FGV EBAPE

RAP
REVISTA DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

Artigo

Gênero entre julgamentos de direitos e merecimento: enquadramentos sobre saúde reprodutiva na linha de frente dos serviços públicos

Juliana Rocha Miranda [1]

Gabriela Spanghero Lotta [1]

[1] Fundação Getulio Vargas / Escola de Administração de Empresas de São Paulo, São Paulo / SP – Brasil

Este artigo analisa a conexão entre os enquadramentos sobre as questões de gênero e saúde reprodutiva e as narrativas operadas pelas trabalhadoras da linha de frente de serviços públicos, buscando responder às questões: como enquadramentos sobre gênero e saúde reprodutiva aparecem no contexto de trabalho desses atores? Em que medida as narrativas de agentes de implementação reproduzem ou confrontam esses enquadramentos? Selecionamos um caso de implementação da atenção à saúde reprodutiva em uma política em que há contato próximo e recorrente de agentes com usuários. Metodologicamente, a pesquisa foi construída por i) levantamento dos principais repertórios socialmente disponíveis (enquadramentos) sobre saúde reprodutiva e ii) entrevistas semiestruturadas com 32 agentes da linha de frente da Estratégia de Saúde da Família (médicas, profissionais de enfermagem, agentes comunitárias de saúde e profissionais multidisciplinares). Os enquadramentos mapeados foram: natalismo; controle populacional; saúde materno-infantil; atenção integral à saúde da mulher; direitos individuais; direitos individuais e sociais. Os resultados mostram que esses repertórios estão presentes entre as agentes, mas não são exclusivos ou apresentados linearmente, e navegam entre julgamentos fundados em direitos e julgamentos fundados em merecimento. Estes são predominantes e culpabilizam mulheres por desviar de expectativas sociais de gênero. O trabalho contribui com os estudos que conectam o nível de rua com questões sociológicas mais amplas, ao demonstrar quais são e como são operadas as racionalidades presentes na linha de frente do Estado sobre gênero e saúde reprodutiva.

Palavras-chave: trabalho da linha de frente; julgamentos; enquadramentos; gênero; saúde reprodutiva.

ISSN: 1982-3134

DOI: https://doi.org/10.1590/0034-761220240359

Artigo submetido em 23 de outubro de 2024 e aceito para publicação em 13 de outubro de 2025.

Editora-chefe:

Alketa Peci (Fundação Getulio Vargas, Rio de Janeiro / RJ – Brasil)

Editor adjunto:

Sandro Cabral (Insper Instituto de Ensino e Pesquisa, São Paulo / SP – Brasil)

Pareceristas:

Camila Mata Machado Soares (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, Brasília / DF – Brasil)

Dois pareceristas não autorizaram a divulgação de suas identidades.

Relatório de revisão por pares:

O relatório de revisão por pares está disponível neste link
https://periodicos.fgv.br/rap/article/view/94516/88068

Género entre juicios de derechos y merecimiento: encuadres sobre salud reproductiva en primera línea de los servicios públicos

Este artículo analiza la conexión entre los encuadres sobre cuestiones de género y salud reproductiva y las narrativas operadas por trabajadores de primera línea en los servicios públicos, buscando responder las preguntas: ¿cómo aparecen los encuadres sobre género y salud reproductiva en el contexto de trabajo de estos actores? ¿En qué medida las narrativas de los agentes implementadores reproducen o confrontan estos marcos? Seleccionamos un caso de implementación de la atención a la salud reproductiva en una política en la que existe un contacto cercano y recurrente entre agentess y usuarios. Metodológicamente, la investigación fue construida por i) levantamiento de los principales repertorios socialmente disponibles sobre salud reproductiva y ii) entrevistas semiestructuradas con 32 agentes de primera línea de la Estrategia Salud de la Familia (médicas, profesionales de enfermería, agentes comunitarias de salud y profesionales multidisciplinarias). Los marcos mapeados fueron: natalismo; control de la población; Salud maternal e infantil; atención integral a la salud de la mujer; derechos individuales; derechos individuales y sociales. Los resultados muestran que estos repertorios están presentes entre los agentes, pero no son exclusivos ni presentados linealmente y navegan entre juicios de derecho y juicios de mérito. Estos son predominantes y culpan a las mujeres por desviarse de las expectativas sociales de género. El trabajo contribuye a estudios que conectan el plano de la calle con cuestiones sociológicas más amplias, al demostrar qué son y cómo se operan las racionalidades presentes en la primera línea del Estado sobre género y salud reproductiva.
Palabras clave: trabajo de primera línea; juicios; encuadres; género; salud reproductiva.

Gender between judgements of rights and deservingness: framings about reproductive health on the frontline of public services

This article analyzes the connection between framings on gender and reproductive health issues and the narratives operated by frontline workers in public services, seeking to answer the questions: how do framings on gender and reproductive health appear in the work context of these actors? To what extent do implementing agents' narratives reproduce or confront these frameworks? We selected a case of implementation of reproductive health care in a policy in which there is close and recurrent contact between agents and users. Methodologically, the research was constructed by i) mapping of the main framings on reproductive health and ii) semi-structured interviews with 32 frontline agentes of the Family Health Strategy (doctors, nursing professionals, community health workers and multidisciplinary professionals). The frameworks mapped were: natalism; population control; maternal and child health; comprehensive care for women's health; individual rights; individual and social rights. The results show that these repertoires are present among agents, but they are not exclusive or presented linearly and navigate between judgments based on rights and judgments based on deservingness. These are predominant and blame women for deviating from social expectations of gender. The work contributes to studies that connect the street level with broader sociological issues, by demonstrating the reasonings present in the front line of the State on gender and reproductive health and how they are operated.
Keywords: frontline work; judgements; framing; gender; reproductive health issues.

1. INTRODUÇÃO

Uma parte do campo de análise de políticas públicas tem se dedicado a estudar como valores e discursos articulam-se na formulação (Stone, 2012; Yanow, 2015). Um dos debates centrais nessa abordagem é sobre enquadramentos, isto é, como atores políticos retratam socialmente o que são problemas e questões de políticas públicas, para, potencialmente, propor soluções e buscar efetivá-las em espaços institucionais (Marcondes & Farah, 2022; Rein & Schön, 1996).

Mas a discussão sobre crenças, valores, ideias e preferências não se esgota em um nível macro ou apenas na fase de formulação de políticas públicas. Considerando o caráter altamente interativo e transformador da fase da implementação (Faria, 2012; Lotta, 2018), e a centralidade das trabalhadoras da linha de frente dos serviços públicos (Brodkin, 2015; Lipsky, 2010), parte da literatura tem se dedicado a compreender como esses elementos influenciam suas práticas (Epp et al., 2017; Harrits & Møller, 2014; Kern & Holbein, 2021; Lotta & Pires, 2020; Maynard-Moody & Musheno, 2022; Møller,

2009; Møller & Harrits, 2013; Pfaff et al., 2021). A partir daqui, usaremos o feminino para tratar de profissionais da linha de frente, em referência à maioria de mulheres entrevistadas nesta pesquisa e na linha de frente dos serviços públicos em geral.

Neste artigo, propomos uma aproximação entre as literaturas sobre enquadramentos e implementação para compreender como enquadramentos socialmente disponíveis repercutem entre as trabalhadoras da linha de frente dos serviços públicos. Tal proposta justifica-se porque estas agentes são a face mais visível do Estado para os cidadãos, já que são responsáveis por materializar a política pública no dia a dia (Dubois, 1999; Lipsky, 2010). Nesta tarefa, exercem discricionariedade, ao interpretar as situações que lhes são apresentadas e propor desfechos e encaminhamentos para elas (Hupe, 2013; Lipsky, 2010; Molander et al., 2012; Wallander & Molander, 2014).

Mas isso nem sempre resulta em tratamento justo e imparcial. Isso porque a discricionariedade é influenciada por diferentes fatores (Lotta, 2018) e seu exercício pode decorrer de respostas comportamentais das trabalhadoras a estímulos e restrições organizacionais (Brodkin, 2015; Lipsky, 2010), ou de influências resultantes da inserção social e cultural das trabalhadoras da linha de frente (Dubois, 1999; Maynard-Moody & Musheno, 2022). Em síntese, as desigualdades na implementação não se limitam aos potenciais efeitos da ação discricionária, mas são elas próprias constitutivas da decisão, na medida em que os repertórios socialmente reprodutores de desigualdades podem informar o exercício da discricionariedade (Lotta & Pires, 2019; Pires, 2019).

Assim, é importante compreender as racionalidades das agentes de linha de frente sobre questões sociais que envolvem desigualdades, considerando que estas lógicas orientam suas práticas potencialmente (re)produtoras de tratamentos desiguais. Os julgamentos são quadros mentais que as agentes navegam, levando em conta as diversas influências sociais e organizacionais a que estão expostas, para construir e justificar suas decisões discricionárias, que sempre se expressam como um tipo de raciocínio (Maynard-Moody & Musheno, 2022; Molander et al., 2012; Møller, 2022; Wallander & Molander, 2014). Os julgamentos podem tanto ser fundamentados em direitos (ou seja, quem tem direito a receber o que) como na lógica de merecimento (ou seja, quem merece receber o quê a partir de uma avaliação moral das agentes em relação às pessoas que atendem) (Maynard-Moody & Musheno, 2022; Møller, 2009).

Neste texto trabalharemos especificamente com a desigualdade de gênero, uma questão estrutural que tem recebido crescente atenção no campo de análise de políticas públicas (Farah, 2004), inclusive em análises sobre enquadramentos de gênero, mas que ainda é pouco estudada nos trabalhos sobre agentes da linha de frente (Durose & Lowndes, 2024; Marcondes et al., 2018; Marcondes & Farah, 2022; Rasmussen, 2011). A justificativa é a preocupação com a (re)produção de desigualdades de gênero na implementação de políticas públicas.

O caso analisado é o da atenção à saúde reprodutiva na implementação da Estratégia de Saúde da Família (ESF), programa em que há contato próximo e recorrente de agentes com pacientes. Em saúde reprodutiva, os principais eixos de atuação da ESF são contracepção, controle de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) e acompanhamento pré-natal. O caso é apropriado para a discussão, porque aborda reprodução, um tema central para o debate de gênero. Além disso, trata do Sistema Único de Saúde (SUS), que cobre cerca de 70% da população brasileira e é fundamental para o acesso de mulheres pobres e negras à saúde reprodutiva (Berquó & Lago, 2016; Olsen et al., 2018).

Assim, o objetivo deste artigo é analisar a conexão entre os enquadramentos sobre as questões de gênero e saúde reprodutiva, que circulam na sociedade e no debate público, e os discursos e

práticas operados pelas trabalhadoras da linha de frente de serviços públicos. Nossos principais questionamentos são: de que forma esses discursos aparecem no contexto de trabalho desses atores? Como e em que medida as narrativas de agentes de implementação reproduzem ou confrontam esse conjunto de enquadramentos mais amplos?

Nosso principal esforço é demonstrar quais racionalidades sobre gênero e saúde reprodutiva informam a atuação do Estado na implementação de políticas públicas, e como o fazem. Partimos da ideia de que é possível entrever questões macro a partir de uma análise no nível microssociológico (Dubois, 1999). Para tanto, realizamos i) levantamento dos principais enquadramentos sobre saúde reprodutiva, por meio de análise de documentos e produções sobre o tema; e ii) entrevistas semiestruturadas com agentes implementadoras da ESF em São Paulo: médicas, profissionais de enfermagem, Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) e integrantes das equipes multidisciplinares do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf).

O estudo é original, ao tematizar gênero na implementação de políticas públicas, e contribui, em primeiro lugar, ao oferecer um mapeamento empírico de julgamentos sobre o tema na linha de frente dos serviços públicos. Além disso, a análise mostrou que as agentes de linha de frente operam julgamentos de direitos e de merecimento que ecoam, em grande medida, os enquadramentos sobre gênero e saúde reprodutiva mapeados. Assim, o artigo demonstra, como outras análises, que as agentes de linha de frente fazem julgamentos que reproduzem desigualdades.

Mas os julgamentos não ocorrem de modo delimitado e coerente, como são os enquadramentos retóricos: as agentes navegam entre julgamentos de direito e de merecimento, isto é, as mesmas que argumentam em defesa dos direitos de escolha e liberdade condenam mulheres pela quantidade de filhos, pelo número de parcerias, entre outros aspectos. Isso revela a coexistência de perspectivas a que as agentes estão expostas social e organizacionalmente e que podem influenciar suas decisões discricionárias. Assim, o trabalho avança ao identificar que as agentes não são movidas exclusivamente por um tipo de racionalidade na (re)produção de desigualdades. As lentes teóricas de enquadramentos ajudam a iluminar como essas ideias são apresentadas e se articulam de modo intrincado na linha de frente, como os enquadramentos práticos.

2. IDEIAS, CRENÇAS E PERCEPÇÕES NA FORMULAÇÃO E NAS PONTAS

Partindo da crítica ao modelo racional de tomada de decisão em políticas públicas, uma parte da literatura tem argumentado que "fatos" e "verdades absolutas" são contestáveis, e o poder de persuasão e formatação de discursos é relevante na medida em que grupos interessados constroem e comunicam significados no debate público (Yanow, 2015). Nesse processo, a identificação e definição de questões e problemas torna-se central: não se trata somente de reflexo das experiências vividas, mas de construções sociais e políticas (Stone, 2012; Yanow, 2015).

Essas construções são cognitivas e classificatórias, ou seja, exigem "enquadramento" por parte dos atores políticos. Os enquadramentos são estruturas de crença, percepção e apreciação, que podem tanto ser tanto tácitas, implícitas, como intencionalmente advogadas (Rein & Schön, 1996). São parte da experiência humana, na medida em que servem para organizar e selecionar como percebem o mundo e, assim, torná-lo inteligível, explicável.

