

[Artigos Originais]

Distinções, Mediações Excludentes e Desigualdades: a Governança da Saúde Reprodutiva de “Cadastradas Difíceis”*

Jaciane Milanezi¹

¹Pesquisadora de Pós-doutorado no Programa Internacional de Pós-Doutorado (IPP) do Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (CEBRAP). Pesquisadora Afro/Cebrap. São Paulo, SP, Brasil.

✉ E-mail: jaciane.milanezi@cebrap.org.br  ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0505-5345>

DOI: <https://doi.org/10.1590/dados.2024.67.2.315>



*Agradeço aos comentários recebidos a versões preliminares desse artigo, em especial, à Adriana de Resende Barreto Vianna (UFRJ), Clélia Francelina Pondja (Observatório do Cidadão para Saúde de Moçambique), Elisa Hipólito (USP), Eduardo Cesar Leão Marques (USP), Graziella Moraes Silva (IHEID), Lúcia Helena Guerra (UFPE), Márcia Regina de Lima Silva (USP), Maria Hermínia Tavares de Almeida (CEBRAP), Roberto Rocha Coelho Pires (IPEA), Valéria Ribeiro Corossacz (UNIMORE), Verônica Toste Daflon (UFF) e ao grupo de pós-doutorandas(os) do Cebrap. A pesquisa foi financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e desdobramentos posteriores pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (2019/13877-4).

RESUMO

Distinções, Mediações Excludentes e Desigualdades: a Governança da Saúde Reprodutiva de “Cadastradas Difíceis”.

O artigo analisa a categorização de usuárias de unidades básicas de saúde como “cadastradas difíceis” e como essa distinção repercute em vivências para acessar os cuidados reprodutivos nessas burocracias. Evidencia-se que a semântica “difícil” produziu diferenciação social entre as usuárias a partir de estigmas reprodutivos e da elegibilidade aos serviços pela avaliação comportamental delas, majoritariamente, negras, pobres e dependentes dos serviços públicos. Identificam-se vivências discriminatórias delas nas burocracias quando a ideia de “difícil”, regras inapropriadas dos serviços e processos decisórios das equipes produziram mediações excludentes para que elas acessassem os cuidados reprodutivos. O artigo se baseia em uma etnografia de três unidades, no Rio de Janeiro, e em 57 entrevistas com profissionais de saúde realizadas entre 2015 e 2017. A análise é orientada por abordagens interseccionais das desigualdades, de estigmas reprodutivos e da governança de vulneráveis, contribuindo sobre como mediações excludentes transformam distinções em desigualdades.

Palavras-chave: desigualdades; estratégia saúde da família; mulheres negras; relações raciais; saúde reprodutiva

ABSTRACT

Distinctions, Exclusionary Mediations, and Inequalities: The Reproductive Health Governance of “Difficult Patients”

The article examines the way the categorization of patients as “difficult patients” impacts their access to reproductive care in primary healthcare clinics. Using an ethnographic approach, it focuses on three public clinics in Rio de Janeiro and analyzes 57 interviews with health professionals conducted between 2015 and 2017. The analysis draws on intersectional approaches to inequality, reproductive stigmas, and the governance of vulnerable populations to show how the “difficult” label and its semantics, primarily applied to black and poor women who depend on public services, has led to a social differentiation of healthcare users based on reproductive stigmas and service eligibility from an assessment of their behavior. The notion of “difficult” combines with inadequate rules and decision-making by health clinic teams to promote discriminatory experiences through exclusionary mediations in their access to reproductive healthcare. The findings contribute to a better understanding of the way exclusionary bureaucratic mediation transforms distinctions into inequalities.

Keywords: inequalities; family health strategies; black women; racial relations; reproductive health

RÉSUMÉ

Distinctions, Médiations Excludantes et Inégalités : la Gouvernance en Santé Reproductive des «Difficiles à Enregistrer».

L'article analyse la catégorisation des utilisateurs des unités de santé de base comme «difficiles à enregistrer» et comment cette distinction affecte les expériences d'accès aux soins de reproduction dans ces bureaucraties. Il est évident que la sémantique « difficile » a produit une différenciation sociale entre les utilisateurs en fonction des stigmates reproductifs et de l'éligibilité aux services en fonction de leur évaluation comportementale, principalement noire, pauvre et dépendante des services publics. Leurs expériences discriminatoires dans les bureaucraties sont identifiées lorsque l'idée de règles « difficiles », inappropriées des services et des processus décisionnels des équipes, a produit des médiations d'exclusion pour qu'elles accèdent aux soins de reproduction. L'article est basé sur une ethnographie de trois unités à Rio de Janeiro et sur 57 entretiens avec des professionnels de la santé réalisés entre 2015 et 2017. L'analyse est guidée par des approches intersectionnelles des inégalités, des stigmates reproductifs et de la gouvernance des personnes vulnérables, contribuant à la façon dont l'exclusion les médiations transforment les distinctions en inégalités.

Mots-Clés: inégalités; stratégie de santé familiale; femmes noires; relations raciales; santé reproductive

RESUMEN

Distinciones, Mediaciones Excluyentes y Desigualdades: la Gobernanza de la Salud Reproductiva de “Registradas Difíciles”

El artículo analiza la categorización de usuarias de unidades básicas de salud como “registradas difíciles” y cómo esa distinción repercute en vivencias para acceder a los cuidados reproductivos en esas burocracias. Se evidencia que la semántica “difícil” produjo una diferenciación social entre las usuarias a partir de estigmas reproductivos y de la elegibilidad de los servicios a partir de su evaluación comportamental, mayoritariamente a negras, pobres y dependientes de los servicios públicos. Se identifican vivencias discriminatorias de las mujeres en las burocracias con la idea de “difícil”, reglas inapropiadas de los servicios y procesos de toma de decisiones de los equipos produjeron mediaciones excluyentes para su acceso a los cuidados reproductivos. El artículo se basa en una etnografía de tres unidades de atención en Rio de Janeiro y 57 entrevistas con profesionales de salud realizadas entre 2015 y 2017. El análisis está orientado por abordajes interseccionales de las desigualdades, de estigmas reproductivos y de la gobernanza de vulnerables, contribuyendo a la reflexión sobre cómo las mediaciones excluyentes transforman distinciones en desigualdades.

Palabras clave: desigualdades; estrategia salud de la familia; mujeres negras; relaciones raciales; salud reproductiva

Introdução

Numa unidade básica de saúde carioca, com 270 m², com 64% de *cadastros* negros, num *território* com expectativa de vida de 68 anos, conflito armado e “esquecida pela gestão”, como diversos profissionais de saúde me relatavam, eu (branca) perguntei a uma agente comunitária de saúde (negra) quem seriam os *cadastros* mais “problemáticos” para ela cuidar. “Eu acho que os mais problemáticos são as mães”, me respondeu. Eu estimei comparações, após acostumada com as categorias burocráticas: “então, as mães são mais problemáticas que os tuberculosos?”. Ela afirmou que as mães eram “problemáticas”, pois não levavam seus “muitos filhos” para as consultas no horário e dia conforme as regras daquela unidade.

