-90.

HILL, M.; HUPE, P. **Implementing Public Policy**. Los Angeles: SAGE, 2014.

HOCHMAN, Gilberto; ARRETCHE, Marta; MARQUES, Eduardo. Introdução. In: **Políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

ILHA DAS FLORES. Direção: FURTADO, Jorge. Casa do Cinema de Porto Alegre/KODAK. Porto Alegre, 1989

KRIEGER, Morgana G. Martins, WENHAM, Clare, PIMENTA, Denise Nacif, NUNES, Ana Carolina, MENEZES, Ana De & LOTTA, Gabriela. How do community health workers institutionalise: An analysis of Brazil’s CHW programme, *Global Public Health*, 17:8, 1507-1524, 2022.

KOCH, Insa Lee. **Persanalizing the State: an anthropology of law, Politics, and Welfare in austerity Britain**. Oxford University Press, 2018.

- LAVRAS, Carmen. Atenção Primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.20, n.4, p.867-874, 2011
- LATOUR, Bruno. Uma sociologia sem objeto? Observações sobre a interobjetividade. *Revista-Valise*, Porto Alegre, v. 5, n. 10, 2015.
- LIMA, Luciana Leite. Gestão da política de saúde no município: a questão da autonomia. 2005. 101 f. Dissertação (Mestrado em Sociologia) –Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.
- LIMA, Elisabeth Maria Freire de Araújo; YASUI, Silvio. Territórios e sentidos: espaço, cultura, subjetividade e cuidado na atenção psicossocial. **Saúde debate** [Internet]. Jul;38(102):593–606, 2014. Available from: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140055>
- LIPSKY, Michael. **Burocracia de nível de rua: dilemas do indivíduo nos serviços públicos**. Tradutor: Arthur Eduardo Moura da Cunha. Brasília: Enap, 2019.
- LOTTA, Gabriela S. Implementação de políticas públicas: o impacto dos fatores relacionais e organizacionais sobre a atuação dos burocratas do nível de rua no Programa Saúde da Família. 2010. 295 f. Tese (Doutorado em Ciência Política) – Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2010.
- LOTTA, G.S. **Desvendando o papel dos burocratas de nível de rua no processo de implementação: o caso dos agentes comunitários de saúde**. In: FARIA, C.A.P. Implementação de Políticas Públicas: teoria e prática. BH: PUC, 2012.
- LOTTA, Gabriela Spanghero. **Burocracia e implementação de políticas públicas: os agentes comunitários na Estratégia Saúde da Família**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015.
- LOTTA, Gabriela; PIRES, Roberto Rocha. Burocracia de nível de rua e (re)produção de desigualdades sociais: comparando perspectivas de análise. In: PIRES, Roberto Rocha C. Introdução. In: **Implementando desigualdades: reprodução de desigualdades na implementação de políticas públicas**. Rio de Janeiro: Ipea, 2019.
- LOTTA, Gabriela. **A política como ela é: contribuições dos estudos sobre implementação para análise de políticas públicas**. In: LOTTA, Gabriela. Teoria e análises sobre implementação de políticas públicas no Brasil. Brasília: Enap, 2019.
- LOTTA, Gabriela; PIRES, Roberto Coelho. Categorizando usuários “Fáceis” e “Difíceis: Práticas cotidianas de implementação de políticas públicas e a produção de diferenças sociais. **Revista Dados** [Internet]. 2020;63(4):e20190112. Available from: <https://doi.org/10.1590/dados.2020.63.4.219>
- LOTTA, Gabriela; LIMA-SILVA, Fernanda; FAVARETO, Arilson. “Dealing with violence: Varied reactions from frontline workers acting in highly vulnerable territories”. *Environment and Planning C: Politics and Space*, v.0(0): 1-18, 2021.
- LOTTA, Gabriela. **Burocracia e implementação de políticas públicas: desafios e potencialidades para redução de desigualdades / Gabriela Lotta – Brasília: Enap, 2021.**

MARCUS, George. "Ethnography in/of the World System: The Emergence of Multi-Sited Ethnography. *Annual Review of Anthropology*, vol. 24, 1995.