Os enquadramentos, normalmente, têm origem em quadros institucionais ou metaculturais mais amplos, e é importante compreendê-los em sua modalidade retórica (*rethoric framing*), isto é, num

formato ideal e coerente; e sua modalidade prática (*action framing*), que deriva de situações concretas de prática em políticas públicas e, por esse motivo, são mais opacos, difusos e misturados (Rein & Schön, 1996). Em outras palavras, para compreensão ou formatação de uma situação em particular, com frequência, há diversos enquadramentos possíveis, que se conflitam ou se complementam.

Rasmussen (2011), usando esses conceitos, ilustra a disputa por classificar ou não a contracepção como matéria de assistência à saúde nos Estados Unidos: a inclusão era defendida por perspectivas de assistência médica e de equidade de gênero e classe, enquanto a exclusão era construída por interesse de mercado, pauta religiosa ou moral. O exemplo mostra que uma tarefa importante é identificar, nomear e classificar os enquadramentos que concorrem em determinada temática de política pública, para entender como se apresentam enquanto retórica e prática.

Mais recentemente, o debate sobre percepções, crenças e valores saiu da esfera de compreensão apenas do âmbito da formação de agenda e formulação das políticas públicas para analisar também os fenômenos relacionados à implementação das referidas políticas. Isso ocorre junto ao reconhecimento de que a implementação não é mera execução de metas e objetivos previamente formulados, mas um processo altamente interativo, no qual decisões são tomadas (Faria, 2012; Lotta, 2018).

Agentes fundamentais na implementação, as trabalhadoras de linha de frente – ou Burocratas de Nível de Rua (BNR) – interagem diretamente com os cidadãos e cidadãs e têm poder substancial na execução de seu trabalho (Lipsky, 2010). Agentes da linha de frente efetivamente *fazem* as políticas públicas ao exercer a discricionariedade, que consiste na liberdade para agir. A discricionariedade é limitada e influenciada por diversos elementos individuais, organizacionais e sistêmicos (Hupe, 2013; Lipsky, 2010; Lotta & Santiago, 2017).

A literatura tem demonstrado que, muito além dos comandos e incentivos colocados pelas regras oficiais, condições de trabalho e gerências (Brodkin, 2015), trabalhadoras da linha de frente usam a discricionariedade com base em repertórios social e culturalmente adquiridos, assim como conhecimentos profissionais e convenções sociais (Harrits & Møller, 2011, 2014; Lotta, 2018; Maynard-Moody & Musheno, 2022; Musheno, 2022; Møller, 2009, 2016; Pfaff et al., 2021) . Por vezes, esses repertórios caminham no sentido da (re)produção de desigualdades (Pires, 2019), pois trabalhadoras da linha de frente são agentes socialmente inseridas, e suas decisões carregam marcas de suas trajetórias sociais e profissionais (Dubois, 1999). Em outras palavras, suas decisões não simplesmente acarretam desigualdades sociais (Brodkin, 2015; Lipsky, 2010), mas são elas próprias informadas – influenciadas, orientadas – pelas desigualdades existentes na sociedade (Lotta & Pires, 2019).

Diante disso, destacamos um aspecto do exercício da discricionariedade central para este trabalho: a dimensão epistêmica, que propõe compreender a discricionariedade como um modo de racionalidade, ou seja, aqui ela será expressa e analisada como um tipo de raciocínio operado na linha de frente (Molander et al., 2012; Wallander & Molander, 2014). Assim, em maior ou menor medida, trabalhadoras da linha de frente usam regras, conhecimentos pessoais, conhecimentos profissionais e convenções sociais para interpretar e dar sentido ao que encontram no seu cotidiano de trabalho (Molander et al., 2012; Møller, 2022; Wallander & Molander, 2014). Logo, estas operam *julgamentos,* baseados nesses diferentes repertórios, bem como nas condições que têm para exercer seu trabalho (Maynard-Moody & Musheno, 2022).

Portanto, o caráter epistêmico, de julgamento, é central no trabalho da linha de frente. Os julgamentos são "quadros" ou "mapas mentais" utilizados para navegar as incertezas e tensões entre regras, valores, crenças e expectativas sociais – e para categorizar e valorar os usuários dos serviços

(Harrits & Møller, 2011; Maynard-Moody & Musheno, 2022; Møller, 2009; Pfaff et al., 2021). Nessa tarefa interpretativa, as agentes da linha de frente podem operar julgamentos fundados tanto numa lógica de "merecimento" como numa lógica de "direito" (Maynard-Moody & Musheno, 2022; Møller, 2009).

Essas lógicas guardam relação com o que é mais considerado ou tem mais peso, para a agente de linha de frente, na justificativa e construção de suas decisões discricionárias: as regras e os comandos formais da política pública que implementam, ou as avaliações morais que fazem a respeito de identidades e comportamentos dos usuários dos serviços, com base em repertórios socialmente adquiridos (Harrits & Møller, 2011; Maynard-Moody & Musheno, 2022; Pfaff et al., 2021). Nesse sentido, a depender das lógicas usadas pelas agentes de linha de frente para julgarem os usuários, a política implementada tem potencial de confrontar ou (re)produzir desigualdades, inclusive no sentido oposto ao pretendido pela política pública originalmente (Pires, 2019).

Na medida em que as racionalidades operadas pelas agentes de linha de frente podem ser influenciadas por distintas lógicas, elas podem ser permeadas por diferentes elementos, como estereótipos de classe (Harrits, 2019), preconceitos raciais (Epp et al., 2017), convenções sociais sobre comportamento e normalidade (Harrits & Møller, 2014; Møller & Harrits, 2013; Ziegler & Bozorgmehr, 2024), questões de gênero (Bisgaard & Pedersen, 2022; Pedersen & Nielsen, 2020) e lógicas profissionais (Møller, 2022). Neste artigo buscaremos analisar um desses processos: as questões de gênero. A literatura mostra que no trabalho da linha de frente as questões de gênero geram práticas de diferenciação moral, construindo expectativas sociais de comportamento para homens e mulheres (Bisgaard & Pedersen, 2022; Pedersen & Nielsen, 2020; Siblot, 2006a). Esses traços estão socialmente ancorados em duplos padrões para homens e mulheres, ou em expectativas de comportamento estereotipadas (Bisgaard & Pedersen, 2022; Pedersen & Nielsen, 2020; Siblot, 2006a).

Apesar de alguns trabalhos olharem para a questão de gênero na linha de frente, este campo ainda é bastante incipiente e tem diversas lacunas (Durose & Lowndes, 2024). A primeira é a falta de estudos empíricos que compreendam como questões de gênero permeiam o cotidiano de trabalho da linha de frente. A segunda é a compreensão de como as questões de gênero fundamentam julgamentos das agentes da linha de frente e em que medida elas se sustentam em padrões profissionais e das políticas públicas ou em padrões socialmente estruturantes.

Nesse sentido, a aproximação com a literatura de enquadramentos é proveitosa, na medida em que nos ajuda a compreender como as questões sociais mais amplas repercutem nos microprocessos cotidianos. O exercício de fazer mapeamento de perspectivas concorrentes é bastante comum em análises de enquadramento, inclusive sobre o tema de gênero (Marcondes et al., 2018; Marcondes & Farah, 2022; Rasmussen, 2011).

Além disso, essa literatura pode ajudar a compreender como os julgamentos das agentes de linha de frente são construídos, pois ao compará-los com os enquadramentos sociais mais amplos compreenderemos se as agentes reproduzem ou confrontam essas visões e como o fazem. Ecoando a noção de enquadramento retórico e enquadramento prático, torna-se possível qualificar a relação delas com essas visões de mundo (completa, parcial, ambígua, coerente, contraditória etc.) (Rein & Schön, 1996).

3. CONTEXTUALIZANDO A SAÚDE REPRODUTIVA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Para compreender os julgamentos sobre gênero das agentes de linha de frente, escolhemos analisar a atenção à saúde reprodutiva na ESF, programa que faz parte da Atenção Primária à Saúde (APS), cuja provisão cabe principalmente aos municípios, embora haja regulação e financiamento federais. A APS tem uma proposta de atendimento ambulatorial, orientado para prevenção e promoção de saúde e para a realização de procedimentos de baixa complexidade, de acordo com os princípios orientadores de universalidade, equidade e integralidade. Cada Unidade Básica de Saúde (UBS) – unidade da rede que implementa a APS – tem uma área de abrangência territorial definida. A ideia é a promoção de vínculos entre equipes e populações presentes no território. Enquanto principal porta de entrada da rede de saúde, a APS deve cobrir maior parte dos problemas de saúde da população, encaminhar para atendimentos especializados e de maior complexidade (referência) e fazer acompanhamento após procedimentos em outros níveis de atenção (contrarreferência).

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017), a ESF é prioritária para expansão, consolidação e organização da APS e do SUS. Trata-se de um programa que busca aproximação das políticas de saúde dos diversos contextos sociais no território, ao buscar ativamente seus usuários por meio das equipes de saúde da família. Cada equipe é responsável por uma subdivisão da área de abrangência da unidade, considerando critérios de cobertura populacional que, em média, atribuem a cada uma delas 200 famílias.

A composição da equipe é multiprofissional e tem pelo menos uma médica (generalista, médica da ESF), uma enfermeira, uma auxiliar ou técnica de enfermagem e de quatro a seis ACS. Estas vivem nas comunidades em que trabalham e são os contatos mais frequentes com as famílias no território. Em algumas UBS, como as desta pesquisa, também existe o Nasf, uma equipe multiprofissional e interdisciplinar, complementar à ESF, composta por diferentes especialistas de variadas áreas como psicologia, terapia ocupacional, educação física, serviço social, entre outras.

O foco em saúde reprodutiva é um dos diversos possíveis recortes de atenção na APS e ESF em São Paulo. Chamamos de "saúde reprodutiva" os diversos aspectos relacionados à reprodução humana e ao cuidado que a cerca. De acordo com os incisos do art. 3º da Lei nº 9.263/1996, consiste em: assistência à concepção e contracepção; atendimento pré-natal; assistência ao parto, ao puerpério e ao neonato; controle das doenças sexualmente transmissíveis; controle e prevenção dos cânceres cérvico-uterino, de mama e de pênis. Ou seja, a escolha do caso da saúde reprodutiva é compreendida aqui como um "caso crucial" para apreender narrativas e julgamentos sobre gênero (Gerring, 2008).

Neste trabalho, olhamos principalmente a concepção e contracepção, o controle de ISTs e atendimento pré-natal, uma vez que a assistência ao parto é, tipicamente, objeto de atenção hospitalar. Por sua vez, as questões relacionadas à prevenção de câncer apareceram pouco na pesquisa de campo, geralmente como parte de ações amplas de "saúde da mulher" e "saúde do homem". Narrativas sobre puericultura e vacinação de crianças também foram consideradas, pois envolvem direitos reprodutivos relacionados à maternidade e paternidade. Ainda, foram cobertos alguns tópicos específicos, como o aborto e a entrega para adoção, temas para os quais é prevista atuação de acolhimento e orientação pela APS em São Paulo.

4. METODOLOGIA

A primeira parte da pesquisa mobilizou análise de documentos e produções de diversas áreas do conhecimento – estudos populacionais e demográficos, autoras feministas, direitos humanos, saúde – para mapear enquadramentos sobre saúde reprodutiva. Os documentos analisados foram leis, protocolos, cartilhas e diretrizes voltados à saúde sexual e reprodutiva no âmbito da APS (Anexo A). Já as produções foram escolhidas com base na leitura de alguns artigos e capítulos centrais sobre o tema, que levaram a outras referências importantes para compreensão dos principais debates a respeito de saúde reprodutiva. Todo o material analisado encontra-se devidamente referenciado na seção seguinte, na qual descrevemos os enquadramentos mapeados.

A análise documental permitiu contextualizar a saúde sexual e reprodutiva na APS, assim como o espaço para ação das agentes de linha de frente nesse âmbito. Nesse processo, notamos que existem alguns conteúdos vagos ou ambíguos nas diretrizes, por exemplo, comandos genéricos, que não especificam condutas ou responsáveis (Matland, 1995). Os comandos de "informar", "orientar" e "educar" são muito frequentes nas normativas que tratam de contracepção, pré-natal e prevenção a ISTs. Contudo, eles não especificam formatos e conteúdo, só dizem que podem ser feitos individualmente ou em grupo. Ademais, eles são comumente direcionados "às equipes" ou "a qualquer profissional da saúde vinculado ao SUS", sem especificar a quem cabe cada tarefa. Esse aspecto significa uma margem significativa para as agentes preencherem o que significa "informar, "orientar" e "educar" usando sua discricionariedade.

Por sua vez, as produções analisadas ajudam a compreender de onde vêm essa vagueza e ambiguidade, ao abordar discussões e relatos sobre a construção das políticas públicas de saúde reprodutiva, sobretudo no Brasil. De acordo com esses textos, essas políticas públicas são resultado da disputa entre os seguintes enquadramentos: i) controle populacional; ii) natalismo religioso; iii) lutas feministas pelos direitos reprodutivos (perspectivas de direitos individuais e de direitos individuais e sociais); iv) saúde (perspectivas de saúde materno-infantil e saúde integral da mulher). Essas expressões são mencionadas pelos diversos autores lidos para explicitar as principais disputas e os conflitos entre ideias, valores e cursos de ação defendidos – isto é, entre *enquadramentos* – para os temas relacionados à saúde sexual e reprodutiva.

A segunda parte da pesquisa consistiu em pesquisa de campo, com realização de entrevistas semiestruturadas em duas UBS em regiões distintas na cidade de São Paulo, em que pese não fazermos comparação. Uma das UBS fica em um distrito da região centro-oeste, com bons indicadores socioeconômicos (UBS A), enquanto a outra fica em um distrito do extremo sul, com indicadores socioeconômicos ruins (UBS B). Contudo, ambas implementam a ESF, o que significa que ambas têm uma atuação significativa com o público vulnerável. Foram entrevistadas 32 agentes, cuja caracterização encontra-se detalhada no Anexo B.