Longe 7.5 km, em outra unidade carioca, com 1.050 m², com 54% de *cadastros* negros, em *território* com expectativa de vida de 69 anos, conflito armado e gerida como equipamento “exemplar” (gestor de unidade, negro), eu fazia a mesma pergunta à educadora física (negra). “Tem uns bem difíceis de lidar, mudar o hábito, aceitar o que é correto”, ela me contava. Pelas regras daquela unidade, os *cadastros* apenas poderiam participar de atividades físicas com tênis. Ela avaliou o efeito da regra: “seria ideal o tênis, mas sei que nem todo mundo tem, o exercício físico se torna discriminador”.

A uma distância de 12.5 km à frente, numa unidade de 1.560 m², com 67% de *cadastros* brancos, em *território* com 78 anos de expectativa de vida, sem cotidiano de conflitos armados, eu também observava narrativas sobre “cadastros difíceis”. Numa entrevista com uma médica de família (branca), ela me falou das gestantes que cuidava naquele *território*, as comparando com as gestantes de uma favela carioca. Ela avaliou que suas gestantes eram “responsáveis” e que aderiam ao pré-natal, mas, na favela, elas “não iam às consultas, não realizavam os exames, chegavam já com fases avançadas de gestação para iniciar o pré-natal”.

Em todas as três unidades, o meu tema de pesquisa (a saúde da população negra) incomodava os profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF). Porém, o relato sobre e a exposição dos(as) “difíceis” à pesquisadora indicavam uma gramática de governança de populações (Fassin *et. al.*, 2015) com repercussões à governança reprodutiva (Browner e Sargent, 2011; Fonseca, Marre e Rifiotis, 2021), sem mencionar raça, classe ou gênero de *usuários(as)* (Yanon, Haar e Völke, 2016).

Essas narrativas sobre “cadastrados difíceis” se referiam à parte da população que utilizava três Unidades Básicas de Saúde (UBS) na cidade do Rio de Janeiro (RJ). O Sistema Único de Saúde (SUS) utiliza a nomenclatura *cadastrados(as)* para indicar moradores(as) de *territórios* delimitados para a gestão da saúde em espaços físicos como UBS, conforme as diretrizes da Atenção Primária à Saúde (APS)¹. *Cadastrados(as)* são pessoas *vinculadas* a uma equipe multiprofissional da ESF e, por isso, acompanhadas pelos(as) profissionais para a promoção da saúde no decorrer da vida.

No município do RJ, dados da prefeitura indicam que 81,90% dos *cadastrados* adultos da APS são mulheres, 69,99% se declaram pardos e pretos e 38,47% trabalham. Possuem, em média, 47 anos e três filhos, sendo que metade está em relações estáveis (casado, ajustado). Em termos de saúde, 75,04% relatam diabetes e 66,47% hipertensão. As mulheres são beneficiárias do Bolsa Família e do Família Carioca (Harzheim, Hauser e Pinto, 2015). Nesse sentido, o público típico da ESF carioca é de mulheres, negras, adultas, com doenças crônicas, beneficiárias de programas de transferência de renda e que exercem a maternidade.

Esse artigo analisa como *cadastradas* e *usuárias* dos serviços sexuais e reprodutivos dessas unidades eram socialmente diferenciadas por semânticas locais verbalizadas por profissionais, a exemplo de “difíceis”. Consequentemente, como elas acessavam esses serviços quando a categoria era mobilizada durante o processo decisório de entrega dos mesmos. Eu evidenciei um conjunto de vocábulos usados pelos(as) profissionais para se referirem aos *cadastrados(as)*, a exemplo de “difícil”, e como os termos eram incorporados no cotidiano dos cuidados sexuais e reprodutivos das mulheres. Identifiquei que os vocábulos serviam a um processo de distinção social (Lamont e Fourmier, 1992) entre as mulheres como uma prática ordinária (Sharma e Gupta, 2006) da governança reprodutiva estatal (Browner e Sargente 2011). Essa distinção se baseava em estigmas da reprodução feminina (Fernandes, Holanda, Marques, 2021) e era conseqüente à elegibilidade delas aos serviços públicos pela avaliação do comportamento (Lotta e Pires, 2020). Por fim, evidenciei reprodução de desigualdades (Therborn, 2012) no acesso aos serviços sexuais e reprodutivos quando a ideia de “difícil” foi incorporada pelas equipes em tomadas de decisões para implementação dos serviços.

Meu argumento central é que o tipo de acesso aos serviços sexuais e reprodutivos pelas “cadastradas difíceis” dependeu das mediações para acessar o Estado (Dubois, 2020; Brito e Schuch, 2019). No caso estudado, elas

experimentaram os serviços por meio de violência simbólica (Bourdieu, 2014), sujeição (Auyero, 2011) ou discriminação (Parker, 2013) quando mediações excludentes foram executadas pelas equipes com base nas regras da política e nas representações sociais da reprodução feminina do próprio Estado. Quando essas mediações se basearam em regras inapropriadas à vida das mulheres, estigmas da reprodução e julgamentos de elegibilidade aos serviços pelo comportamento, as mediações foram centrais à transformação de distinções em desigualdades.

Este artigo contribui para a literatura sobre a reprodução de desigualdades a partir do Estado (Shore e Wright, 1997; Das e Poole, 2004; Schneider e Ingram, 2005; Vianna, 2005; Harrits e Moller, 2011; Fassin *et. al.*, 2015; Das, 2015; Brito e Schuch, 2019; Pires, 2019; Dubois, 2020). No campo das desigualdades, me oriento pela perspectiva de Therbon, (2012) que analisa as hierarquias sociais a partir dos mecanismos que produzem posições subordinadas. Também, pelas perspectivas interseccionais que indicam que as desigualdades se relacionam com a articulação das categorias das diferenças e impactam de formas singulares nas oportunidades de vida das mulheres negras (Hankivsky e Jordan-Zachery, 2019; Gonzalez, 2020). Em específico, colaboro aos campos analisando como políticas reprodutivas brasileiras repercutem nas desigualdades em saúde por meio das mediações burocráticas (Giffin e Costa, 1999; Fernandes, Holanda, Marques, 2021; Fonseca, Marre e Riflotis, 2021).

O texto está organizado em seis seções, incluindo esta introdução. Na próxima, eu contextualizo a existência dos direitos sexuais e reprodutivos no Brasil, a partir da atuação dos movimentos feministas perante o Estado e da materialização desses direitos na ESF. Circunscrevo também os principais conceitos teóricos que orientaram a análise, como estigmas, merecimento e encontros burocráticos. Na seção 3, forneço as explicações metodológicas da pesquisa. Na seção 4, analiso a existência, os sentidos e as repercussões simbólicas dos vocabulários mais usados no cotidiano das unidades na vida das *cadastradas*. Na seção 5, analiso como a ideia de “difícil” potencializou vivências discriminatórias nos cuidados sexuais e reprodutivos. Por fim, na seção 6, concluo a análise e lanço questões para avançar com pesquisas sobre mediações burocráticas na ESF.

No decorrer do texto, os termos em *itálico* se referem a expressões típicas da ESF. Eles estão marcados para ressaltar os efeitos que geram na vida das populações governadas, em termos de adaptação às práticas e controles do Estado (Dubois, 2018). Os termos e frases entre aspas são

falas de interlocutores(as) da pesquisa, coletados durante os 22 meses de etnografia nas três unidades e/ou nas 57 entrevistas em profundidade realizadas com profissionais. Todos os nomes retratados são fictícios para preservar a confidencialidade das organizações e pessoas.