MARTINS, M. B., & CARBONAI, D. Atenção primária à saúde: a trajetória brasileira e o contexto local em Porto Alegre (RS). **Revista Eletrônica De Administração**, 27(3), 725–748, 2021.

MARTINS MB, CARBONAI D. Entre o vínculo e o distanciamento: desafios na atuação de Agentes Comunitárias de Saúde. *Revista Brasileira de Ciências Sociais* [Internet]. 2022;37(Rev. bras. Ci. Soc., 2022 37(110));e3711001. Available from: <https://doi.org/10.1590/3711001/2022>

MARQUES, Rosa Maria; MENDES, Áquilas. A política de incentivos do Ministério da Saúde para atenção básica: uma ameaça à autonomia dos gestores municipais e ao princípio da integralidade? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 18: 163-171, 2002.

MARSIGLIA, Regina G.; CARNEIRO JR., Nivaldo. "Disponibilidade, acessibilidade e aceitabilidade do PSF em áreas metropolitanas", in A. Cohn (org.), *Saúde da Família e SUS: convergências e dissonâncias*, 1a edição, Rio de Janeiro, Beco do Azougue, São Paulo, CEDEC. ISBN: 978-85-7920-003-8, 2009

MAYNARD-MOODY, S; MUSHENO, M., State Agent or Citizen Agent: Two Narratives of Discretion, *Journal of Public Administration Research and Theory*, Volume 10, Issue 2, April 2000, Pages 329–358,

MAYNARD-MOODY, S.; MUSHENO, M. **Cops, teachers, counselors**: narratives of street-level judgment. Ann Arbor, United States: University of Michigan Press, 2003.

MELO, Eduardo Alves; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de; OLIVEIRA, Jarbas Ribeiro de; ANDRADE, Gabriella Carrilho Lins de. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde debate**. Rio de Janeiro, V. 42. Número especial 1, 38-51, 2018

MENDES, Eugênio Vilaça. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde**: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MENICUCI, Telma; GOMES, Sandra. **Políticas sociais: conceitos, trajetórias e a experiência brasileira**. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2018.

MILANEZI, Jaciane. **Silêncio**: Reagindo à saúde da população negra em burocracias do SUS. In: IPEA. *Boletim de Análise Político-Institucional: Implementação de políticas e desigualdades*. Brasília, n. 13, 2017.

OCKÉ-REIS, Carlos Octávio. **SUS o desafio de ser único**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012.

OLIVEIRA, Rosana Medeiros de. **Notícias de homofobia: enquadramento como política**. In: DINIZ, Debora; OLIVEIRA, Rosana Medeiros. *Notícias de homofobia no Brasil*. Brasília: Letras livres, 2014

OLIVEIRA, Marina Meira de; CARVALHO, Cynthia Paes de. **A implementação da política educacional de combate ao fracasso escolar: percepções e ações de agentes implementadores em uma escola municipal no Rio de Janeiro.** In: IPEA. Boletim de Análise Político-Institucional: Implementação de políticas e desigualdades. Brasília, n. 13, 2017.

PAIM, Jairnilson Silva. **Desafios para a saúde coletiva do século XXI.** EDUFBA: Salvador, 2006.

PIRES, R.R.C. **Estilos de implementação e resultados de políticas públicas: fiscais do trabalho e o cumprimento da lei trabalhista no Brasil.** In: FARIA, C.A.P. Implementação de Políticas Públicas: teoria e prática. BH: PUC, 2012.