Destacamos que, entre as pessoas entrevistadas, 31 eram mulheres, com apenas 1 homem; e que a composição racial era de brancas (17), pretas ou pardas (14) e amarela (1). Após autorização do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (sob Parecer Consubstanciado n.º 5.372.298), assim como das gerentes das UBS, a seleção das pessoas entrevistadas aconteceu com base na disponibilidade de participar da pesquisa, considerando o critério prévio de falar com diferentes ocupações. Todas as entrevistas foram consentidas por meio de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), tiveram duração de cerca de uma hora, foram gravadas por meio de aplicativo de gravação e transcritas manualmente.

O método empregado possibilitou acessar as narrativas relacionadas ao cotidiano de trabalho com saúde sexual e reprodutiva e as racionalidades mobilizadas sobre gênero. As perguntas foram feitas de modo a estimular o compartilhamento de experiências, casos que tenham acontecido e que se relacionam com o tema, com inspiração em outros trabalhos que empregam narrativas para estudar burocracias e trabalhadoras da linha de frente (Lotta & Pires, 2020; Maynard-Moody & Musheno, 2022). Trabalhar com narrativas ajuda a revelar valores, racionalidades empregadas e motivações para ações de agentes da linha de frente. Adotamos, assim, a perspectiva de narrativas como agência, na medida em que elas contêm reivindicação de como as coisas são e como deveriam ser (Maynard-Moody & Musheno, 2022). O roteiro utilizado (Anexo C) foi proposto com base na experiência das autoras em outras pesquisas envolvendo a atenção básica em saúde e burocracia de nível de rua, que serviram como pesquisa de campo preliminar. Ao compor uma investigação mais ampla, o roteiro abordou também aspectos organizacionais não discutidos neste artigo (Miranda, 2021).

Para esta análise, inicialmente, mapeamos todos os conteúdos que contêm considerações sobre usuárias e usuários do serviço, assim como sobre temas relevantes para a saúde reprodutiva. Em que pese nosso objetivo de comparar os enquadramentos inicialmente mapeados com o conteúdo das entrevistas, nós somente fizemos essa aproximação na etapa final da codificação, de modo que o processo de análise tenha sido abdutivo. Em resumo, nós fizemos uma codificação aberta e, após agrupamentos sucessivos, conseguimos apreender se e como o conteúdo das narrativas de linha de frente estava alinhado aos enquadramentos (Charmaz, 2006).

Em primeiro lugar, fizemos uma codificação aberta para compreender o conteúdo valorativo que emergiu das falas e reflexões das agentes. Os códigos decorrentes dessa etapa não se restringiram a descrever o conteúdo, mas a apreender o preenchimento de sentido, os valores veiculados pelas agentes – numa estratégia de codificação interpretativa, isto é, de apreensão dos imperativos subjacentes à narrativa (Maynard-Moody & Musheno, 2022; Soss, 2015). Por exemplo, em uma narrativa na qual a agente reprove as atitudes de uma adolescente que vai ao baile funk para conhecer eventuais parceiros para se relacionar, a codificação foi "*julgamento – adolescente não deve ter vida sexual*".

Ao todo, foram registrados 75 subcódigos de julgamentos que reunimos, em primeiro lugar, de acordo com seu conteúdo. Por exemplo, julgamentos como "*mulheres devem escolher seu método contraceptivo*" e "*Estado não deveria decidir critérios para a mulher fazer laqueadura*" foram reunidos no código "*Julgamento – defesa da escolha e autonomia da mulher*". Ao todo, foram 13 códigos de agrupamento. Em seguida, em uma estratégia de codificação axial, esses códigos foram reunidos de acordo com os enquadramentos mapeados. Nesta etapa, notamos que quase todos os enquadramentos estavam presentes nas falas das agentes e, ainda, que dois grupos de julgamentos tinham contornos distintos daqueles inicialmente mapeados. Desse modo, nós identificamos outras duas perspectivas mais amplas sobre saúde reprodutiva, que se somaram aos enquadramentos: *ideal de comportamento* e *posição social*.

Por fim, a última etapa de codificação envolveu a análise dos enquadramentos (e perspectivas emergentes) como julgamentos de direitos ou de merecimento, em diálogo com as nossas lentes teóricas que discutem os julgamentos pela burocracia de nível de rua. Todo o processo de codificação encontra-se registrado no Anexo D. Nas seções seguintes, expomos e discutimos os resultados decorrentes dessa análise.

4.1 Aproximando enquadramentos e julgamentos

4.1.1 Enquadramentos sobre saúde reprodutiva

A análise dos documentos e produções resultou, como mencionado, em quatro tipos de enquadramento: natalismo religioso; controle populacional; direitos reprodutivos; e saúde, sendo que os dois últimos se subdividem em dois, como explicaremos adiante. O primeiro foi o *natalismo*. Historicamente, posicionamentos religiosos reforçam o ideal de família que surgiu na Modernidade, tradicionalmente pregado por grupos hegemônicos cristãos, principalmente entre católicos e protestantes (Baxandall & Gordon, 2005).

Sempre em defesa "*da família*", esse enquadramento alude a um modelo de família tradicional: heterossexual, monogâmica e que procria. Nós o chamamos de "natalista", porque tem na defesa da maternidade compulsória um núcleo argumentativo. Outra fundamentação importante é a de "*defesa da vida*", que ganhou força, em fins da década de 1970, com a ascensão de governos conservadores em todo o mundo, em reação às conquistas dos grupos de mulheres em matéria de contracepção e aborto nas décadas anteriores (Baxandall & Gordon, 2005). Posicionamentos natalistas estão presentes no debate público e legislativo sobre contracepção e aborto, por exemplo, na Assembleia Nacional Constituinte de 1987-1988, trazendo-nos ao atual cenário, em que alguns direitos foram reconhecidos, mas ainda há lacunas significativas (Ávila, 2019; Barsted, 1992; Pitanguy, 2019; Rocha, 1993).

O segundo enquadramento encontrado é o do *controle populacional*, que nasce no debate sobre políticas de população. Com inspiração neomalthusiana, na sequência da Segunda Guerra Mundial, traduzia-se em pressões para que países mais pobres adotassem políticas de redução da fecundidade, sob a justificativa de que o aumento populacional elevado inviabilizava o desenvolvimento econômico das nações "subdesenvolvidas" (Osis, 1994; Rocha, 1993).

Frequentemente, o enquadramento de controle populacional tem cunho eugenista e racista, numa hierarquização de populações capazes ou não de criar seus filhos e se desenvolver plenamente, o que não se voltava somente aos países pobres, mas também para as populações "incapazes" dentro dos países (Davis, 2016). São exemplos as intervenções massivas de esterilizações cirúrgicas forçadas ou mal-informadas em mulheres negras e migrantes no Brasil e nos Estados Unidos (Ávila, 2019; Barsted, 1992; Davis, 2016). Esse enquadramento prega responsabilização individual de mulheres pelo tamanho da família, como se as pertencentes aos estratos mais pobres tivessem obrigação moral de ter menos filhos.

Para Ávila (2019, p. 165), controlismo e natalismo são "as duas faces de uma mesma moeda", no sentido de ambos atentarem contra a *liberdade de escolha das mulheres*, outro enquadramento importante no debate sobre saúde reprodutiva, enquanto parte dos direitos sexuais e reprodutivos reivindicados pelos movimentos feministas. Esse enquadramento tem como centro a reivindicação da maternidade voluntária e direito à abstenção sexual, na primeira onda do feminismo. Outro aspecto fundamental são as discussões e propostas, entre os anos 1960 e 1970, de alternativas sobre parto e medicalização da gravidez, combate à violência doméstica e sexual, assim como a campanha pelos direitos reprodutivos, com reivindicações pelo direito ao aborto e à contracepção em sentido amplo (Baxandall & Gordon, 2005). Ainda, o enquadramento envolve o combate à exaltação da feminilidade e a luta por autonomia reprodutiva, como forma de reivindicar que mulheres possam estudar, trabalhar e fazer escolhas sobre seus próprios corpos.

Uma das críticas traz que as movimentações em torno desse enquadramento são majoritariamente brancas, tanto na composição como na falta de sensibilidade às necessidades das mulheres pobres, negras e migrantes (Baxandall & Gordon, 2005; Biroli, 2018; Biroli & Miguel, 2015; hooks, 1984). Ao contrário de maternidade compulsória, elas foram alvo de campanhas eugenistas e de controle populacional ao longo da história (Ávila, 2019; Barsted, 1992).

Além disso, muitas vezes o aborto não significa, para mulheres pobres e negras, uma expressão de liberdade sobre o próprio corpo, mas uma alternativa desesperada à falta de proteção social e amparo à maternidade, dadas as suas condições socioeconômicas extremamente adversas e a exposição à violência (Davis, 2016). Isso, inclusive, é o que leva as mulheres jovens, negras e de classes populares a serem as que mais sofrem com problemas de saúde em decorrência da realização de abortos inseguros (Lima & Cordeiro, 2020; Ribeiro, 2020).

De um modo geral, as reflexões construídas pelo feminismo negro sobre direitos reprodutivos buscam situar a questão da escolha e autonomia das mulheres nas dinâmicas socioeconômicas e raciais. Assim, simplificando a miríade de posições dos pensamentos e movimentos feministas, mapeamos dois enquadramentos principais para os direitos das mulheres: um que foca na dimensão individual, de escolha e autonomia, com foco em liberdade e direito ao próprio corpo; e outro que incorpora a dimensão social ao considerar as imposições da posição socioeconômica e do racismo sobre a saúde sexual e reprodutiva das mulheres e reivindicar "*justiça reprodutiva*".

Por fim, também encontramos o enquadramento da questão na área da saúde, o principal eixo que informa a discussão sobre reprodução no âmbito do SUS. Um primeiro enfoque, predominante no século 20, trata das ações e intervenções para as mulheres-mães, ecoando preocupações sobre pobreza na infância, e resulta em programas de saúde para mulheres com abordagem "*materno-infantil*" (Osis, 1994). De uma perspectiva crítica, esse enquadramento remete a uma identidade social construída em torno da maternidade, diferentemente dos homens, que são considerados por seu valor como indivíduos (Osis, 1994). A lógica é que a saúde das mulheres mereça atenção somente em razão da função reprodutiva.

A partir dos anos 1960 e 1970 houve uma tensão do foco materno-infantil em direção à "*atenção integral à saúde da mulher*", numa abordagem que deixava de se centrar exclusivamente na reprodução, atentando para todos os possíveis problemas de saúde da mulher, que podem ou não estar relacionados com ginecologia e obstetrícia (Correa, 1993; Osis, 1994). Um marco, nesse sentido, é o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), editado em 1983 com apoio dos movimentos de mulheres.

QUADRO 1 ENQUADRAMENTOS MAPEADOS SOBRE SAÚDE REPRODUTIVA

Enquadramento	Síntese dos principais conteúdos
Natalismo cristão	Maternidade compulsória em defesa "da vida" e "da família", em oposição à contracepção e ao aborto.
Controle populacional	Ideias com fundamento racista, eugenista e elitista de que algumas pessoas são menos aptas do que outras a terem filhos.
Direitos das mulheres	Direito individual, direito de liberdade, autonomia sobre o próprio corpo.
	Além dos aspectos de liberdade, consideração das diferenças de posição social entre mulheres e reforço do componente de justiça social na efetivação desses direitos, levando em conta, por exemplo, dimensões de raça e classe.
Saúde	Saúde materno-infantil: preponderância dos direitos e interesse da criança. Olhar para a mulher-mãe como reprodutora e responsável pela saúde da criança.
	Atenção Integral à Saúde da Mulher (AISM): integração das questões de saúde relacionadas à reprodução ao conjunto de atravessamentos da saúde da mulher, não somente biomédicos, mas também psicológicos e sociais.

Fonte: Dados da pesquisa.

Observa-se, pela análise documental, que as leis e políticas públicas direcionadas à saúde reprodutiva incorporam, sobretudo, os enquadramentos de direitos da mulher e de saúde – como resultado das reivindicações dos movimentos de mulheres em todo o mundo (Barsted, 2001; Baxandall & Gordon, 2005; Pitanguy, 2019) –, ainda que nem sempre possam ser consideradas como "políticas de gênero", no sentido de terem compromisso explícito com a transformação das relações de gênero (Marcondes et al., 2018). Evidentemente, as regras não são livres de negociações e conflitos e, assim, expressam o consenso possível para os distintos enquadramentos em disputa (Ávila, 2019; Barsted, 1992; Matland, 1995; Osis, 1994; Pitanguy, 2019; Rocha, 1993). É importante destacar que os enquadramentos têm relação entre si e, muitas vezes, são mobilizados de modo entrelaçado nos discursos mais amplos (enquadramentos práticos). A nossa análise buscou destacar o núcleo argumentativo (enquadramentos teóricos) de cada um deles para possibilitar o mapeamento e, em seguida, a comparação com os julgamentos na linha de frente.