A saúde reprodutiva entre leis, burocracias e vivências

Normas Globais, Políticas Locais e a Permanência das Desigualdades

Os direitos sexuais e reprodutivos são garantias às mulheres para a liberdade de conduzir a vida sexual e reprodutiva (UNFPA, 2004). A Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, em 1994, no Cairo, Egito, é considerada um dos principais marcos internacionais para a inclusão desses direitos nas agendas governamentais. Em quase três décadas do plano de ação da conferência, os grandes consensos internacionais se encontram em diferentes estágios de implementação entre os países signatários, como a redução da mortalidade materna e infantil, o acesso das mulheres à educação e aos cuidados reprodutivos pelos sistemas de saúde (Martins, 2019). Esses direitos versam, por exemplo, sobre a autonomia das mulheres em procriar sem sofrerem discriminação ou violências em relação à quantidade de filhos e o momento da reprodução.

No Brasil, esses direitos se constroem pela luta política dos diversos movimentos feministas e LGBT, atuantes desde o ciclo das conferências multilaterais sobre as mulheres, entre 1976 e 1985 (Década Internacional da Mulher) (Carrara, 2013; Caldwell, 2017; Aguião, 2018; Blay, Avelar e Rangel, 2019). Nas relações multilaterais e em diversos contextos nacionais, as tentativas de reversão desses direitos sempre existiram (Montiel, Umel e Leon, 2015; Corrêa, 2018). No país, os movimentos contrários ganharam escala a partir do impeachment da presidente Dilma Rousseff, em 2016, e se intensificaram com o governo de Jair Bolsonaro (2019 a 2022), a exemplo de demandas pela criminalização do aborto, abstinência sexual, patologização da homossexualidade, dentre outros (Miskolci e Pereira, 2018; Cunha, 2020).

Nacionalmente, um resultado desse processo foi a mudança da abordagem estatal de cuidado da saúde reprodutiva das mulheres (Vianna e Lacerda, 2004; Caldwell, 2017). Em contraste ao controle da natalidade pela esterilização feminina que recaía em mulheres negras e pobres (Cae-

tano, 2004), os movimentos sociais feministas conquistaram a adoção da perspectiva *integral* pelas políticas de saúde reprodutiva. A *integralidade* pode ser entendida como integrar serviços de saúde, considerar as condições biológicas e sociais da saúde e promover a participação do cidadão nas escolhas de cuidado (Pinheiro, Gerhardt e Asensi, 2017). Por isso, o Estado passou a institucionalizar cuidados amplos e em todas as fases da vida reprodutiva feminina (Giffin e Costa, 1999).

Em paralelo, o princípio da *integralidade* era mobilizado pelo movimento sanitaria brasileiro (Pinheiro e Couto, 2013). Globalmente, a *integralidade* esteve presente no marco internacional da Atenção Primária à Saúde (APS), a Declaração de Alma-Ata, da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em 1978, na República do Cazaquistão. Ambos os movimentos – feministas e sanitaria – lograram institucionalizar a *integralidade* como princípio oficial do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecido pelas leis nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990. No Brasil, em termos de políticas públicas, o principal programa que orienta os cuidados estatais em torno da mulher, pela perspectiva da *integralidade*, é o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), instituído, em 1983, a partir das relações entre os movimentos feministas e o Estado (Osis, 1998). A partir do PAISM, o Estado brasileiro passou oficialmente a governar a saúde da mulher pela *integralidade* e *planejamento familiar*. Mais recentemente, em 2009, a institucionalização da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) foi um marco importante de focalização à saúde das populações negras, em especial às mulheres negras, introduzindo uma perspectiva interseccional às políticas reprodutivas (Oliveira, 2004; Caldwell, 2017; Lima e Rios, 2019).

Muitos desses direitos são vivenciados em burocracias municipais oficialmente intituladas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Nessas organizações, o cotidiano de serviços sexuais e reprodutivos contempla expedientes (pré-natal, por exemplo), profissionais (médicos de família) e dinâmicas (grupos de gestantes) bem institucionalizados por regras formais (Miranda, 2021). Algumas das unidades implementam a Estratégia Saúde da Família (ESF) (Nogueira, 2016), política oficializada no Brasil, em 1997, que passou a organizar a Atenção Primária brasileira, desde 2006, conforme a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). A ESF tem como foco o cuidado da saúde por *territórios* municipais, pela prevenção de doenças

e promoção da saúde pela perspectiva da *integralidade*. Por isso, a ESF foi projetada para promover a saúde com base nos determinantes sociais em oposição à abordagem biomédica (Bonet, 2014).

Para cumprir com a *integralidade*, a ESF é composta de equipes multiprofissionais, como agentes comunitários de saúde (ACS), enfermeiros e médicos de família (Bonet, 2014; Lotta, 2015; Milanezi *et. al.*, 2020). O cotidiano de trabalho desses profissionais é constituído por consultas médicas, visitas domiciliares, reuniões de equipe, ações de educação e prevenção à saúde nos *territórios*, preenchimento de sistemas de informações estatais, dentre outros expedientes.

Pesquisas municipais sobre o perfil de *usuários(as)* da ESF convergem em identificar que são mulheres, negras, pobres, adultas, em fase reprodutiva, com doenças crônicas e beneficiárias de programas sociais (Harzheim, Hauser e Pinto, 2015; Matos e Tourinho, 2018). Essas burocracias são centradas nas mulheres, com quadros burocráticos femininos e com muitos serviços voltados à saúde reprodutiva (Pinheiro e Couto, 2013). Podemos dizer que a ESF é uma forma de administração estatal que controla a saúde com base em corpos de mulheres negras (Foucault, 1988, Marcondes, 2013).

Apesar do estabelecimento da *integralidade* e da expansão da ESF nacionalmente, não conseguimos mudar o quadro de desigualdade no acesso aos serviços sexuais e reprodutivos entre mulheres brancas e negras. Berquó e Lago (2016), a partir de dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2006, identificaram que mulheres negras, com menor escolaridade, pior classe econômica e sem plano de saúde apresentaram desfechos mais desfavoráveis, por exemplo, menor quantidade de consultas de pré-natal. A pesquisa Nascer no Brasil, avaliou 23.894 prontuários de mulheres, entre 2011 e 2012, indicando maior razão de chance de mulheres negras possuírem pré-natal inadequado (Leal *et. al.*, 2017). Num período de 13 anos, entre 2001 e 2014, identificou-se que estágios avançados de câncer de mama foram mais prevalentes em mulheres negras (Santos-Silva *et. al.*, 2019).

No caso específico da cidade do Rio de Janeiro, o indicador de saúde Urban Health Index (UHI) também evidenciou resultados desiguais na cidade (Bortz, 2015). Na composição do índice, são considerados oito indicadores de saúde (diabetes, mortalidade infantil, tuberculose, doenças isquêmicas do coração, câncer de mama e do colo do útero, acidente

de trânsito, homicídio, HIV), correlacionados positivamente com renda, educação e raça/cor. O UHI evidencia a evolução da saúde, entre 2002 e 2010, mas indica a manutenção das desigualdades raciais em saúde entre os bairros cariocas.