Plano Municipal de Saúde de Porto Alegre/RS. Secretaria Municipal de Saúde, 2018.
Acesso em:

http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/plano_municipal_de_saude_-_pms_2018-2021_-_revisado_em_16_01_18.pdf

PRESSMAN, J.; WILDAVSKY, A. **Implementation: how great expectations in Washington are dashed in Oakland.** 2nd ed. Los Angeles: University of California, 1973.

PIRES, Roberto Rocha C. Introdução. In: **Implementando desigualdades: reprodução de desigualdades na implementação de políticas públicas.** Rio de Janeiro: Ipea, 2019.

PINTO, Luiz Felipe; GIOVANELLA, Ligia. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). **Ciência & Saúde Coletiva**, 23(6):1903-1913, 2018

SABATIER, P. A. The need for better theories. In: SABATIER, P. A. (Ed.). **Theories of the policy process.** Cambridge: Westview Press, 1999. p. 3-17.

SANDIM, T. Da vulnerabilidade social para a vulnerabilidade institucional: uma análise da Política Nacional de Assistência Social e de suas práticas em Belo Horizonte e São Paulo. 2018. Tese (Doutorado) – Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getulio Vargas, São Paulo, 2018.

SANTOS, Wanderley G. **Cidadania e justiça: a política social na ordem brasileira.** Rio de Janeiro: Campus, 1979.

SANTOS, Milton. O território e o saber local: algumas categorias de análise. In: Cadernos IPPUR/UFRJ/Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano e Regional da Universidade Federal do Rio de Janeiro. – ano 1, n.1. Rio de Janeiro : UFRJ/IPPUR, 1999.

SANTOS, Debora de Souza; MISHIMA, Silvana Martins; MERHY, Emerson Elias. Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: potencialidades e subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, 23(3):861-870, 2018.

SANTOS, Liliane Maria dos Santos. Educo(trans)formação: ensino, mutação e aprendizagem como componentes imateriais do trabalho, o caso da gestão local em saúde. Tese (doutorado em Educação) Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2018.

SCHIMITH, Maria Denise et al. Precarização e fragmentação do trabalho na estratégia de saúde da família: impactos em Santa Maria. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, v.15, n. 1, p. 147-162, 2017.

STARFIELD, Barbara. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. UNESCO, Ministério da Saúde: Brasília, 2002.OMS. Organização Mundial da Saúde. Declaração de Alma-Ata. Conferência Sobre cuidados primários de saúde; 6-12 de setembro 1978.

SILVA, Riga Anilsa Borges da. Rumor, Gênero e Política em Cabo Verde: A circulação de rumores e a construção de imagem das mulheres nos processos de ascensão/ocupação de altos cargos nas estruturas do Estado. 2019. 187 f. Tese (Doutorado em Ciência Política) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2019.

TIRELLI, Cláudia. “Conectando políticas públicas e território: a contribuição da perspectiva relacional”, in L. L. Lima; L. Schabbach (org.), Políticas Públicas: questões teórico-metodológicas emergentes, 1ª edição, Porto Alegre, Editora da UFRGS/CEGOV, 2020.

ZACKA, Bernardo. **When the state meets the street**: Public Service and Moral Agency. Harvard University Press, 2017.

ZACKA, Bernardo; ACKERLY, Brooke; ELSTER, Jakob; ALLEN, Signy; LONGO, Matthew; SAGAR, Paul., “Political Theory with an Ethnographic Sensibility”. *Contemporary Political Theory* v. 20: 385–418, 2021. DOI: 10.1057/s41296-020-00433-1.

WACQUANT, L., SLATER, T., & PEREIRA, V. B. (2014). Territorial Stigmatization in Action. *Environment and Planning A: **Economy and Space***, 46(6), 1270–1280.