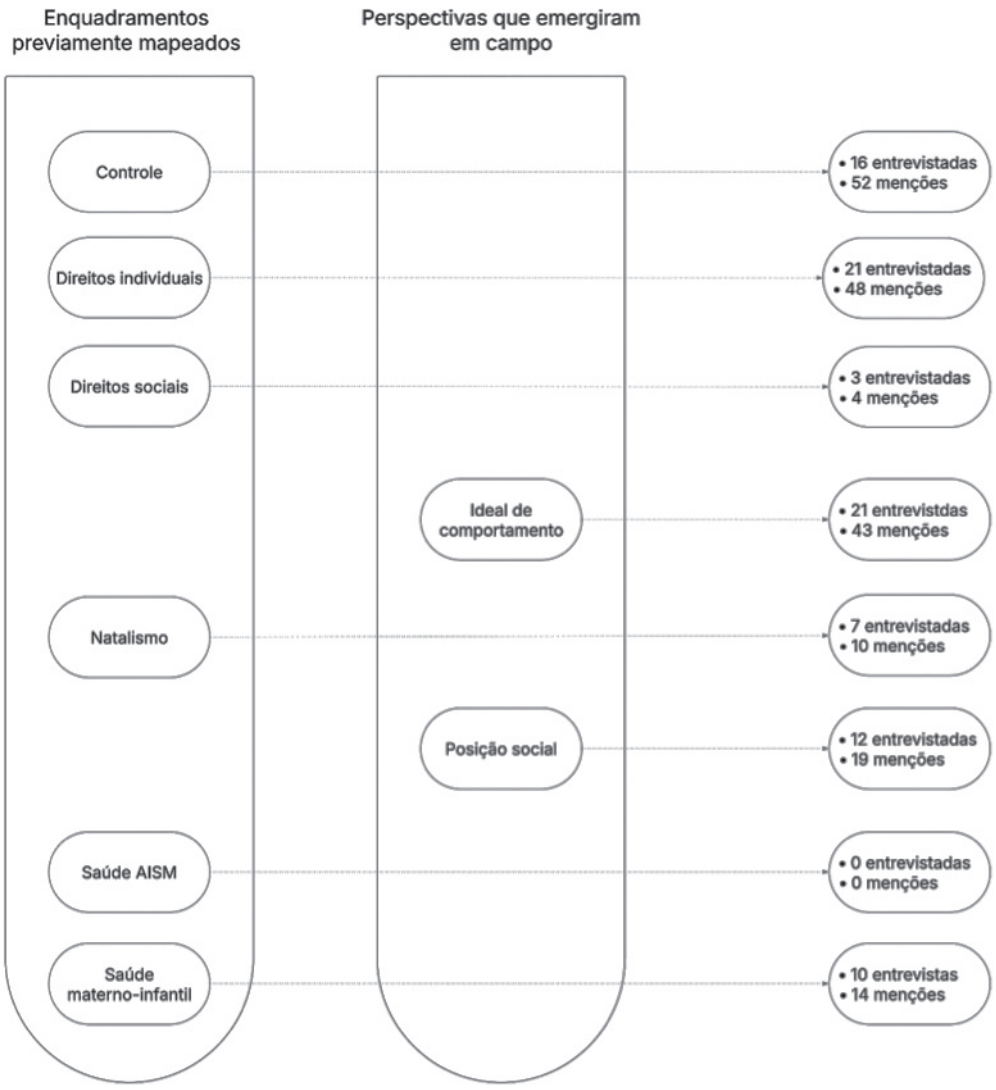
4.1.2 Julgamentos sobre saúde reprodutiva expressos nas narrativas locais

Aqui apresentamos em que medida, com base nas entrevistas com as agentes da linha de frente, vemos uma reprodução dos enquadramentos mais gerais descritos anteriormente. A análise das entrevistas nos permite perceber que os enquadramentos mapeados sobre saúde reprodutiva estão presentes nos julgamentos das agentes de linha de frente, à exceção do que trata de AISM. Isso não significa que uma prestação de saúde na perspectiva integral não esteja sendo oferecida – uma vez que protocolos e normas de cuidado integral são cotidianamente postos em prática. Contudo, revela que esta não é

uma crença ou um valor que as trabalhadoras de linha de frente carregam como motivação para suas práticas de modo destacado das regras e dos protocolos.

Os demais enquadramentos foram identificados, entre as agentes, com destaque para a grande quantidade de menções e entrevistadas para as perspectivas de controle e direitos individuais. Os outros aparecem com menos disseminação. Além disso, registramos duas novas perspectivas, que destacamos separadamente porque não foram antevistas no levantamento de enquadramentos: ideal de comportamento, bastante frequente – e posição social, conforme Figura 1 a seguir.

FIGURA 1 ENTREVISTADAS E MENÇÕES POR ENQUADRAMENTOS MAPEADOS E PERSPECTIVAS EMERGENTES



Fonte: Elaborada pelas autoras a partir de codificação de dados no software NVivo (2022).

As quantidades não têm pretensão de generalização e servem somente para ilustrar a relevância ou recorrência das perspectivas. Interessa-nos, sobretudo, discutir seus conteúdos, *como* elas apareceram em campo.

No caso da perspectiva de *controle*, as agentes têm a noção de que algumas pessoas são mais aptas do que outras à maternidade. Os principais focos de inaptidão são a adolescência e a pobreza. No primeiro caso, predomina uma visão de irresponsabilidade generalizada e necessidade de tutela, pelo uso de anticoncepcionais específicos – como a injeção trimestral ou o *Implanom* – ou limitação da vida sexual pelos pais. No segundo caso, as agentes deploram a "falta de planejamento" das mulheres pobres, especialmente das que *já têm muitos filhos*, são *desorganizadas* ou que *só têm filhos para ter aumento no benefício de transferência de renda (M3B)*.

> O desafio é a pessoa se conscientizar. Tem mulher que tem quatro, cinco filhos, condições mínimas de educação financeira e está fazendo mais filho. Então parece que a pessoa não se conscientiza. Que não é ela que sofre, são as crianças. Tem esse desafio: a gente marca a consulta, encaixa ela no planejamento familiar, a pessoa some. Daqui a pouco aparece pra fazer um Preg, dá positivo, falo: tá vendo, olha só, você não veio (AE2A).

Outro foco é a perspectiva que enfatiza a *posição social* como um problema. Nesse caso, as trabalhadoras articulam a falta de escolaridade de pacientes, sobretudo mulheres, assim como uma suposta desinformação proposital – causada por desinteresse em saber mais sobre corpo e reprodução – e consequente recusa em aderir ao serviço. Excepcionalmente, a não adesão é atribuída a "pacientes ricas" ou "gestantes com convênio", por não valorizarem o SUS e as agentes.

> Muitas vezes elas usam errado. Ficou três dias sem usar, "ah, posso continuar usando", "ah, posso tomar dois por dia". Sabe? Umas coisas que... uma pessoa mais esclarecida, com nível superior não vai ter, porque pega a bula, lê a bula. E aí às vezes a gente pega umas coisas absurdas (M3B).

> A sala de vacina não tem problema nenhum, só que as pacientes são mais aquelas pacientes riquinhas, que vêm aqui cheia de não me toque. Aí ela vem com a carteirinha e o pedido médico, aí fala: "eu quero dar essa vacina e essa vacina". Aí, você olha no calendário e tem mais um monte de vacinas atrasadas e vacinas que precisa dar. "Não, eu não quero, o pediatra não permitiu". Isso me dá um nervoso (AE1A).

A falta de adesão aparece, ainda, como elemento importante da perspectiva *materno-infantil*, que expressa visão de que a saúde das mulheres atende, principalmente, às necessidades da gestação, ao condenar as *grávidas que não se cuidam* e prejudicam as crianças, em especial as gestantes adolescentes. Um exemplo nesse sentido é a fala de uma ACS, que se chocou com o fato de que uma gestante queria entregar a criança para a adoção e não fazia acompanhamento nos moldes do serviço:

> Ela era uma paciente que eu acho que ela tinha algum transtorno mental, ela era bipolar, alguma coisa. Ela não tinha um diagnóstico, né, porque ela não se considerava assim, mas toda vez que eu fazia visita, ela sempre se contradizia no que ela falava, e aí ela ficou grávida [...] ela não abriu o pré-natal, eu acompanhava ela como gestante, mas não com o pré-natal aberto. Ela não fez

> nada direito, ela fez tudo por fora. Eu acompanhava e perguntava se ela estava fazendo exames e alguma coisa, mas ela era muito evasiva, ela não dava respostas certas [...] e ela nunca demonstrou afeto ou vontade de acompanhar. Acho que ela fez alguns ultrassons por pedido da família que iria adotar, mas ela não falava para mim do bebê, não tinha amor, não queria de jeito nenhum. Tentei conversar, falei assim: "olha, mas é importante você fazer o pré-natal, mesmo que você não queira, porque a criança não tem nada a ver, para que a criança nasça saudável. E o que você vai fazer com ela, se você não quer? Eu acredito que por mais que você não queira... você teria métodos de prevenir, mas já que aconteceu, se você quer dar, é melhor que você dê pra uma pessoa que vá cuidar, do que você maltratar, mas então faça um planejamento tudo bonitinho, faça o pré-natal". Mas ela não... Ela falava umas coisas [...]. E aí esse foi o caso assim mais anormal, porque nunca, nesses seis anos que eu trabalhei, nunca ninguém quis abortar. Todo mundo na verdade sempre ficou feliz, né, em saber que tava gestante porque era uma coisa que queria, mas ela foi o caso, assim, mais espantoso assim que eu tive (ACS3B).

Quanto à perspectiva *natalista*, o foco principal consiste na condenação – expressa ou implícita – a abortos de que tiveram conhecimento ou supõem que tenham sido provocados.

> Uma paciente minha relatou bem escancarado pra mim. Ela falou assim: "Eu acho que eu tô grávida". E ela já tem duas filhas do primeiro casamento. E ela falou para mim "eu vou abortar essa criança, porque não quero ter; eu não queria ter engravidado e vou abortar essa criança". E aí a gente fez um trabalho muito legal com essa menina. Explicamos tudo o que poderia acontecer com ela, explicamos também que a criança não tinha nada a ver com isso, porque ela poderia ter se prevenido. Porque a gente tem várias formas de prevenção aqui, se ela não quer usar, se o parceiro não quer usar camisinha masculina, tem a feminina. Aqui no posto tem, eles não precisam se preocupar. "Ah, eu não tenho dinheiro pra comprar camisinha", mas aqui tem; "eu não tenho dinheiro pra comprar o remédio", mas aqui tem. Poderia ter feito o planejamento familiar, mas não quis (ACS1B).

Nesse ponto, uma perspectiva relacionada e bastante recorrente é a que veicula um *ideal de comportamentos adequados* para mulheres e meninas, especialmente no que diz respeito a lazer, número de parceiras(os) ao longo da vida e, ainda, no papel de cuidadoras ou responsáveis exclusivas pela contracepção e prevenção.

> Mas eu acho que hoje um dos problemas são essas gestantes que acabam não fazendo o acompanhamento devido, mesmo com toda a equipe em cima; tanto os agentes quanto os auxiliares, os enfermeiros, os médicos, todo mundo atrás delas. Às vezes é até um pouco relacionado... algumas, não todas, a drogas. Às vezes, infelizmente, o baile funk tá aí e aí acontece... algumas mães que engravidam lá. E aí não sei se não aceita a gestação ou não, ou não queria, mas também não se preveniu, né? Porque muitas delas "ah, não vou usar camisinha", né, mas aí tem mais de um parceiro (ACS 1B).

Nós distinguimos esse enquadramento do natalista porque, embora ambos tenham a ver com papéis esperados para cada gênero, as expectativas do natalismo são relacionadas ao formato da família

e à "defesa da vida", traduzida principalmente na cobrança de que mulheres não tenham direito à escolha sobre a maternidade. Já no caso do ideal de comportamento as expectativas têm a ver com o papel feminino no cuidado com filhos e na responsabilidade pela contracepção e prevenção a ISTs. Nesse sentido, muitas das narrativas culpabilizam mulheres e meninas por engravidar e contrair doenças, sem o contraponto da responsabilidade de homens e das limitações das políticas públicas de prevenção, como enfatizado na fala de uma enfermeira:

> E eu acho isso... essa maior diferença, assim, entre a gente. Porque eu acho que é isso, eu sempre tive essa noia de "Não, não posso engravidar. Eu vou sempre me cuidar, não quero engravidar, não quero". E é uma coisa que eu fico pensando: "Poxa, como que as pessoas não se cuidam? Todo mundo sabe como acontece. Como que foi sem querer? Como que não se cuidou? Não sabe que ter relação sem camisinha vai engravidar?". Entendeu? Então eu me vejo diferente nesse aspecto, que é uma coisa que eu sempre me preocupei (E1A).

Por fim, também identificamos em campo narrativas que expressam *adesão aos direitos das mulheres*, como exemplificado no trecho a seguir:

> Uma coisa que eu acho que deveria colocar mais em relação a isso daí: a gente vê muito da mulher, a gente não vê muito do homem. Como se só o corpo da mulher fosse responsável por engravidar, ou dela segurar o filho depois que ela tem, ou tipo de doenças sexuais; elas ainda são tarjadas nisso daí. Acho que deveria ainda levantar a bandeira do homem também, quebrar esse tabu machista (ACS2A).

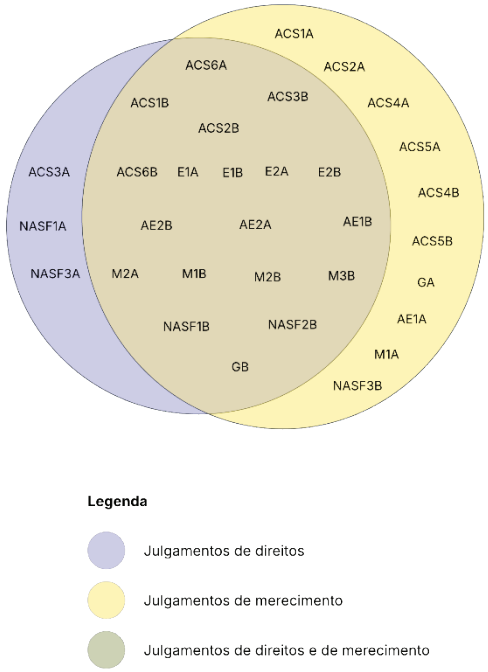
Mas as falas de *perspectiva individual* – focadas principalmente em autonomia da mulher e liberdade de escolha, e que passam também por igualdade de gênero dentro das famílias e denúncia de tabus sociais e religiosos – foram muito mais frequentes do que as narrativas que colocam as *necessidades socioeconômicas* das mulheres no centro. Nesse ponto, é importante enfatizar que não foram mapeadas, nas entrevistas, perspectivas que levem em conta o perfil racial das mulheres.