Um Cotidiano entre Estigmas, Elegibilidade e Encontros Burocráticos

A literatura sobre estigmas e saúde já evidenciou que este é um processo de atribuição de status negativo a grupos que possibilita atitudes hostis aos membros do grupo estigmatizado (Goffman, 1963; Parker, 2013). Como consequência, expectativas normativas são socialmente elaboradas sobre como esses grupos deveriam ser ou se comportar. Esses estudos identificam que a atribuição de estigmas passa por categorização, estereotipagem e rejeição social dos grupos. Dentro das políticas sociais, estigmas são mecanismos de controlar a população governada (Das, 2001; Dubois, 2018; Abramovitz, 2018).

As perspectivas interseccionais possibilitam melhor analisar a relação entre estigmas e as diferenças nas políticas públicas (Hankivsky e Jordan-Zachery, 2019). Por exemplo, Abramovitz (2018) argumenta que, no contexto norte-americano, a distinção entre mulheres desejáveis e indesejáveis aos serviços públicos se baseia na noção de ética familiar. Esta é uma norma social que atribui os papéis do casamento, maternidade e cuidado às mulheres. As pesquisas da autora evidenciam que as políticas norte-americanas têm sido mais apropriadas às mulheres brancas de extratos sociais mais altos e inapropriadas às mulheres negras, jovens, mães, solteiras e trabalhadoras.

No Brasil, um conjunto de pesquisas sociológicas e antropológicas analisam a dimensão generificada e racializada do Estado a partir das ideologias, burocracias, práticas e agentes estatais (Mariano e Carloto, 2009; Vianna 2013; Fernandes, Holanda e Marques, 2021). Essas pesquisas identificam que políticas públicas, gênero, raça e sexualidade são construções mútuas, sendo que as categorias da diferença já constituem as tecnologias de governo (Foucault, 1988; 2006). As diferenças criam matices na forma de gerir os grupos (Aguião, 2017), implicam em processos de distinção (Fernandes, 2019) e distribuição desigual dos controles do Estado às mulheres (Vianna e Lowenkron, 2017).

Na década de 90, nos primórdios do PAISM e da ESF, a pesquisa etnográfica de D'Oliveira e Schraiber (1999) analisou as interações entre profissionais e *usuárias* de um centro de saúde, em São Paulo. Os achados indicaram o choque entre as práticas dos profissionais, ancoradas nos objetivos oficiais do PAISM, e a agência das *usuárias* perante os cuidados – como recusa ou concordância. Em função do desencaixe entre a vida real delas e os cuidados prescritos, as pesquisadoras evidenciaram as broncas dos profissionais nas mulheres pelo fato delas não se olharem, tocarem e monitorarem seus corpos como demandado pelo Estado.

Ribeiro-Corossacz (2009) evidenciou etnograficamente as representações sociais da procriação em duas maternidades cariocas como opostos modelos reprodutivos, relacionados à classe e cor das gestantes. Um modelo estava associado às classes populares e negras, em que a reprodução era narrada pelo quadro burocrático como descontrolada (muitos filhos), retrocesso e as mulheres eram acusadas de serem passivas à coincidência entre sexualidade e reprodução. Outro modelo era associado às classes médias e brancas, narrado como reprodução controlada (poucos filhos), moderna e as mulheres eram vistas como ativas à separação entre sexualidade e reprodução.

Mais recentemente, Fernandes (2019) analisou o percurso de mulheres pobres e negras entre creches, casas de mulheres que cuidam de crianças, consultas em unidades básicas de saúde e leitos em hospitais. Ela identificou discursos e práticas nesses espaços direcionados a essas mulheres que geriram os serviços pela acusação da sexualidade delas como “erradas”, “irresponsáveis” e “problemáticas”. Essas mulheres eram acusadas de ter vários parceiros, muitos filhos e não planejar a gravidez. Essas acusações se associavam a outras, as mulheres eram apontadas como as responsáveis pela demanda excedente ao Estado por mais vagas em creches, consultas em unidades e leitos em hospitais. Após duas décadas de dossiê central sobre a saúde sexual e reprodutiva de *usuárias* do SUS (Giffin e Costa, 1999), Fernandes, Holanda e Marques (2021) aglutinaram recentes pesquisas etnográficas que ainda evidenciam a violência simbólica e a discriminação delas dentro dos equipamentos de saúde.

No campo da implementação de políticas públicas (Pires, Lotta e Torres Junior, 2018), desde os anos 80, pesquisas se dedicam a estudar a construção do merecimento dos serviços pelos valores incorporados nas categorias estatais (Lipsky, 1980/2010; Schneider e Ingram, 2005). Para esses autores, merecimento é um processo social de elegibilidade de grupos

alvos aos serviços públicos, a partir de categorias oficiais e não oficiais das políticas. A elegibilidade está articulada com representações sociais dos grupos governados e expectativas amplas sobre quem deve ser governado e de qual forma. As categorias estatais podem reproduzir e criar identidades estigmatizadas de *usuários(as)*, inclusive por eles mesmos, a partir da experiência com as burocracias (Marins, 2017).

Estudos da implementação em diversos contextos nacionais acumulam achados sobre a construção do merecimento pela discricionariedade dos(as) profissionais durante a implementação dos serviços em burocracias locais (Maynard-Moody e Muscheno, 2003; Harrits e Møller, 2011; Lotta e Pires, 2020). As pesquisas convergem em evidenciar que categorias não oficiais revelam o nível de merecimento dos serviços pelos profissionais, a depender do comportamento dos(as) governados(as). As categorias também estão articuladas a representações morais dos profissionais, que funcionam como esquemas interpretativos da população atendida e que podem influenciar na entrega dos serviços.

A partir dessa perspectiva, Miranda (2021) identificou como representações amplas da reprodução feminina (natalismo, controle populacional, direitos e saúde materna) serviram localmente como base para o julgamento de merecimento e elegibilidade de mulheres aos serviços sexuais e reprodutivos. Ela analisou percepções sobre as *usuárias* desses serviços em unidades básicas de saúde, no município de São Paulo, por meio de entrevistas e vinhetas com profissionais da ESF. Ela evidenciou que termos como “difíceis” estiveram associados à reiteração dos papéis sociais do feminino, à culpabilização das mulheres pelos quadros burocráticos como imaturas e irresponsáveis e a narrativas de potenciais encaminhamentos discriminatórios aos cuidados sexuais e reprodutivos.

Todos esses campos disciplinares argumentam pela centralidade da dimensão moral em torno dos *usuários(as)*. Como argumentam Fassin *et. al.* (2015), o Estado existe na vida das pessoas a partir de regras e valores. Em síntese, as pesquisas sobre a gestão reprodutiva de *usuárias* indicam a necessidade de elas negociarem a procriação com o Estado e que estigmas são centrais nessa experiência. Esses estigmas atribuem papéis sociais ao corpo das mulheres (Miranda, 2021), possibilitam julgamentos dos modelos sexuais-reprodutivos das classes populares e negras (Fonseca, 1997) e geram consequências simbólicas e distributivas a partir dos equipamentos de saúde (Sauvegrain, 2012; Pondja, 2017).