ANEXOS

Anexo I Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (burocratas)

Nº do projeto GPPG ou CAAE 31709720.4.0000.5327

Título do Projeto: Austeridade no cuidado: interações e enquadramentos da política de saúde da família de Porto Alegre/RS

Você está sendo convidado/a a participar de uma pesquisa cujo objetivo é analisar a burocracia (normas, regras, organização) e os enquadramentos (identificações, categorias, prioridades de acesso) produzidos pela Estratégia Saúde da Família em Porto Alegre/RS; e a partir disso compreender os sentidos da política pública e os impactos no cuidado para as pessoas assistidas. Esta pesquisa está sendo realizada pelo Programa de Pós-Graduação em Ciência Política da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e possui a autorização do comitê de ética em pesquisas do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

Se você aceitar o convite, sua participação na pesquisa envolverá:

I) Apresentar sua rotina de trabalho, as técnicas de cuidado, de distribuição do acesso da população ao serviço de saúde e condução de visitas domiciliares.

II) Conceder entrevista ao pesquisador, relatando a organização do seu trabalho, características do território e relações com os demais profissionais da equipe e usuários.

III) Disponibilizar dados sociais e epidemiológicos que retratam as condições de vida e saúde no seu território (em caso de coordenador da unidade ou de responsável pelos dados).

E ainda, se você aceitar o convite para participar da pesquisa, gostaríamos que enviasse registros fotográficos de visitas domiciliares. A proposta inicial da pesquisa era conhecer o território e realizar algumas VDs para conhecer os lugares e as pessoas que são assistidos pela Unidade de Saúde, mas isso não será possível neste momento em função das restrições geradas pela Pandemia. Portanto as fotografias servirão como minha referência visual do seu contexto de trabalho.

Contudo, não será utilizado nenhum tipo de identificação pessoal dos participantes da pesquisa, nenhum rosto e nenhum nome serão divulgados, as fotos servirão apenas como uma referência visual de análise.

Os possíveis riscos ou desconfortos decorrentes da participação na pesquisa são: falar de conflitos de seu contexto de trabalho, ou tocar em alguns assuntos que podem trazer à tona desconfortos emocionais. Além destes aspectos subjetivos, a realização da entrevista durará cerca de uma hora e será gravada, podendo, também, estes aspectos gerarem desconforto ao entrevistado/a. Diante destas circunstâncias, pretende-se respeitar inteiramente a liberdade do/a entrevistado/a em continuar, ou não, a entrevista, falar, ou não, sobre determinado assunto.

Os possíveis benefícios decorrentes da participação na pesquisa são: Possibilitar maior compreensão sobre os alcances e limitações da Estratégia Saúde da Família (ESF), sobre os fatores que impactam nas relações e no cuidado com usuários e considerar o papel dos profissionais, da gestão e dos governos na efetivação da ESF.

Sua participação na pesquisa é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Caso você decida não participar, ou ainda, desistir de participar e retirar seu

consentimento, não haverá nenhum prejuízo ao vínculo que você recebe ou possa vir a receber na instituição (ESF). Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela sua participação na pesquisa e você não terá nenhum custo com respeito aos procedimentos envolvidos.

Os dados coletados durante a pesquisa serão sempre tratados confidencialmente. Os resultados serão apresentados de forma conjunta, sem a identificação dos participantes, ou seja, o seu nome não aparecerá na publicação dos resultados.

Caso você tenha dúvidas, poderá entrar em contato com o pesquisador responsável: Davide Carbonai, pelo telefone: 51 91852244 e com o pesquisador Maique Martins, pelo telefone: 55 996599153 ou com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), pelo telefone (51) 33597640, email cep@hcpa.edu.br ou no 2º andar do HCPA, sala 2229, de segunda à sexta, das 8h às 17h.

Esse Termo é assinado em duas vias, sendo uma para o participante e outra para os pesquisadores.