4.2 Navegando entre julgamentos de direitos e julgamentos de merecimento

As noções sociais mais amplas sobre gênero e saúde reprodutiva foram, em sua maioria, identificadas nos julgamentos das agentes da ESF, ainda que com incidência distinta, ou seja, os enquadramentos retóricos ecoam e são reproduzidos na prática cotidiana de implementação da atenção à saúde reprodutiva.

Se dividirmos os enquadramentos entre perspectivas mais e menos comprometidas com direitos – isto é, julgamentos fundados em direitos ou julgamentos fundados em repertórios de merecimento (Maynard-Moody & Musheno, 2022; Møller, 2009) –, temos, de uma parte, direitos individuais, direitos sociais e AISM; e, de outra, controle, natalismo, comportamentos ideais de gênero e saúde materno-infantil. Como se nota pelo diagrama abaixo, a maior parte das agentes entrevistadas mobilizou os dois tipos de julgamento: 3 entrevistadas fizeram exclusivamente julgamentos de direitos; 10, exclusivamente julgamentos de merecimento; e 19 mobilizaram ambos os tipos de julgamento.

FIGURA 2 DIAGRAMA DE JULGAMENTOS DE DIREITOS E JULGAMENTOS DE MERECIMENTO



Fonte: Elaborada pela autora a partir de organização dos dados por meio do software NVivo (2022).

O número de entrevistas não nos permite maiores comparações sobre as diferenças de julgamento por ocupação e profissão das entrevistadas, e não era este também o objetivo da pesquisa. Ainda assim, listamos, a seguir, no Quadro 2, o número de entrevistas realizadas com agentes de cada ocupação e os tipos de julgamento. Destacamos que, entre as ACS, auxiliares e enfermeiras, cerca de metade são pretas e pardas. Médicas, membros da equipe Nasf e gerentes são todas brancas.

QUADRO 2 TIPOS DE JULGAMENTO POR OCUPAÇÃO DAS ENTREVISTADAS

OCUPAÇÃO	ENTREVISTADAS	JULGAMENTOS DE MERECIMENTO	AMBOS	JULGAMENTOS DE DIREITO
ACS	12	6	5	1
Médica	5	1	4	0
Nasf	5	1	2	2
Enfermeira	4	0	4	0
Auxiliar (técnico) de enfermagem	4	1	3	0
Gerente	2	1	1	0

Fonte: Dados da pesquisa.

Muitos dos julgamentos que registramos são acionados no meio de histórias que as agentes contam sobre pacientes que atendem, o que chama atenção para o fato de que são valores orientados para a ação (Maynard-Moody & Musheno, 2022). Diferentemente dos enquadramentos práticos, não se trata de uma ação no campo institucional, de formulação de regras e comandos de políticas públicas. A ação, nesses casos, é imediata e, como alertamos, tem o potencial de reforçar desigualdades de gênero, raça e classe (Biroli, 2018; Lima & Cordeiro, 2020; Ribeiro, 2020).

Do ponto de vista do combate ou (re)produção de desigualdades, destacamos que julgamentos fundados em direitos são mobilizados pela maior parte das agentes. Esse dado é indicativo de que repertórios coerentes com os compromissos de equidade no SUS não se restringem às normativas e são, em alguma medida, fundamento da ação discricionária das agentes da ESF. Três agentes, inclusive, formulam exclusivamente julgamentos de direitos. Ressalvamos, contudo, que esses julgamentos são principalmente centrados em uma perspectiva de direitos individuais, o que é importante, mas não abarca questões de raça e classe – temas importantes para compreensão e combate às desigualdades de gênero (Biroli, 2018; Lima & Cordeiro, 2020; Ribeiro, 2020) –, ou seja, as perspectivas que levam em conta os direitos das mulheres não são marcadas por uma abordagem interseccional na linha de frente dos serviços públicos.

Julgamentos que levam em conta a dimensão socioeconômica, quando aparecem, categorizam mulheres não merecedoras, sobretudo para condenar sua escolha ou capacidade de ser mãe, em razão da falta de recursos (p. ex.: *julgamento – mulheres pobres não devem ter muitos filhos*). Nesse ponto, destacamos como, no âmbito das narrativas morais e da identificação de problemas, há centralidade da responsabilização individual, como tipicamente discutido pela literatura de reprodução de desigualdades na linha de frente (Harrits & Møller, 2014; Møller & Harrits, 2013; Pfaff et al., 2021). Pacientes-usuárias são frequentemente apontadas como causa do problema ou da demanda com o(a) qual as agentes são confrontadas, o que passa sobretudo por suas origens sociais e pela reprovação de seu comportamento (Lotta & Pires, 2020; Pfaff et al., 2021).

Na dimensão de gênero e saúde reprodutiva, isso tem a ver com culpabilização das mulheres por comportamentos que desviam de expectativas sociais para elas na escolha ou não de ser mãe, nos ideais de família e maternidade e nas normas de comportamento de gênero (Bisgaard & Pedersen, 2022; Pedersen & Nielsen, 2020). As agentes entrevistadas categorizam as mulheres atendidas por comportamentos percebidos como imorais e inadequados. Siblot (2006a, 2006b) condena a resistência ao serviço, a irresponsabilidade, a falta de planejamento. Com frequência, seus julgamentos simplificam os "tipos" de mulheres, reduzindo todas suas características a estereótipos negativos em torno de adolescentes, mães que trocam de parceiros, mulheres pobres que têm muitos filhos etc. Esse exercício de simplificação é fundamentado em enquadramentos sobre saúde reprodutiva e gênero (Harrits, 2019; Rasmussen, 2011).

Assim, os resultados reforçam os achados da literatura de que agentes de linha de frente reproduzem desigualdades ao realizar julgamentos de merecimento sobre pessoas que usam os serviços (Lotta & Pires, 2020; Møller, 2009; Pfaff et al., 2021). O estudo avança, no entanto, ao relacionar esses julgamentos com os enquadramentos mais amplos sobre gênero e saúde reprodutiva. Além disso, há uma novidade em enfatizar o caráter intricado dos julgamentos de direito e merecimento. Assim como na dimensão prática dos enquadramentos (Rein & Schön, 1996), a maior parte dos julgamentos não foi encontrada de modo coerente e bem delimitado, mas com bastante entrelaçamento, sobreposição

e ambiguidade, isto é, as mesmas agentes oscilam entre julgamentos protetivos e narrativas que não reconhecem direitos.

Disso decorre que os processos de julgamento, na linha de frente, não atendem a uma coerência estanque. Eles revelam disputa e as múltiplas influências que chegam até as agentes, marcando o exercício da discricionariedade na dimensão cognitiva (Maynard-Moody & Musheno, 2022; Molander et al., 2012; Møller, 2022; Wallander & Molander, 2014). A concorrência de julgamentos revela que a reprodução de desigualdades na linha de frente não é orientada por fortes discursos e convicções contra os direitos das mulheres. Na verdade, ao articularem julgamentos de direitos, as agentes reconhecem a existência de desigualdades e a necessidade de combatê-las. No entanto, além dessa perspectiva não ser sensibilizada por uma abordagem interseccional, elas mesmas acabam reproduzindo essas desigualdades, em julgamentos e práticas cotidianas (Pires, 2019).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente artigo, procuramos discutir *se* e *como* enquadramentos sobre gênero e saúde reprodutiva são *reproduzidos* ou *confrontados* por agentes da linha de frente da ESF. A partir dos resultados acima discutidos, pudemos tecer conclusões sobre a racionalidade expressa pelo Estado sobre gênero e saúde reprodutiva, nos encontros da linha de frente dos serviços públicos, com base nos tipos de julgamento operados e de suas características, isto é, o conteúdo, a maneira como são operados e suas implicações para o exercício da discricionariedade.

Em primeiro lugar, identificamos que são operados simultaneamente julgamentos de direito e merecimento. As agentes da ESF não são alheias a um enquadramento fundado em direitos das mulheres. Contudo, além dos julgamentos morais serem mais numerosos, a maior parte dos julgamentos de direitos são expressos por agentes que também fazem julgamentos de merecimento. Essa concorrência de julgamentos ecoa a noção de enquadramento prático e reflete, no cotidiano da linha de frente, as disputas mais amplas sobre desigualdades de gênero e saúde reprodutiva.

Assim, além da contribuição prática de mapeamento dos repertórios sobre gênero na linha de frente, a aproximação de lentes teóricas que tratam de ideias, crenças e valores em políticas públicas em níveis analíticos distintos contribui para o debate sobre agentes de linha de frente, ao ajudar a compreender os achados a respeito das sobreposições e dos conflitos de ideias dos agentes de implementação.

Em relação aos contornos dos julgamentos, notamos que o conteúdo daqueles fundados em direitos foca na dimensão de direito individual e pouco considera os aspectos raciais e socioeconômicos que se entrelaçam a gênero, o que significa falta de olhar interseccional. Já os julgamentos de merecimento são pautados em expectativas socialmente compartilhadas sobre papéis das mulheres em matéria de reprodução, família e cuidados, e comportamento sexual.

Considerando nossas preocupações com produção e reprodução de desigualdades, chamamos atenção para como julgamentos de merecimento têm o potencial de incluir ou excluir mulheres, ao marcar o exercício da discricionariedade e potencialmente resultar em desigualdades materiais e simbólicas.

Embora o caso empírico seja na saúde, em que questões envolvendo saúde reprodutiva são mais salientes, nossos resultados apontam para julgamentos fundamentados em enquadramentos socialmente compartilhados. Desse modo, as reflexões sobre combate a ou reprodução de desigualdades

de gênero na linha de frente pode ser apreendida entre agentes de outros setores – ou mesmo em outros âmbitos da saúde.

Diante disso, este artigo se soma aos esforços de preencher a lacuna sobre (re)produção das desigualdades gênero na linha de frente dos serviços públicos. A compreensão do fenômeno é central para que estratégias de combate às desigualdades e formação dos agentes de linha de frente sobre gênero sejam bem formatadas.

De todo modo, ressalvamos que este artigo tem a limitação de não se aprofundar na análise dos julgamentos em algumas dimensões relevantes, como as diferenças entre profissões, a diferença de perfil das agentes e diferença entre territórios de implementação. Por ora, podemos afirmar que não há diferenças significativas, nessas dimensões, quando agrupamos todos os julgamentos de direito e todos os julgamentos de merecimento. Análises futuras devem se atentar para essas questões.

Ainda, chamamos atenção para os "silêncios" ou as ausências de narrativa nas entrevistas: pouco surgiu – espontaneamente ou por meio de perguntas de aprofundamento – a respeito de homens no atendimento à saúde reprodutiva, assim como população LGBTQIAPN+. Análises futuras devem prestar atenção, por exemplo, às questões de masculinidade e saúde reprodutiva e aos atendimentos em saúde sexual e reprodutiva de grupos transgêneros e travestis – como gestação de homens trans, processos de hormonização, acompanhamento de cirurgias de redesignação sexual etc.

REFERÊNCIAS

Ávila, M. (2019). Modernidade e cidadania reprodutiva. In H. B. Hollanda (Org.), *Pensamento feminista brasileiro: formação e contexto* (pp. 382-393). Bazar do Tempo.

Barsted, L. (1992). Legalização e descriminalização: 10 anos de luta feminista. *Revista Estudos Feministas*, *0*(0), 104-130. https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/15804

Barsted, L. L. (2001). Os direitos humanos na perspectiva de gênero. In *Anais do 1º Colóquio de Direitos Humanos*, São Paulo, SP, Brasil.

Baxandall, R., & Gordon, L. (2005). Second-wave feminism. In N. Hewitt (Ed.), *A companion to american women's history* (2nd ed., pp. 414-430). Blackwell.

Berquó, E., & Lago, T. (2016). Atenção em saúde reprodutiva no Brasil: eventuais diferenciais étnico-raciais. *Saude e Sociedade*, *25*(3), 550-560. https://doi.org/10.1590/s0104-129020162568

Biroli, F. (2018). *Gênero e desigualdades: limites da democracia no Brasil*. Boitempo.

Biroli, F., & Miguel, L. (2015). *Feminismo e política: uma introdução*. Boitempo.

Bisgaard, M., & Pedersen, M. (2022). Women cry, men get angry: how street-level bureaucrats respond when clients exhibit counter-stereotypical behavior. *International Public Management Journal*, *25*(2), 280-299. https://doi.org/10.1080/10967494.2021.1943085

Brodkin, E. (2015). The inside story: street-level research in the US and beyond. In P. Hupe, M. Hill, & A. Buffat (Eds.), *Understanding street-level bureaucracy* (pp. 25-42). Policy.

Charmaz, K. (2006). *Constructing grounded theory: a practical guide through qualitative analysis*. Sage.

Correa, S. (1993). PAISM: uma história sem fim. *Revista Brasileira de estudos de População*, *10*(1/2), 3-12.

Davis, A. (2016). *Mulheres, raça e classe*. Boitempo.

Decreto nº 35.867, de 7 de fevereiro de 1996. (1996). Regulamenta a Lei nº 11.621, de 14 de julho de 1994, alterada pela Lei nº 11.821, de 26 de junho de 1995, que institui o Programa de Planejamento Familiar. https://legislacao.prefeitura.sp.gov.br/leis/decreto-35867-de-7-de-fevereiro-de-1996

Decreto nº 46.966, de 2 de fevereiro de 2006. (2006). Regulamenta a Lei nº 13.211, de 13 de novembro de 2001, estruturando a Rede de Proteção à Mãe Paulistana, para a gestão e execução da rede de serviços de saúde de assistência obstétrica e neonatal no Município de São Paulo. https://legislacao.prefeitura.sp.gov.br/leis/decreto-46966-de-2-de-fevereiro-de-2006

Decreto nº 58.693, de 2 de abril de 2019. (2019). Regulamenta a Lei nº 16.806, de 19 de janeiro de 2018, que dispõe sobre política de proteção às mulheres em situação de vulnerabilidade pela Rede Pública de Saúde, com a utilização do Contraceptivo Reversível de Longa Duração de Etonogestrel. https://legislacao.prefeitura.sp.gov.br/leis/decreto-58693-de-2-de-abril-de-2019

Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. (1940). Código Penal. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848.htm

Dubois, V. (1999). *La vie au guichet: administrer la misère*. Economica.