Esse cotidiano pode ser analisado por meio das interações entre *cadastradas* e o complexo burocrático. Muitas das pesquisas sintetizadas evidenciam essas interações desde a institucionalização do PAISM. Na perspectiva de Vincent Dubois (2020:24-31), interações burocráticas são denominadas de encontros burocráticos e definidos como interações administrativas assimétricas entre profissionais e *usuários(as)* para acessar o Estado. Interações constituem o cotidiano da administração pública e são atravessadas por regras oficiais e informais, rotinas locais, discricionariedade de profissionais e moralidades em torno dos(as) dependentes do Estado de Bem-Estar Social. A seguir, a análise se dedica aos encontros com um grupo das políticas sociais brasileiras, as *cadastradas* “difíceis” da Estratégia Saúde da Família (ESF).

Explicações metodológicas e as Unidades Básicas de Saúde (UBS)

Este artigo se baseia em dados qualitativos coletados para minha tese de doutorado, a partir da etnografia de três unidades de saúde e entrevistas em profundidade com profissionais que trabalhavam nessas organizações, no município do Rio de Janeiro². Essas unidades são consideradas na pesquisa como “burocracias de nível de rua” (Lipsky, 2010; Brodtkin, 2016). Em consonância com esses autores, adotei essa categoria para delimitar as unidades dentro de um grupo de burocracias com duas características peculiares, a interação e a discricionariedade. Nessas organizações, os profissionais interagem diretamente com o cidadão, controlando o acesso às políticas públicas, em função da alta discricionariedade que possuem. Conforme essa literatura, discricionariedade é entendida como margem de escolha desses profissionais para a implementação dos serviços, em função dos contextos organizacionais, profissionais e valores amplos em que estão inseridos.

A etnografia ocorreu por 22 meses, entre 2015 e 2017, com foco no cotidiano organizacional das unidades. As três unidades eram urbanas e, como descrito no prólogo, possuíam diferente composição racial dos *cadastrados(as)*, segundo os sistemas de informações das unidades³. A unidade precária era exclusivamente voltada a uma única favela, responsável pelo atendimento de 21.123 *usuários(as)*, sendo a maioria classificada como negra (pretos e pardos). A unidade modelo se localizava em uma região de três favelas e um bairro de classe alta, responsável por 22.561

usuários(as), sendo a maioria classificada como negra. A unidade central se localizava em bairro de classe alta, atendia a 8.232 *usuários(as)*, sendo a maioria classificada como branca.

As entrevistas ocorreram com 57 profissionais que atuavam nas unidades, no decorrer de 2017. Elas seguiram um roteiro semiestruturado, construído após o período etnográfico e focado nas narrativas dos(as) profissionais sobre suas trajetórias profissionais, ESF, unidade, *cadastros(as)*, desigualdades raciais em saúde e PNSIPN.

A distribuição quantitativa das entrevistas, por unidade, foi de 20 entrevistas na unidade precária, 19 na unidade modelo e 18 na unidade central. O universo dos(as) entrevistados(as) foi variado em termos de raça/cor e categorias profissionais de uma equipe de ESF. Entretanto, o universo foi concentrado em mulheres, fato justificado pelo contingente de trabalhadoras nas unidades. Do total, 46 eram mulheres: 8 enfermeiras, 8 agentes comunitárias de saúde, 7 médicas de família, 4 gerentes de unidade, 3 dentistas, 3 assistentes sociais, 3 técnicas de enfermagem, 2 educadoras físicas, 2 técnicas administrativas, 1 farmacêutica, 1 psiquiatra, 1 psicóloga, 1 técnica de odontologia, 1 agente de vigilância em saúde e 1 auxiliar de limpeza. O restante das entrevistas foi composto por 11 homens: 3 médicos de família, 2 técnicos de enfermagem, 1 gestor de unidade, 1 dentista, 1 farmacêutico, 1 técnico de farmácia, 1 agente comunitário de saúde e 1 agente de vigilância em saúde. Por isso, o texto retrata bastante as categorias profissionais também no feminino.

Em relação à raça/cor das pessoas entrevistadas, conforme categorias do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 22 eram brancas (18 mulheres e 4 homens), 17 pretas (14 mulheres e 3 homens), 17 pardas (13 mulheres e 4 homens) e 1 amarela (mulher). Entre as três primeiras classificações raciais (branca, preta, parda), há representantes de todas as categorias profissionais de uma equipe de ESF. A única profissional a se declarar amarela foi uma enfermeira⁴.

Na descrição empírica do material no texto, a classificação racial das pessoas foi realizada de duas formas: autodeclaração (majoritariamente) ou heteroclassificação. Quando se tratava de uma profissional que aceitou participar da entrevista e com quem eu tive a oportunidade de coletar a raça/cor, considereirei a raça indicada a partir da autodeclaração deles(as), conforme a pergunta a seguir que não oferecia categorias raciais: “Você se classifica racialmente e como?”. As categorias indicadas pelas pessoas

entrevistadas se distribuíram em 9 opções: branca (21), negra (20), parda (8), morena (2), nenhuma (2), preta (1), mestiça (1), miscigenada (1), amarela (1). Quando não foi possível coletar a autodeclaração racial, caso de interlocutoras que não aceitaram participar das entrevistas e dos *cadastros(as)*, utilizei a heteroclassificação racial. Para minha classificação, utilizei as duas categorias raciais mais mobilizadas no universo empírico, branca e negra, e considerei os fenótipos das pessoas, associados à minha suposição (uma pesquisadora das relações raciais brasileiras, mulher e branca) deles(as) sofrerem discriminação racial no Rio de Janeiro.

Para este artigo, os registros de campo e as entrevistas foram analisadas a partir de quatro categorias de análise. Semânticas, em referência aos termos mais utilizados nas unidades para se aludir aos *cadastros(as)*. Estigmas, em relação aos estereótipos negativos sobre a saúde sexual e reprodutiva operantes nas unidades. Comportamentos de *cadastros(as)*, os aprovados e reprovados. Mediações, os casos de interações entre *cadastros(as)* e as unidades.

Em síntese, tomo como caso empírico três unidades de saúde urbanas cariocas, em distintos territórios racialmente segregados e com diferentes condições institucionais de implementação da ESF. As similaridades entre as unidades eram que todas implementavam a ESF, possuíam poucos expedientes de equidade racial em saúde e seus quadros burocráticos eram resistentes à focalização da saúde na população negra, como analisado em outra oportunidade (Milanezi e Silva, 2019).

A distinção

Léxico, Grupos e Estigmas da Reprodução

Um aspecto que o vocábulo “difícil” revelava era a dificuldade da implementação do princípio da *integralidade*. Uma das profissionais assim avaliou o contexto das *cadastradas*: “Mulheres com muitas dúvidas. Por trás dessa demanda sempre há uma vulnerabilidade. Essas mulheres vêm com muito afã de resolver, de querer ajuda” (assistente social, negra, unidade modelo). Em paralelo aos desafios de governar a saúde populacional com base nos determinantes sociais, eu identificava que o termo “difícil” podia significar representações da população atendida.