Nome do participante da pesquisa

Assinatura

Nome do pesquisador que aplicou o Termo

Assinatura

Local e Data: _____

Anexo II – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (usuários)

Nº do projeto GPPG ou CAAE 31709720.4.0000.5327

Título do Projeto: Austeridade no cuidado: interações e enquadramentos da política de saúde da família de Porto Alegre/RS

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa cujo objetivo é entender a relação da Estratégia Saúde da Família (ESF), o posto de saúde que você frequenta em Porto Alegre/RS com a população e como este serviço recebe e trata as pessoas que buscam atendimento. Esta pesquisa está sendo realizada pelo Programa de Pós-Graduação em Ciência Política da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e possui a autorização do comitê de ética em pesquisas do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

Se você aceitar o convite, sua participação na pesquisa envolverá: conceder uma entrevista ao pesquisador em que contará sobre a sua experiência quando procurou (ou foi procurado/a) pela ESF e sobre como foi acolhido/a por este serviço.

Os possíveis riscos ou desconfortos decorrentes da participação na pesquisa são: falar de seu contexto familiar e de suas condições de saúde, ou de assuntos que podem trazer à tona desconfortos emocionais. Além disso, a realização da entrevista durará cerca de uma hora e será gravada, podendo, também, estas questões gerarem desconforto ao entrevistado/a. Diante destas circunstâncias, pretende-se respeitar inteiramente a liberdade do/a entrevistado/a em continuar, ou não, a entrevista, falar, ou não, sobre determinado assunto.

Os possíveis benefícios decorrentes da participação na pesquisa são: Possibilitar maior entendimento sobre os alcances e os problemas do posto de saúde (a ESF), sobre o que a permite ser mais inclusiva com a população e, também, o que a impede de possibilitar maior acesso e qualidade no atendimento.

Sua participação na pesquisa é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Caso você decida não participar, ou ainda, desistir de participar e retirar seu consentimento, não haverá nenhum prejuízo ao atendimento que você recebe ou possa vir a receber no posto de saúde. Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela sua participação na pesquisa e você não terá nenhum custo com respeito aos procedimentos envolvidos.

Os dados coletados durante a pesquisa serão sempre tratados confidencialmente. Os resultados serão apresentados de forma conjunta, sem a identificação dos participantes, ou seja, o seu nome não aparecerá na publicação dos resultados.

Caso você tenha dúvidas, poderá entrar em contato com o pesquisador responsável: Davide Carbonai, pelo telefone: 51 91852244 e com o pesquisador Maique Martins, pelo telefone: 55 996599153 ou com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), pelo telefone (51) 33597640, email cep@hcpa.edu.br ou no 2º andar do HCPA, sala 2229, de segunda à sexta, das 8h às 17h.

Esse Termo é assinado em duas vias, sendo uma para o participante e outra para os pesquisadores.

Nome do participante da pesquisa

Assinatura

Nome do pesquisador que aplicou o Termo

Assinatura

Local e Data: _____

Anexo III – Roteiro entrevista semiaberta com ACS

Fatores Institucionais e organizacionais:

- 1) Qual sua idade e há quanto tempo trabalha como agente de saúde?
- 2) Como que é definido o dia em que vai ir para a rua e o que vai ficar na Unidade? O que faz quando fica na Unidade?
- 3) Como é sua relação com a equipe? São realizadas reuniões? Como que é definida a escala de trabalho e a rotina semanal?
- 4) Como funciona o cadastro das famílias? Você tem metas para cadastrar?
- 5) Qual o suporte recebe da equipe para atender as famílias de sua microárea? Tem algum profissional que vai fazer VD?
- 6) Como funciona o acesso ao caminhão? Quantos atendimentos em média?
- 7) Com relação a pandemia, o que mudou na sua rotina de trabalho dentro da unidade e no trabalho nas ruas?

Fatores territoriais

- 8) Em torno de quantas pessoas? Quais as condições habitacionais (infraestrutura urbana, saneamento, moradias e renda) do território em que você trabalha?
- 9) Quais são as principais vulnerabilidades sociais e os problemas de saúde presentes neste território?
- 10) Como você avalia o serviço básico de saúde que é prestado pela unidade neste território?
- 11) Existe alguma identificação das famílias cadastradas de acordo com grupos de risco? Quais?