Durose, C., & Lowndes, V. (2024). Gendering discretion: why street-level bureaucracy needs a gendered lens. *Political Studies*, *72*(3), 1026-1049. https://doi.org/10.1177/00323217231178630

Epp, C., Maynard-Moody, S., & Haider-Markel, D. (2017). Beyond profiling: the institutional sources of racial disparities in policing. *Public Administration Review*, *77*(2), 168-178. https://doi.org/10.1111/puar.12702

Farah, M. (2004). Gênero e políticas públicas. *Revista Estudos Feministas*, *12*(1), 47-71. https://doi.org/10.1590/S0104-026X2004000100004

Faria, C. (2012). Introdução. In C. A. P. Faria (Ed.), *Implementação de políticas públicas* (pp. 7-16). PUC Minas.

Gerring, J. (2008). Case selection for case-study analysis: qualitative and quantitative techniques. In J. M. Box-Steffensmeier, H. E. Brady, & D. Collier (Eds.), *The Oxford Handbook of Political Methodology* (pp. 645-684). Oxford.

Harrits, G. S. (2019). Stereotypes in context: how and when do street-level bureaucrats use class

stereotypes? *Public Administration Review*, *79*(1), 93-103. https://doi.org/10.1111/puar.12952

Harrits, G. S., & Møller, M. Ø. (2011). Categories and categorization: towards a comprehensive sociological framework. *Distinktion: Scandinavian Journal of Social Theory*, *12*(2), 229-247. https://doi.org/10.1080/1600910X.2011.579450

Harrits, G. S., & Møller, M. Ø. (2014). Prevention at the front line: how home nurses, pedagogues, and teachers transform public worry into decisions on special efforts. *Public Management Review*, *16*(4), 447-480. https://doi.org/10.1080/14719037.2013.841980

hooks, b. (1984). *Feminista theory: from margin to center*. South End Press.

Hupe, P. (2013). Dimensions of discretion: specifying the object of street-level bureaucracy research. *DMS-Der Moderne Staat*, *6*(2), 425-440. https://doi.org/10.3224/dms.v6i2.10

Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. (1996). Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9263.htm

Lei nº 11.621, de 14 de julho de 1994. (1994). Institui o Programa de Planejamento Familiar. https://legislacao.prefeitura.sp.gov.br/leis/lei-11621-de-14-de-julho-de-1994

Lei nº 11.821, de 26 de junho de 1995. (1995). Dispõe sobre alteração da Lei nº 11.621, de 14/07/94, em seu artigo 1º e seu par. 2º. https://legislacao.prefeitura.sp.gov.br/leis/lei-11821-de-26-de-junho-de-1995

Lei nº 13.211, 13 de novembro de 2001. (2001). Dispõe sobre a instituição do Programa de Proteção da Saúde da Gestante e do Recém-Nascido no Município, e dá outras providências. https://legislacao.prefeitura.sp.gov.br/leis/lei-13211-de-13-de-novembro-de-2001

Lei nº 16.540, de 31 de agosto de 2016. (2016). Institui a Política Municipal de Atenção Integral à Saúde do Homem, e dá outras providências. https://legislacao.prefeitura.sp.gov.br/leis/lei-16540-de-31-de-agosto-de-2016

Lei nº 16.806, de 19 de janeiro de 2018. (2018). Dispõe sobre política de proteção às mulheres em situação de vulnerabilidade pela Rede Pública de Saúde, com a utilização do Contraceptivo Reversível de Longa Duração de Etonogestrel, e dá outras providências. https://legislacao.prefeitura.sp.gov.br/leis/lei-16806-de-19-de-janeiro-de-2018

Lima, N. D. F., & Cordeiro, R. D. L. M. (2020). Aborto, racismo e violência: reflexões a partir do feminismo negro. *Em Pauta: Teoria Social & Realidade Contemporânea*, *18*(46), 101-117. https://doi.org/10.12957/rep.2020.52010

Lipsky, M. (2010). *Street-level bureaucracy: dillemmas of the individual in public services*. Russell Sage Foundation.

Lotta, G. (2018). Burocracia, redes sociais e interação: uma análise da implementação de políticas públicas. *Revista de Sociologia e Política*, *26*(66), 145-173. https://doi.org/10.1590/1678-987318266607

Lotta, G., & Pires, R. (2019). Street-level bureaucracy research and social inequality. In P. Hupe (Ed.), *Research Handbook on Street-level Bureaucracy: The Ground Floor of Government in Context* (pp. 86-101). Edward Elgar Publishing.

Lotta, G., & Pires, R. (2020). Categorizando usuários "fáceis" e "difíceis": práticas cotidianas de implementação de políticas públicas ea produção de diferenças sociais. *Dados*, *63*(4), e20190112. https://doi.org/10.1590/dados.2020.63.4.219

Lotta, G., & Santiago, A. (2017). Autonomia e discricionariedade: matizando conceitos-chave para o estado de burocracia. *BIB-Revista Brasileira de Informação Bibliográfica Em Ciências Sociais*, (83), 21-42. https://bibanpocs.emnuvens.com.br/revista/article/view/426

Marcondes, M., Diniz, A., & Farah, M. (2018). Transversalidade de gênero: uma análise sobre os significados mobilizados na estruturação da política para mulheres no Brasil. *Revista do Serviço Público*, *69*(2), 36-62. https://doi.org/10.21874/rsp.v69i2.2297

Marcondes, M., & Farah, M. (2022). Mainstreaming gender in policy narratives: childcare policies during Latin America's left turn. *Social Politics: International Studies in Gender, State & Society*, *29*(4), 1497-1519. https://doi.org/10.1093/sp/jxac015

Matland, R. (1995). Synthesizing the implementation literature: the ambiguity-conflict model of policy

implementation. *Journal of Public Administration Research and Theory: J-PART*, *5*(2), 145-174. https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.jpart.a037242

Maynard-Moody, S., & Musheno, M. (2022). *Cops, teachers, counselors: stories from the front lines of public service*. University of Michigan.

Ministério da Saúde. (2004). *Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes*. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf

Ministério da Saúde. (2012). *Atenção ao pré-natal de baixo risco*. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf

Ministério da Saúde. (2013a). *Saúde sexual e saúde reprodutiva* (Cadernos de Atenção Básica, nº 26). https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_sexual_saude_reprodutiva.pdf

Ministério da Saúde. (2013b). *Teste rápido de gravidez na Atenção Básica: guia técnico*. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/teste_rapido_gravidez_guia_tecnico.pdf

Ministério da Saúde. (2016). *Protocolos da atenção básica: saúde das mulheres*. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf

Ministério da Saúde. (2022). *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais*. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_hiv_sifilis_hepatites.pdf

Ministério da Saúde. (2023). *Guia do pré-natal do parceiro para profissionais de saúde*. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pre_natal_profissionais_saude_1ed.pdf

Ministério da Saúde. (2024). *Guia de saúde do homem para Agentes Comunitários de Saúde (ACS)*. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_saude_homem_agentes_comunitarios_saude.pdf

Miranda, J. R. (2021). *Implementação e desigualdades na atenção à saúde reprodutiva* [Dissertação de mestrado, Fundação Getulio Vargas]. Repositório Institucional da Fundação Getulio Vargas. https://hdl.handle.net/10438/30345

Molander, A., Grimen, H., & Eriksen, E. (2012). Professional discretion and accountability in the welfare state. *Journal of Applied Philosophy*, *29*(3), 214-230. https://doi.org/10.1111/j.1468-5930.2012.00564.x

Møller, M. Ø. (2009). *Solidarity and categorization*. Politica.

Møller, M. Ø. (2016). "She isn't Someone I Associate with Pension" — a Vignette Study of Professional Reasoning. *Professions and Professionalism*, *6*(1), 1-20. https://doi.org/10.7577/pp.1353

Møller, A. M. (2022). Mobilizing knowledge in frontline work: a conceptual framework and empirical exploration. *Perspectives on Public Management and Governance*, *5*(1), 50-62. https://doi.org/10.1093/ppmgov/gvab023

Møller, M. Ø., & Harrits, G. (2013). Constructing at-risk target groups. *Critical Policy Studies*, *7*(2), 155-176. https://doi.org/10.1080/19460171.2013.799880

Olsen, J., Lago, T., Kalckmann, S., Alves, M., & Escuder, M. (2018). Práticas contraceptivas de mulheres jovens: inquérito domiciliar no município de São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, *34*(2), 1-17. https://doi.org/10.1590/0102-311x00019617

Osis, M. (1994). *Atenção integral à saúde da mulher, o conceito e o programa: história de uma intervenção* [Dissertação de mestrado, Universidade Estadual de Campinas]. Repositório da Produção Científica e Intelectual da Unicamp. https://hdl.handle.net/20.500.12733/1581898

Pedersen, M. J., & Nielsen, V. L. (2020). Bureaucratic decision-making: a multi-method study of gender similarity bias and gender stereotype beliefs. *Public Administration*, *98*(2), 424-440. https://doi.org/10.1111/padm.12622

Pfaff, S., Crabtree, C., Kern, H. L., & Holbein, J. B. (2021). Do street-level bureaucrats discriminate based on religion? A large-scale correspondence experiment among american public school principals. *Public Administration Review*, *81*(2), 244-259. https://doi.org/10.1111/puar.13235

Pires, R. R. C. (Org.). (2019). *Implementando desigualdades: reprodução de desigualdades na*

implementação de políticas públicas. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. https://www.ipea.gov.br/atlasestado/artigo/11/implementando-desigualdadesreproducao-de-desigualdades-na-implementacao-de-politicas-publicas

Pitanguy, J. (2019). A carta das mulheres brasileiras aos constituintes: memórias para o futuro. In H. B. Hollanda (Ed.), *Pensamento feminista brasileiro: formação e contexto* (pp. 90-108). Bazar do Tempo.

Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. (2017). Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html

Portaria nº 48, de 11 de fevereiro de 1999. (1999). Dispõe sobre o planejamento familiar e dá outras providências. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/1999/prt0048_11_02_1999.html

Portaria nº 1.555, de 30 de julho de 2013. (2013). Dispõe sobre as normas de financiamento e de execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1555_30_07_2013.html

Portaria nº 2.234, de 23 de julho de 2018. (2018). Institui a "Agenda Mais Acesso, Cuidado, Informação e Respeito à Saúde das Mulheres" e prevê o repasse no exercício financeiro de 2018, de recursos de custeio para Fundos Municipais de Saúde, mediante cumprimento de requisitos estabelecidos em edital de chamada pública. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt2234_14_09_2018.html

Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. (2017). Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html

Portaria nº 3.265, de 1º de dezembro de 2017. (2017). Altera o Anexo XXVIII da Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que dispõe sobre a ampliação do acesso ao Dispositivo Intrauterino Tcu 380 (DIU de cobre) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3265_07_12_2017.html

Portaria SMS nº 295, de 17 de maio de 2004. (2004). Institui Protocolo para o fornecimento de contraceptivos reversíveis na Rede de Atenção Básica do Município de São Paulo. https://legislacao.prefeitura.sp.gov.br/leis/portaria-secretaria-municipal-da-saude-295-de-18-de-maio-de-2004

Portaria SMS nº 497, de 25 de março de 2006. (2006). Aprova a Norma de Orientação para Execução do Programa de Planejamento Familiar, na Rede de Serviços do SUS, no Município de São Paulo, como parte integrante do conjunto de ações de atenção à mulher e ao homem, no atendimento integral à saúde da população pelo SUS. https://legislacao.prefeitura.sp.gov.br/leis/portaria-secretaria-municipal-da-saude-497-de-25-de-marco-de-2006

Portaria SMS nº 760, de 4 de maio de 2016. (2016). Institui as diretrizes para a prescrição e utilização do contraceptivo reversivo de ação prolongada, implante subdérmico de etonogestrel 68 mg, na rede de serviços da Secretaria Municipal da Saúde. https://legislacao.prefeitura.sp.gov.br/leis/portaria-secretaria-municipal-da-saude-sms-760-de-4-de-maio-de-2016

Portaria SMS nº 1.187 de 26 de dezembro de 2019. (2019). Institui nova designação ao Programa de Saúde da Gestante e do Recém-Nascido (RN) do Município de São Paulo e insere ações complementares ao Decreto nº 46.966/2006. https://legislacao.prefeitura.sp.gov.br/leis/portaria-secretaria-municipal-da-saude-sms-1187-de-26-de-dezembro-de-2019

Portaria SMS nº 2.117 de 22 de julho de 2010. (2010). Estabelece a integração e organização dos serviços de saúde para a assistência materno-infantil no município de São Paulo, conforme grade de referência da Rede de Proteção à Mãe Paulistana. https://legislacao.prefeitura.sp.gov.br/leis/portaria-secretaria-municipal-da-saude-2117-de-21-de-agosto-de-2010

Rasmussen, A. (2011). Contraception as health? The framing of issue categories in contemporary policy making. *Administration and Society*, *43*(8), 930-953. https://doi.org/10.1177/0095399711413878

Rein, M., & Schön, D. (1996). Frame-critical policy analysis and frame-reflective policy practice. *Knowledge and Policy*, *9*(1), 85-104. https://doi.org/10.1007/BF02832235

Ribeiro, D. (2020). Um ponto de vista feminista negro sobre o aborto. *Cadernos de Gênero e Tecnologia*, *13*(42), 369-383. https://doi.org/10.3895/cgt.v13n42.9487

Rocha, M. I. B. (1993). *Política demográfica e parlamento: debates e decisões sobre o controle de natalidade* (Textos NEPO 25). Universidade Estadual de Campinas. https://www.nepo.unicamp.br/publicacoes/textos_nepo/textos_nepo_25.pdf

Soss, J. (2015). Talking our way to meaningful explanations: A practice-centered view of interviewing for interpretive research. In D. Yanow & P. Schwartz-Shea (Eds.), *Interpretation and method: empirical research methods and the interpretive Turn* (pp. 161-182). Routledge.