No cotidiano das três unidades, era comum as profissionais vocalizarem os seguintes termos para se referirem aos *cadastrados(as)*: agressivos, barraqueiros, brigões, complexos, complicados, difíceis, mal-educados, mansos, não-aderentes, nervosinhos, problemas, problemáticos, quietinhos, rebeldes, resistentes, trabalhosos, tranquilos. Os grupos mais qualificados assim foram: “mães” (em referência às mulheres que reproduzem), “novinhas” (em referência às mulheres que reproduzem, na adolescência, entre 10 e 19 anos), moradores de favelas, moradores de rua, prostitutas, ex-usuários de planos privados de saúde, homens, diabéticos, hipertensos, idosos, pessoas com transtornos mentais, pessoas com HIV/Aids e tuberculosos.

O conforto em qualificar *cadastrados(as)* naqueles termos ocorria em conversas informais entre as profissionais, em reuniões de equipe, nas *visitas domiciliares* e em entrevistas com a pesquisadora. Eu observava que era confortável aos quadros burocráticos alocá-los(as) nessas distinções sem hesitação. Como no prólogo do artigo, quando eu perguntava às profissionais sobre *cadastrados(as)* difíceis para cuidar da saúde, eu obtinha confirmações e uma disponibilidade discursiva delas em falar sobre os “casos complexos”:

Pessoas mais resistentes, que não aceitam, que não entendem que a maior importância do seu cuidado de saúde é você mesmo se cuidar, não responsabilizar o profissional de saúde. Pessoas que não entendem que se eu me cuidar, alimentar e fizer atividade física, evitarei um exame de sangue. A pessoa tem que se responsabilizar (enfermeira, branca, unidade modelo).

No caso da unidade central, quatro grupos estigmatizados encarnavam a figura de “difícil”. Um deles eram as “decadentes”, mulheres de classe média que perderam o plano privado de saúde por causa do desemprego e passaram a usar a unidade, majoritariamente brancas. Outro grupo era o das empregadas domésticas⁵, mulheres negras e pobres que moravam naquele *território*, durante a semana, nas casas de famílias de classe média, em função do serviço doméstico. Também, as gestantes do prédio 247, que eram moradoras de um edifício considerado uma favela vertical por profissionais e outros residentes do bairro. Por fim, as *usuárias* das favelas, as mulheres periféricas avaliadas com estados ruins de saúde e acusadas de nunca cumprirem com as regras da ESF. Nessa unidade, em geral, as *cadastradas* eram consideradas mais “tranquilas” que as das favelas, inclusive as “decadentes”. Para as profissionais, eu encontraria mais gestantes “difíceis” nas periferias. Na unidade central, a semântica

“difícil” podia significar mulheres, pobres, negras e consideradas desleixadas com a saúde, um estigma racial presente em outros contextos da diáspora africana (Davis, 2019).

Na unidade modelo, fui convidada a acompanhar profissionais numa *visita domiciliar* a um “caso complexo”. Jasmim era uma jovem mulher negra, com transtornos mentais, dois filhos pequenos e casada com um integrante do tráfico de drogas. Ela raramente saía do *território* e apenas descia o “morro” se acompanhada por alguém da sua confiança. Como a ACS dela identificou que Jasmim estava sem nenhum método contraceptivo em dia e que a casa úmida propiciaria à tuberculose, uma *visita domiciliar* foi organizada com médico de família (branco), médica de família residente (branca), assistente social (negra), ACS (negra) e pesquisadora (branca). Assim que entramos na casa, a assistente social começou a verificar a arrumação da cozinha, aprovando a limpeza da casa. Ela sugeriu à Jasmim deixar comidas prontas em panelas no fogão para a futura visita do Conselho Tutelar, que avaliaria a capacidade dela continuar cuidando dos seus filhos. Nós seguimos para a sala, onde o médico e a residente explicaram à Jasmim como escovar os dentes dos filhos, passar a pomada nas feridas das crianças e manter a casa arejada. Em seguida, despida, Jasmim recebeu uma injeção de contraceptivo. A equipe ficou aliviada, pois ela estaria impedida de ter outro filho por três meses. Com o tempo, Jasmim ficou quase esquecida no “morro”. A ACS passava para vê-la e verificar se ela estava abrindo as janelas. Em três meses, outra *visita* ocorreria para mais uma injeção. A preocupação da equipe era evitar uma nova gravidez de Jasmim, por ser considerada incapaz de reproduzir. Outras pesquisas também evidenciam avaliações de incapacidade reprodutiva de mulheres com deficiência intelectual e física com efeitos à esterilização das mesmas (Araújo e Araújo, 2021).

Na unidade precária, a ideia de “difícil” era constantemente mobilizada pelos(as) profissionais para se referirem às mulheres do Perdurar (uma ocupação) e do Sophia Town (a *microárea* mais pobre). Entre as profissionais, era comum o julgamento das gestantes do Perdurar como “lá, a gestante tem menos responsabilidades com a vida dela e do bebê” (ACS, negra). Numa reunião de equipe do Sophia Town sobre a situação de 40 gestantes, observei uma médica (branca) expor à equipe a preocupação com o aumento de gravidez entre adolescentes daquela área. Ela perguntou às ACS: “será que o nosso planejamento familiar não está funcionando?”. “Elas querem é pegar filho, começar cedo, é uma cultura da comunidade, muito difícil”, as agentes opinaram.

Nas unidades pesquisadas, termos como “difíceis” referenciavam o perencimento social das *cadastradas* e *usuárias* dos serviços sexuais e reprodutivos. Eles forneciam sentidos às mulheres por meio de estigmas reprodutivos e expectativas sociais de controle da reprodução delas (Foucault, 1988), a exemplo de sobrecarregarem os serviços de saúde (Fernandes, 2019), não saberem se cuidar (Cabral e Brandão, 2021), serem negligentes com a saúde (Pondja, 2017) e terem modelos reprodutivos equivocados (Ribeiro-Corossacz, 2009).

Avaliação Comportamental, Merecimento dos Serviços e Responsabilização do Cuidado

No cotidiano das unidades, a categoria difícil servia à avaliação do comportamento das *cadastradas* perante a lógica de funcionamento daquelas burocracias. Os seguintes comportamentos eram os mais reprovados pelas equipes: desconhecer as regras das unidades, não as entender, descumpri-las, questioná-las, não cuidar da saúde conforme o estabelecido pelas equipes, demandar demais dos(as) profissionais, continuar em estados ruins de saúde. No caso dos serviços de saúde sexual e reprodutiva, eu identificava reprovação do comportamento das “difíceis” quando elas se tornavam “mães sem se planejar” – um jargão verbalizado por diversos profissionais, ao iniciarem os serviços de pré-natal e nos cuidados posteriores com os filhos. Dessa forma, a gravidez, o nascimento dos filhos e a maternidade das *cadastradas* continuavam centrais para analisar as relações de poder para acessar os cuidados do Estado (D’Oliveira e Schraiber, 1999; Ribeiro-Corossacz, 2009; Fazzioni, 2018).