Fatores individuais

- 12) Como são as famílias assistidas? Há muitos negros, muitas crianças, idosos, qual renda média?
- 13) Como é a sua relação com estas famílias, em termos de construção de vínculo? Com quais famílias/pessoas você possui mais facilidade para manter um vínculo? Quais tem mais dificuldade?
- 14) Quem são os casos mais problemáticos, os que demandam maior atenção do serviço de saúde?
- 15) Qual andamento ou resolutividade que você observa destes casos na relação com a Unidade de Saúde?

Fatores políticos (transição) e sentimentos pessoais

- 16) O que está acontecendo em relação às demissões do IMESF? Qual a sua condição atual em termos de vínculo de trabalho e quais incertezas estão presentes em relação ao futuro da Unidade?

17) Como você se sente em relação a este cenário? Você gosta de ser agente de saúde?

Anexo IV – Roteiro entrevista semiaberta com Gerentes

Fatores Institucionais e organizacionais:

- 1) Apresentar: idade, profissão, há quanto tempo trabalha nesse ramo e nessa Unidade e qual função ocupa.
- 2) Quais suas principais atividades (função na clínica IAPI).
- 3) Quais modalidades de equipes de AB funcionam neste local? E qual a rotina de atendimentos?
- 4) Quais as características da Clínica da Família IAPI, o que muda em relação as Unidades de Saúde de AB convencionais?
- 5) Com relação a pandemia, quais medidas de específicas foram/estão sendo tomadas? Em termos de atendimento de pacientes sintomáticos, de testagem da população, de orientação aos pacientes?
 - 5.1) E as visitas domiciliares, atuação do ACS? Como você recebe essas orientações?
- 6) Atualmente, qual a forma de contratação de profissionais desta Unidade. E o que você observa sobre o processo do IMESF.
- 7) Qual a previsão para o “futuro”, realização de concursos públicos ou contratação via terceirizada?
- 8) Em termos de resolutividade e funcionamento do serviço de saúde, o que você acha que pode acontecer?

Fatores territoriais

- 9) Em torno de quantas pessoas? Quais as condições habitacionais (infraestrutura urbana, saneamento, moradias e renda) do território em que você trabalha?
- 10) Quais são as principais vulnerabilidades sociais e os problemas de saúde presentes neste território?
- 11) Como você avalia o serviço básico de saúde que é prestado pela unidade neste território?

Fatores individuais

- 12) É um território bastante grande, quais diferenças você observa nas demandas pelo serviço dentro das microareas?
- 15) Qual andamento ou resolutividade que você observa destes casos na relação com a Unidade de Saúde? Em termos de encaminhamentos para serviços terceirizados e pedidos de exames ou procedimentos?

Anexo V – Roteiro entrevista semiaberta com usuários

Você poderia me informar seu nome, idade e com qual raça se identifica?

Há quanto tempo você mora no bairro?

Como você veio morar aqui?

Você é beneficiária de algum programa social?

Você mora com quem? Como é composta sua família?

Como são as condições de saúde de sua família? Quais problemas?

Você poderia me descrever como é quando você vai ao posto de saúde? Vai com quem?

Vai com frequência? Vai sempre no mesmo?

Como é o acesso no posto de saúde? Consulta no mesmo dia, tem que esperar?

Como é o atendimento que você e sua família recebem?

Quais são os pontos positivos e negativos que você observa no serviço de saúde que você acessa?

Quais as principais dificuldades que encontra no cuidado à sua saúde e de sua família?

Recebe (ou já recebeu) visita de ACS? Acha importante o trabalho da ACS?

O que você considera importante para ter uma vida saudável e poder cuidar da saúde?

Como você descreveria as condições de vida e saúde no bairro onde você mora?

Você considera que o governo cumpre com o papel de cuidar da saúde da população?