Siblot, Y. (2006a). *Faire valoir ses droits au quotidien: les services publics dans les quartier populaire*. Sciences Po.

Siblot, Y. (2006b). « Je suis la secrétaire de la famille ! » La prise en charge féminine des tâches administratives entre subordination et ressource. *Genèses*, *3*(64), 46-66. https://doi.org/10.3917/gen.064.0046

Stone, D. (2012). *Policy paradox: the art of political decision-making* (3rd ed.). W. W. Norton & Company.

Supremo Tribunal Federal. (2004). *Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental nº 54*. https://portal.stf.jus.br/processos/detalhe.asp?incidente=2226954

Wallander, L., & Molander, A. (2014). Disentangling professional discretion: a conceptual and methodological approach. *Professions and Professionalism*, *4*(3), 1-19. https://doi.org/10.7577/pp.808

Yanow, D. (2015). Making sense of policy practices: interpretation and meaning. In F. Fischer, D. Torgerson, A. Durnová, & M. Orsini (Eds.), *Handbook of critical policy studies* (pp. 401-421). Edward Elgar.

Ziegler, S., & Bozorgmehr, K. (2024). "I don´ t put people into boxes, but…" A free-listing exercise exploring social categorisation of asylum seekers by professionals in two German reception centres. *PLOS Global Public Health*, *4*(2), e0002910. https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0002910

Juliana Rocha Miranda

Doutoranda e Mestra em Administração Pública e Governo na Fundação Getulio Vargas (FGV EAESP); Bacharela em Direito pela Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo (FDUSP).
E-mail: jurochamiranda95@gmail.com

Gabriela Spanghero Lotta

Doutora em Ciência Política pela Universidade de São Paulo (USP); Mestre e Graduada em Administração Pública pela Fundação Getulio Vargas (FGV EAESP); Professora e Pesquisadora de Administração Pública e Governo da Fundação Getulio Vargas (FGV EAESP); Coordenadora do Núcleo de Estudos da Burocracia (NEB); Pesquisadora do Centro de Estudos da Metrópole (CEM); Coordenadora da rede de estudos latino-americana de burocracia de nível de rua pelo Conselho Latino-Americano de Ciências Sociais (CLACSO); Vice coordenadora do RC27 pela International Political Science Association (IPSA).
E-mail: gabriela.lotta@gmail.com

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Juliana Rocha Miranda: Conceituação (Liderança); Curadoria de dados (Liderança); Investigação (Liderança); Metodologia (Liderança); Administração de projeto (Liderança); Recursos (Igual); Software (Liderança); Supervisão (Suporte); Visualização (Liderança); Escrita - rascunho original (Liderança); Escrita - revisão e edição (Igual).

Gabriela Spanghero Lotta: Conceituação (Suporte); Curadoria de dados (Suporte); Investigação (Suporte); Metodologia (Suporte); Administração de projeto (Suporte); Recursos (Igual); Software (Suporte); Supervisão (Liderança); Visualização (Suporte); Escrita - rascunho original (Suporte); Escrita - revisão e edição (Igual).

DISPONIBILIDADE DE DADOS

O conjunto de dados que dá suporte aos resultados deste estudo não está disponível publicamente.

AGRADECIMENTOS

Juliana Rocha Miranda agradece à CAPES: o presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001. Gabriela Spanghero Lotta agradece à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo - FAPESP (Processo 2013/07616-17).

ANEXO A

QUADRO 3 LEGISLAÇÃO VOLTADA À SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA NO ÂMBITO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE – NÍVEL FEDERAL

	DOCUMENTO	DESCRIÇÃO
LEGISLAÇÃO	Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996	Lei que regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar.
	Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (art. 128, incisos I e II)	Código Penal. Permissivos legais para prática de aborto.
DECISÃO JUDICIAL COMFORÇA DE LEI	ADPF 54 (Supremo Tribunal Federal, 2004)	Aborto no caso de anencefalia do feto.
NORMAS INFRALEGAIS EOUTRAS DIRETRIZES	Portaria nº 48, de 11 de fevereiro de 1999	Normas de funcionamento e mecanismos de fiscalização para execução de ações de planejamento familiar e esterilização cirúrgica pelas instâncias gestoras do SUS.
	Portaria nº 1.555, de 30 de julho de 2013	Dispõe sobre as normas de financiamento e de execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS.
	Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017	Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da atenção básica no âmbito do SUS.
	Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017	Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS.
	Portaria nº 2.234, de 23 de julho de 2018	Institui a "Agenda Mais Acesso, Cuidado, Informação e Respeito à Saúde das Mulheres" e prevê o repasse no exercício financeiro de 2018, de recursos de custeio para Fundos Municipais de Saúde, mediante cumprimento de requisitos estabelecidos em edital de chamada pública.
	Portaria nº 3.265, de 1º de dezembro de 2017	Altera o Anexo XXVIII da Portaria de Consolidação n.º 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que dispõe sobre a ampliação do acesso ao Dispositivo Intrauterino TCU 380 (DIU de cobre) no âmbito do SUS.
	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (Ministério da Saúde, 2004)	Diretrizes gerais para atenção à saúde da mulher.
	Cadernos de Atenção Básica: Saúde sexual e saúde reprodutiva (Ministério da Saúde, 2013a)	Diretrizes gerais para atenção à saúde sexual e reprodutiva na atenção básica.

(Continua)

	DOCUMENTO	DESCRIÇÃO
NORMAS INFRALEGAIS EOUTRAS DIRETRIZES	Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres (Ministério da Saúde, 2016)	Protocolos de atendimento na atenção básica em matéria de saúde das mulheres.
	Guia do Pré-Natal do Parceiro para Profissionais de Saúde (Ministério da Saúde, 2023)	Orientações sobre pré-natal do parceiro para profissionais de saúde.
	Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para prevenção da transmissãovertical de HIV, sífilis e hepatites virais (Ministério da Saúde, 2022)	Orientações sobre o manejo das mulheres e suas parcerias sexuais quanto às ISTs de potencial transmissão vertical, tratando especialmente da saúde sexual e reprodutiva para a população vivendo com HIV e do uso de antirretrovirais e demais agentes anti-infecciosos para prevenção e tratamento das ISTs, especialmente da sífilis, das hepatites virais (B e C) e da infecção pelo HIV, nas mulheres gestantes e crianças expostas.
	Guia de saúde do homem para Agente Comunitário de Saúde (Ministério da Saúde, 2024)	Orientações sobre saúde do homem para agentes comunitários de saúde.
	Teste rápido de gravidez na atenção básica: guia técnico (Ministério da Saúde, 2013b)	Orientações sobre atendimento diante dos diferentes resultados para testes rápidos de gravidez.
	Atenção ao pré-natal de baixo risco – Cadernos de Atenção Básica, n.º 32 (Ministério da Saúde, 2012)	Orientações sobre atendimento pré-natal de baixo risco.

Fonte: Elaborado pelas autoras.

QUADRO 4 LEGISLAÇÃO VOLTADA À SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA NO ÂMBITO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE – NÍVEL MUNICIPAL

	DOCUMENTO	DESCRIÇÃO
LEGISLAÇÃO	Lei nº 11.621, de 14 de julho de 1994	Institui o Programa de Planejamento Familiar.
	Lei nº 11.821, de 26 de junho de 1995	Dispõe sobre a alteração da Lei n.º 11.621, de 14/07/94, em seu art. 1º e seu parágrafo 2º.
	Lei nº 16.806, de 19 de janeiro de 2018	Dispõe sobre política de proteção às mulheres em situação de vulnerabilidade pela Rede Pública de Saúde, com a utilização do contraceptivo reversível de longa duração de etonogestrel, e dá outras providências.
	Lei nº 13.211, de 13 de novembro de 2001	Dispõe sobre a instituição do Programa de Proteção da Saúde da Gestante e do Recém-Nascido no município, e dá outras providências.
	Lei nº 16.540, de 31 de agosto de 2016	Institui a Política Municipal de Atenção Integral à Saúde do Homem, e dá outras providências.

(Continua)

	DOCUMENTO	DESCRIÇÃO
NORMAS INFRALEGAIS EOUTRAS DIRETRIZES	Decreto nº 35.867, de 7 de fevereiro de 1996	Regulamenta a Lei n.º 11.621, de 14 de julho de 1994, alterada pela Lei n.º 11.821, de 26 de junho de 1995, que institui o Programa de Planejamento Familiar.
	Decreto nº 58.693, de 2 de abril de 2019	Regulamenta a Lei n.º 16.806, de 19 de janeiro de 2018, que dispõe sobre política de proteção às mulheres em situação de vulnerabilidade pela Rede Pública de Saúde, com a utilização do contraceptivo reversível de longa duração de etonogestrel.
	Portaria SMS nº 295, de 17 de maio de 2004	Protocolo para o fornecimento de contraceptivos reversíveis na Rede de Atenção Básica do município de São Paulo.
	Portaria SMS nº 497, de 25 de março de 2006	Norma de orientação para execução do Programa de Planejamento Familiar.
	Portaria SMS nº 760, de 4 de maio de 2016	Diretrizes para a prescrição e utilização do contraceptivo reversivo de ação prolongada, implante subdérmico de etonogestrel 68 mg, na rede de serviços da SMS.
	Protocolo SMS	Orientação para atenção integral em saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes nos serviços de saúde do município de São Paulo.
	Protocolo SMS	Protocolo sobre síndromes hipertensivas na gestação.
	Protocolo SMS	Protocolo de administração de sulfato.
	Protocolo SMS	Protocolo de rotinas básicas de pré-natal em gestantes de alta vulnerabilidade (população em situação de rua, usuárias de drogas, imigrantes, situação de exclusão social).
	Protocolo SMS	Protocolo solicitação de ultrassom morfológico – Saúde da Mulher – SMS-SP, 2016.
	Protocolo SMS	Protocolo de regulamentação de oferta de métodos contraceptivos de barreira nos serviços de atenção básica do município de São Paulo.
	Protocolo SMS	Suplementação de cálcio na gestação – SAÚDE DA MULHER – SMS-SP, 2016.
	Protocolo de pré-natal com risco habitual (baixo risco)	Estabelece orientações sobre a rotina de pré-natal de baixo risco.
	Portaria SMS nº 2.117, de 22 de julho de 2010	Estabelece a integração e organização dos serviços de saúde para a assistência materno-infantil no município de São Paulo, conforme grade de referência da Rede de Proteção à Mãe Paulistana.

(Continua)

	DOCUMENTO	DESCRIÇÃO
NORMAS INFRALEGAIS EOUTRAS DIRETRIZES	Portaria SMS nº 1187, de 26 de dezembro de 2019	Institui nova designação ao Programa de Saúde da Gestante e do Recém-Nascido (RN) do município de São Paulo e insere ações complementares ao Decreto n.º 46.966/2006.
	Decreto nº 46.966, de 2 de fevereiro de 2006	Regulamenta a Lei n.º 13.211, de 13 de novembro de 2001, estruturando a Rede de Proteção à Mãe Paulistana, para a gestão e execução da rede de serviços de saúde de assistência obstétrica e neonatal no município de São Paulo.

Fonte: Elaborado pelas autoras.

ANEXO B

QUADRO 5 PERFIL DAS ENTREVISTADAS

CÓDIGO ENTREVISTADA	UBS	GÊNERO	RAÇA	IDADE	OCUPAÇÃO	FORMAÇÃO
GUBSA	UBS A	F	Branca	59	Gerente	Enfermagem
M1UBSA	UBS A	F	Branca	31	Médica	Medicina
M2UBSA	UBS A	F	Branca	28	Médica	Medicina
E1UBSA	UBS A	F	Branca	39	Enfermeira	Enfermagem
E2UBSA	UBS A	F	Amarela	31	Enfermeira	Enfermagem
AE1UBSA	UBS A	F	Preta	37	Auxiliar de Enfermagem	Superior (cursando) – Engenharia
AE2UBSA	UBS A	F	Branca	40	Auxiliar de Enfermagem	Superior (cursando) – Enfermagem
ACS1UBSA	UBS A	F	Parda	30	ACS	Ensino médio
ACS2UBSA	UBS A	F	Branca	24	ACS	Superior (cursando) – Enfermagem
ACS3UBSA	UBS A	F	Branca	63	ACS	Ensino médio
ACS4UBSA	UBS A	F	Parda	53	ACS	Ensino médio
ACS5UBSA	UBS A	F	Parda	55	ACS	Ensino médio
ACS6UBSA	UBS A	F	Branca	58	ACS	Ensino médio
NASF1UBSA	UBS A	F	Branca	40	Nasf – psicóloga	Psicologia
NASF2UBSA	UBS A	F	Branca	51	Nasf – educadorafísica	Educação física
NASF3UBSA	UBS A	F	Branca	50	Nasf – assistentesocial	Serviço social
GUBSB	UBS B	F	Branca	39	Gerente	Enfermagem
M1UBSB	UBS B	F	Branca	26	Médica	Medicina
M2UBSB	UBS B	F	Branca	33	Médica	Medicina
M3UBSB	UBS B	M	Branco	33	Médico	Medicina
E1UBSB	UBS B	F	Parda	37	Enfermeira	Enfermagem
E2UBSB	UBS B	F	Preta	36	Enfermeira	Enfermagem
AE1UBSB	UBS B	F	Parda	31	Auxiliar de enfermagem	Ensino médio
AE2UBSB	UBS B	F	Preta	40	Auxiliar de enfermagem	Ensino médio
ACS1UBSB	UBS B	F	Preta	33	ACS	Ensino médio
ACS2UBSB	UBS B	F	Branca	52	ACS	Ensino médio
ACS3UBSB	UBS B	F	Branca	33	ACS	Superior (Curso não informado)

(Continua)

CÓDIGO ENTREVISTADA	UBS	GÊNERO	RAÇA	IDADE	OCUPAÇÃO	FORMAÇÃO
ACS4UBSB	UBS B	F	Parda	45	ACS	Ensino médio
ACS5UBSB	UBS B	F	Parda	25	ACS	Ensino médio
ACS6UBSB	UBS B	F	Parda	33	ACS	Ensino médio
NASF1UBSB	UBS B	F	Branca	31	Nasf – terapeuta ocupacional	Terapia ocupacional
NASF2UBSB	UBS B	F	Branca	34	Nasf – nutricionista	Nutrição
NASF3UBSB	UBS B	F	Branca	36	Nasf – assistentesocial	Serviço social

Fonte: Elaborado pelas autoras.