Ao se tornarem “mães”, em todas as três unidades, a gravidez era mais bem-vista se dentro de um modelo planejado; e os casos que se afastavam do modelo planejado eram considerados “complexos”. Como sintetizou esse médico: “se ela quer esse filho, se isso faz parte da história dela, é uma mulher que conseguiu ir para faculdade, estudar, faz mestrado, doutorado. De repente, a maternidade faz parte, mas dentro de um projeto” (médico, branco, unidade modelo). Conforme a literatura evidencia, o modelo reprodutivo planejado está associado às mulheres brancas de classe média (Ribeiro-Corossacz, 2009) e depende de aprendizagem de códigos culturais de gênero e sexualidade (Cabral e Brandão, 2021).

Somava-se à expectativa da gravidez planejada a ideia que as mulheres deveriam ser saudáveis para reproduzir, culminando, por exemplo, na cena anterior de controle da reprodução de Jasmim e menos nos cuidados

mentais dela. Parte da reprovação da gestação dessas mulheres ocorria por elas serem acusadas de não conseguirem mudar desfechos ruins de saúde, a exemplo da hipertensão e diabetes. Como essa profissional referenciou suas gestantes: “Tem aquelas que estão querendo muito a gravidez. Se fosse no Vidigal, quase todo mundo não queria estar. Tem algumas [gestações] que foram planejadas. Agora, eu peguei uma que engravidou, tomando remédio de hipertensão e não podia ter sido assim. Eu já tinha feito a consulta para o planejamento familiar. De repente, aparece grávida” (médica, branca, unidade central). A literatura também evidencia as gestações socialmente reprovadas entre mulheres consideradas não saudáveis, a exemplo de mulheres com HIV/Aids, com transtornos mentais ou entre grupos socialmente estigmatizados, como moradoras de rua, prostitutas, lésbicas e mulheres encarceradas (Mattar e Diniz, 2012).

As consultas de pré-natal e os cuidados posteriores com os filhos deveriam seguir à risca o estabelecido pelas regras das unidades, a despeito das condições sociais das “mães”. As mulheres mais vulneráveis dos *territórios* tendiam a ser avaliadas como as que mais descumpriam essas regras, a exemplo das “novinhas”: “...são as que dão mais trabalho, não vêm às consultas, faltam, não querem esperar. Quando você realiza a busca ativa, estão na rua, conversando e bebendo. A gente não devia ficar de babá, o paciente é corresponsável”, avaliou essa profissional (técnica de enfermagem, branca, unidade central). Na unidade precária, essa ACS considerou “rebelde” a gestante que não tinha iniciado o pré-natal, pois a agenda da enfermeira não coincidia com a folga de trabalho da *cadastrada*: “por coincidência, no dia que ela veio, a enfermeira não estava, marquei para ela voltar e ela não voltou. Falei que quinta não tem atendimento, troca a sua folga” (agente comunitária de saúde, parda).

Esses comportamentos reprováveis ficavam mais claros quando eu era exposta às gestantes classificadas como “fáceis”, “mansas”, “quietinhas”, “tranquilas”. Como me explicou a médica da unidade modelo sobre gestantes “fáceis”:

Pré-natal de baixo risco, gestações planejadas e desejadas, de mulheres sem comorbidades, que têm uma boa adesão ao pré-natal, que conseguem fazer os exames, que têm uma experiência de parto excelente, com uma boa adesão ao aleitamento, que trazem as crianças para a puericultura para vacinar (médica, negra, unidade modelo).

Da forma como cada categoria me era apresentada, eu identificava que “cadastradas fáceis” faziam parte de um grupo de mulheres que não é o público majoritário da ESF. Elas eram mulheres com bons estados de saúde em função das condições de vida que as possibilitavam se cuidar, procriar e até se comportar perante as unidades da forma como as profissionais desejavam e/ou as regras da política estabeleciam. De fato, a categoria “fáceis” revelava um ideário de mulher autônoma nos cuidados em saúde e submissa às regras do Estado. Mas, como a literatura evidencia, mulheres *usuárias* das políticas sociais têm dificuldade de se comportar conforme os modelos prescritos por causa das vulnerabilidades sociais em que se encontram (D’Oliveira e Schraiber, 1999; Fazzioni, 2018).

O contraste entre “difíceis” e “fáceis” me permitiu evidenciar que essas semânticas sustentavam julgamentos de merecimento dos serviços associados aos comportamentos das *cadastradas*. A relação entre categorização informal de *usuários* e elegibilidade aos serviços pelo comportamento também foi evidenciada em outro contexto municipal, na cidade de São Paulo (Lotta e Pires, 2020; Miranda, 2021). Em específico, a avaliação da capacidade individual das *usuárias* aderirem aos cuidados em saúde a despeito das suas condições sociais.

Nas unidades cariocas, as profissionais repercutiam em seus cotidianos os princípios de autonomia da própria política que implementavam. Pesquisas sobre a governança de pobres em outros contextos do Estado de Bem-Estar Social evidenciam que a ideia de capacidade individual está embutida nas representações sobre políticas sociais (Fassin *et. al.*, 2015; Dubois, 2018). No caso brasileiro, esse ideário se manifesta em políticas afirmativas para pessoas negras e pobres acessarem o ensino superior (Venturini, 2019) ou nas políticas de assistência social, (Jaccoud e Abreu, 2019), onde *beneficiárias* são sistematicamente interpretadas como as responsáveis por ultrapassarem as suas condições de vida.

Na Atenção Primária à Saúde (APS), a perspectiva de capacidade individual está presente nessa complexidade a partir das ideias de *autonomia* e *responsabilidade* (Camargo-Borges, Mishima e McNamee, 2008). Pires (2019, pg. 27-33) chama a atenção para os efeitos das políticas às desigualdades a partir do desenho institucional das mesmas. Ele sugere mais análise sobre como valores já fixados nos objetivos oficiais dos programas repercutem nos processos de implementação. Como argumentam Cabral e Brandão (2021), em relação aos direitos sexuais e reprodutivos, a dimensão relacional é pouco tratada pelas políticas e a ênfase ocorre mais no aspecto

individual, geralmente associado à ideia de escolha contraceptiva pelas mulheres. Desde a concepção desses direitos, os movimentos feministas questionam a demanda de autonomia se as mulheres não têm condições sociais de exercê-la (Corrêa e Petchesky, 1996).

Nas unidades pesquisadas, a responsabilização das mulheres foi um dos efeitos da ideia de autonomia do cuidado. Muitas profissionais responsabilizavam as *cadastradas* pela incapacidade delas ultrapassarem as suas condições sociais de vida. Essas profissionais argumentavam que *cadastradas* não conseguiam melhorar suas condições de saúde por culpa delas: não se esforçavam o suficiente para irem às consultas, não entendiam o que o médico orientava, não cumpriam com as regras das unidades. A justificativa para um estado de saúde ruim e as acusações de descompromisso com os cuidados recaía, em última instância, na mulher culturalmente inábil e não no social, nem nas regras das unidades. Dessa forma, a ficção “difícil” ecoava a ideia de capacidade individual e podia alocar nas mulheres toda a responsabilidade de cuidarem de si, independentemente das adversidades sociais, conformando um cuidado individualista e estigmatizante (Camargo-Borges, Mishima e McNamee, 2008).