ANEXO C

ROTEIRO DE ENTREVISTA

O entrevistado

- Seu nome e idade?
- Qual sua formação? Como você decidiu se tornar [BNR]?
- Há quanto tempo você trabalha nesta UBS? É a primeira vez que passa na atenção básica?
- Onde você mora?
    - O quão perto/longe é do seu trabalho?
    - Sempre morou na região?
- Você tem religião? Qual?
    - E frequenta alguma igreja no bairro onde trabalha?
- E quanto a associação comunitária, clube, etc?
- Você se identifica como de qual raça/cor (branco, pardo, preto, amarelo e indígena)?

O trabalho com saúde reprodutiva

- Descreva um dia típico de trabalho.
    - *E nessas práticas, o que tem a ver com planejamento familiar, métodos contraceptivos, acompanhamento pré-natal, gravidez e controle de ISTs?*
- Você pode me contar que tipo de atendimentos faz para esses temas?

Conteúdo para potencialmente explorar, a depender da resposta:

- *Anticoncepcional*
- *DIU*
- *Camisinha (feminina e masculina)*
- *Pré-natal*
- *Esterilização (laqueadura e vasectomia)*
- *Diafragma*

  - *Implante subcutâneo?*
  - *Reunião de planejamento familiar?*
  - *Como funciona o cartão pré-natal, quem preenche*
  - *Plano de parto*
  - *ISTs*
- O que é normal encontrar no seu dia a dia com esse tema? E o que não é normal?
  - *Como você lida com situações assim?*
  - *Que tipo de paciente você atende para esse tipo de tema [Tentar explorar se o trabalho é orientado para indivíduos, família, se foca mais em mulheres, homens]?*
  - *Você gosta deles(as)?*
  - *Você os considera parecidos ou diferentes de* você?
- Sobre esses tópicos, quais pacientes são mais fáceis e quais são mais difíceis de atender ou tratar?
  - *Por quê?*
  - *Pode me contar um caso de paciente fácil?*
  - *Pode me contar um caso de paciente difícil?*
- Qual a sua relação com os demais serviços da rede que tratam sobre esse tema?
  - *Existe uma boa comunicação?*
  - *Você sabe de outras iniciativas na região com finalidade de informar sobre saúde reprodutiva (outros serviços, ONGs, escolas, etc.)?*
- Quais os principais problemas e desafios que você enxerga no que diz respeito à saúde reprodutiva?

O trabalho

- O que você gosta no seu trabalho? [*Sentimentos, relações com os colegas, relação com gerente e equipe etc.*].
- A gestão oferece suporte para que você possa realizar seu trabalho da melhor maneira possível?
- Você sempre tinha os materiais que precisava para trabalhar [*abordar recursos*]? E especificamente com direitos reprodutivos?
- Você recebeu algum treinamento para trabalhar na UBS? Qual?

- Tinha alguma especificidade ao tratar de temas ligados a planejamento familiar, contracepção, acompanhamento pré-natal e prevenção de ISTs?
- Quem você contata quando tem dúvidas sobre a melhor forma de proceder no trabalho?
- Como é a relação com os colegas na unidade? [médicos, enfermeiros, aux. técnicos, ACS, equipes Nasf].
- Você acha que tem autonomia para realizar seu trabalho?
- Com relação às regras para seu trabalho, você sente que existem muitas regras?
    - *Pode citar algumas?*
    - *E você entende que há leis ou regulamentos internos que são injustos ou errados?*
    - *Você lembra das regras sobre planejamento reprodutivo?*

ANEXO D

QUADRO 6 ESQUEMA DE CODIFICAÇÃO

	Enquadramento/ Perspectiva	Agrupamento de julgamentos	Codificação interpretativa aberta	Entrevistadas	Menções
JULGAMENTOS DE DIREITOS (21 ENTREVISTADAS, 51 MENÇÕES)	Direitos individuais (21 entrevistadas, 48 menções)	JULGAMENTO – aborto deve ser de acordo com a lei	julgamento – mulheres devem abortar de acordo com os critérios legais	2	2
		JULGAMENTO – apoio intrafamiliar, divisão das tarefas de cuidado, responsabilidade com contracepção	julgamento – adolescentes não precisam se casar por causa de gestação ou filho	1	1
			julgamento – adolescentes que têm apoio da família são mais comprometidas	1	1
			julgamento – homens deveriam fazer vasectomia, porque é mais fácil do que laqueadura	3	3
			julgamento – homens não devem abandonar filhos	1	1
			julgamento – homens que resistem à vasectomia ou camisinha são machistas	6	6
			julgamento – homens, parceiros deveriam participar da gestação e apoiar gestante	5	6
			julgamento – mulheres são mais responsabilizadas por contracepção	3	3
		JULGAMENTO – defesa da escolha e autonomia da mulher	julgamento – critério de autorização do marido para laqueadura é injusto	1	1
			julgamento – critérios de laqueadura são excessivos e dificultam vida das mulheres	1	1
			julgamento – Estado não deveria decidir critérios para mulher fazer laqueadura	1	1

(Continua)

	Enquadramento/ Perspectiva	Agrupamento de julgamentos	Codificação interpretativa aberta	Entrevistadas	Menções
JULGAMENTOS DE DIREITOS (21 ENTREVISTADAS, 51 MENÇÕES)			julgamento – faltam políticas que amparem a escolha de abortar	1	1
			julgamento – homens-maridos-parceiros não deveriam impedir ou obrigar que mulheres façam contracepção	2	3
			julgamento – mulheres devem decidir seu método contraceptivo	1	1
			julgamento – mulheres devem escolher se abortam ou não	5	5
			julgamento – mulheres devem escolher se querem engravidar ou não	1	1
			julgamento – mulheres deveriam se sentir à vontade para admitir aborto para profissionais	2	3
			julgamento – mulheres têm medo de admitir aborto, porque é mal-visto pela sociedade	1	1
		JULGAMENTO – problema das religiões e tabus	julgamento – pessoas mais velhas são mais fechadas para abordar prevenção a ISTs	3	3
			julgamento – religião não deveria influenciar pais sobre educação sexual a adolescentes	1	1
			julgamento – tabus sobre sexo impedem abertura de adolescentes com as mães	2	3
	Direitos sociais (3 entrevistadas, 4 menções)	JULGAMENTO – justiça social	julgamento – adolescentes precisam de mais atenção	1	1
			julgamento – mães que precisam entregar os filhos para adoção foram negligenciadas pelo Estado	1	1

(Continua)

	Enquadramento/ Perspectiva	Agrupamento de julgamentos	Codificação interpretativa aberta	Entrevistadas	Menções
JULGAMENTOS DE MERECIMENTO (27 ENTREVISTADAS, 138 MENÇÕES)			julgamento – mulheres pobres precisam de rede de apoio	1	1
			julgamento – o poder público não cuida das mulheres pobres e vulneráveis	1	1
	Controle (16 entrevistadas, 52 menções)	JULGAMENTO – controle da sexualidade e da natalidade	julgamento – adolescentes não devem ter muita liberdade, pais precisam controlar adolescentes	1	2
			julgamento – adolescentes não deveriam ter relações escondidos dos pais	2	2
			julgamento – adolescentes não deveriam ter vida sexual ativa	1	1
			julgamento – adolescentes não se comprometem com comprimidos e é melhor que tomem injeção trimestral	1	1
			julgamento – adolescentes que querem engravidar não têm consciência da responsabilidade	3	3
			julgamento – algumas mulheres têm filhos para receber auxílio de renda	2	2
			julgamento – as pessoas deveriam prevenir gravidez	1	1
			julgamento – dificuldade de planejamento reprodutivo tem a ver com vulnerabilidade e pobreza	1	3
			julgamento – é melhor abortar do que abandonar ou cuidar mal da criança	1	1
			julgamento – famílias estruturadas fazem planejamento familiar e contracepção	5	7

(Continua)

	Enquadramento/ Perspectiva	Agrupamento de julgamentos	Codificação interpretativa aberta	Entrevistadas	Menções
JULGAMENTOS DE MERECIMENTO (27 ENTREVISTADAS, 138 MENÇÕES)			julgamento – jovens têm mais liberdade do que deveriam	1	1
			julgamento – mulheres adolescentes e jovens não deveriam ter filhos	1	1
			julgamento – mulheres com muitos filhos não deveriam engravidar mais	7	9
			julgamento – mulheres com transtorno mental não cuidam dos filhos e não deveriam engravidar	1	3
			julgamento – mulheres esquecidas ou desorganizadas devem tomar o contraceptivo injetável	1	1
			julgamento – mulheres mais ricas e educadas não erram na anticoncepção	2	2
			julgamento – mulheres muito pobres não deveriam engravidar	3	3
			julgamento – mulheres pobres deveriam escolher casar mais tarde e não ter filhos	3	3
			julgamento – pacientes pobres que engravidam não têm perspectiva de futuro e são inconsequentes	2	2
			julgamento – pais e mães que maltratam crianças devem entregá-los para adoção	2	2
	Ideal de comportamento e papel de gênero (21 entrevistadas, 43 menções)	JULGAMENTO – comportamentos adequados e inadequados para mulheres	julgamento – gestantes que não se cuidam podem estar relacionadas a drogas, baile funk, ter mais de um parceiro e falta de prevenção	1	1
			julgamento – mães precisam ser rígidas com seus filhos	1	1

(Continua)

	Enquadramento/ Perspectiva	Agrupamento de julgamentos	Codificação interpretativa aberta	Entrevistadas	Menções
JULGAMENTOS DE MERECIMENTO (27 ENTREVISTADAS, 138 MENÇÕES)			julgamento – mulheres devem gastar dinheiro com condução para ir a consultas e não para comprar cigarro	1	1
			julgamento – mulheres não deveriam ir ao baile funk	2	2
			julgamento – mulheres não deveriam ter mais de um parceiro	4	4
			julgamento – mulheres não deveriam usar drogas	1	1
			julgamento – mulheres não deveriam usar roupas curtas	1	1
		JULGAMENTO – o cuidado é responsabilidade das mulheres, papel feminino	julgamento – mães não deveriam recusar vacina para os filhos	2	2
			julgamento – mulheres deveriam cuidar dos seus filhos	3	3
			julgamento – mulheres deveriam planejar a gravidez	2	3
			julgamento – mulheres deveriam se preocupar com prevenção a ISTs e gestação	5	6
			julgamento - mulheres e meninas são mais abertas do que homens e meninos a ouvir e fazer contracepção e prevenção	13	16
			julgamento – mulheres gestantes se vinculam mais facilmente	1	1
		JULGAMENTO – LGBTQIAPN+ é população de risco para ISTs	julgamento – homossexuais são mais expostos a ISTs	1	1
	Natalismo (7 entrevistadas, 10 menções)	JULGAMENTO – defesa da vida e essencialismo sobre maternidade	julgamento – aborto viola vida de criança	2	2
			julgamento – homens jovens não devem fazer vasectomia	1	2

(Continua)

	Enquadramento/ Perspectiva	Agrupamento de julgamentos	Codificação interpretativa aberta	Entrevistadas	Menções
JULGAMENTOS DE MERECIMENTO (27 ENTREVISTADAS, 138 MENÇÕES)			julgamento – mulheres não deveriam abortar	5	5
			julgamento – mulheres são naturalmente mães e homens têm que aprender a serem pais	1	1
	Posição social (12 entrevistadas, 19 menções)	JULGAMENTO – desinformação é problema do público de baixa renda	julgamento – adolescentes não se informam	2	2
			julgamento – em geral, pacientes procuram o planejamento familiar quando já estão grávidas	1	1
			julgamento – existe muita desinformação sobre contracepção e prevenção	8	10
			julgamento – mães e pais desinformados prejudicam a atenção a pacientes adolescentes em saúde sexual e reprodutiva	2	2
		JULGAMENTO – renda melhor como problema de adesão ao posto	julgamento – gestantes que têm convênio não valorizam o postinho	1	1
			julgamento – pacientes mães ricas são piores de atender	2	2
	Saúde materno-infantil (10 entrevistadas, 14 menções)	JULGAMENTO – saúde da mulher importa por causa da saúde da criança	julgamento – adolescentes gestantes são irresponsáveis e faltam em consultas	2	2
			julgamento – adolescentes são irresponsáveis e não se cuidam	2	2
			julgamento – gestantes adolescentes não se comprometem com pré-natal	1	1
			julgamento – gestantes devem se cuidar por causa das crianças	1	1

(Continua)

Enquadramento/ Perspectiva	Agrupamento de julgamentos	Codificação interpretativa aberta	Entrevistadas	Menções
		julgamento – gestantes não deveriam usar drogas	2	2
		julgamento – mães e gestantes que não se cuidam prejudicam a criança	3	6

Fonte: Elaborado pelas autoras.