Em síntese, ao rastrear os comportamentos aprovados e reprovados, eu identifiquei que o termo “difícil” revelava fronteiras simbólicas (Lamont e Fournier, 1992) entre grupos de *cadastradas*, um processo de distinção com base nos estigmas interseccionais da reprodução (Fernandes, Holanda e Marques, 2021) e com repercussões à avaliação dos comportamentos (in)desejáveis perante aquele modelo de cuidado em saúde (Lotta e Pires, 2020). Em termos de distinção social, a semântica “difícil” indicava que certos grupos de *cadastradas* (por exemplo: empregadas domésticas, moradoras das *microáreas* mais vulneráveis e adolescentes) eram compreendidas como “complexas” por pertencerem a grupos cujos comportamentos são coletivamente estigmatizados.

A principal característica que relacionou categorias profissionais à ideia de “cadastradas difíceis” foi o repertório de ação (Swidler, 1986) em relação a ações afirmativas na saúde pública. Um desses repertórios foi a resistência, uma estratégia de rejeição à focalização da saúde, pois essa política era mais percebida como uma ação racista do Estado que discriminaria brancos nas clínicas. A resistência se baseava na ideia de que as desigualdades raciais em saúde resultam do comportamento cultural dos indivíduos. Os profissionais que mais mobilizaram o repertório de

resistência também acionaram a ideia de “cadastrados(as) difíceis”. O perfil desses profissionais era difuso, sendo de diferentes origens sociais e raça/cor.

Em contraste, um grupo de profissionais mobilizou outro repertório de ação perante a focalização, o engajamento. Essa era uma estratégia de aceitação da política afirmativa nas unidades, pois percebida como uma política para enfrentar as desigualdades raciais em saúde. O repertório de engajamento se baseia na ideia de que essas desigualdades resultam da intersecção de raça, gênero e classe dos usuários(as). Os profissionais que mais mobilizaram o repertório de engajamento negaram a ideia de “cadastradas difíceis”. O perfil desses profissionais foi de mulheres, negras, com ensino superior completo e beneficiárias da política afirmativa no ensino superior.

Mediações excludentes

No cotidiano das unidades, a ideia de “difícil” podia ser incorporada às tarefas corriqueiras da ESF, como bater metas, averiguar endereço, delimitar temas nos grupos de cuidados, fazer *busca ativa*. Nos serviços sexuais e reprodutivos, observei que quando essa distinção se articulou com regras inapropriadas e processos decisórios inadequados à vida das *cadastradas*, era possível a configuração de mediações excludentes. Por mediações excludentes, eu defino as interações entre *cadastradas* e as organizações burocráticas para acessar os serviços que resultaram em vivência discriminatória, a exemplo de sujeição (Auyero, 2011), violência simbólica ou exclusão (Bonet, 2013). A seguir, analiso algumas dessas mediações cujas consequências foram o enquadramento das *cadastradas* a modelos reprodutivos de mulheres brancas de classe média, o descadastramento delas das unidades e a menor qualidade no usufruto dos serviços.

Enquadrar

Giovana (negra), *cadastrada* da unidade modelo, era também uma *promotora da saúde* naquele território e, por isso, vinculada à Secretaria Municipal de Saúde (SMS) como bolsista desse programa. Ela era, ainda, mãe-adolescente de uma bebê com nove meses. Giovana tinha várias identidades perante a unidade: *cadastrada*, agente do Estado e “mãe”. Ela era constantemente enquadrada por gestores desse programa de bolsistas para se comportar de determinada forma na promoção da saúde sexual e reprodutiva no território. Boa parte das sugestões de Giovana

para administrar a reprodução feminina de mães adolescentes era desconsiderada pelos gestores. Por exemplo, ela sugeria mudar o perfil do grupo de gestantes da unidade, composto de mulheres adultas em uniões estáveis, para abordar mais as vivências de gestação entre adolescentes solteiras. Apesar de representar experiências de reprodução de muitas mulheres daquele *território*, Giovana era constantemente culpabilizada em reuniões de planejamento, por não ser uma *cadastrada* modelo, a exemplo de não saber se planejar, reproduzir, nem se alimentar. “Você não tem nenhum planejamento, Giovana, o que será feito em cada mês?”, perguntou uma funcionária da SMS (branca), quando Giovana justificou não ser possível o planejamento das atividades em função do cotidiano de conflito armado. “Isso não seria apenas do seu interesse, Giovana?”, disparou outra representante da SMS (branca) quando Giovana sugeriu mudar o foco do grupo das gestantes para os dilemas da maternidade na adolescência. “Vocês poderiam ter falado com a mãe dele, a mãe explica”, disparou outro representante (branco), quando o grupo de bolsistas sugeriu explicar o uso da camisinha diretamente aos jovens do *território*. “Ah, Giovana, me oferece uma fruta, uma pera, mas chocolate?”, criticou outra gestora pública (branca) quando Giovana a ofereceu um pacote de biscoito recheado, ao final de uma das reuniões.

Quando eu conversava com as profissionais sobre as gestantes das unidades, era comum a indicação da gestante adolescente como um caso “difícil” e relatos sobre a implementação dos serviços às “novinhas”. Na unidade precária, por exemplo, uma assistente social (negra) avaliou que as equipes investiam mais em monitorar as mulheres adultas: “as mais amadurecidas, eu acho que funciona. Segundo a equipe, ela tem maturidade para escolher ser mãe. Já as adolescentes, eu não vejo, por exemplo, rolando busca ativa”. A avaliação do merecimento dos serviços às gestantes adolescentes também ocorria na unidade central, principalmente, quando as profissionais se referiam às gestantes dos pontos mais vulneráveis daquele *território*, ou quando me contavam sobre as gestantes das favelas. Quando eu conversei com uma das gestoras dessa unidade sobre *cadastradas* que ela percebia serem tratadas de formas diferentes, ela exemplificou pelo atendimento à gestante-adolescente: “Não é bem preconceito, mas não sabe lidar com isso, a forma de falar, quase que é – você buscou isso, então segura a barra, você não procurou ficar grávida? Tivesse evitado antes” (gestora, branca, unidade central).

Descadastrar

Numa reunião de equipe da unidade central, as empregadas domésticas Glória e Vilma foram avaliadas com uma condição de saúde ruim para participar da meta de preventivos estabelecida pela prefeitura: 30 papicolau, no respectivo mês, para cada uma das equipes daquela unidade. Para bater a meta, a estratégia escolhida por uma das equipes foi realizar o preventivo nas empregadas domésticas, pois elas foram consideradas como necessitadas do exame. Mas, foram escolhidas apenas as empregadas “fáceis”, que já eram autorizadas a frequentarem a unidade por seus patrões e que fossem à coleta sem novas demandas de saúde para não inflacionar “casos complexos”. Por isso, a equipe excluiu da ação as consideradas “difíceis”, a exemplo de Glória e Vilma.

Glória foi avaliada com uma condição de saúde “muito ruim” para participar do preventivo, pois estava hipertensa, diabética e não se cuidava: “malcriada” (agentes de saúde). “Corta”, ordenou a enfermeira (morena). Glória não foi convidada para fazer o preventivo. Vilma tinha diabetes altíssima, avaliada como uma mulher que não comparecia para os exames de controle, nem era encontrada mais na casa da patroa. A equipe desconfiava que ela não fosse mais moradora do bairro, o que permitiria o descadastro da ESF. “Acho que ela não mora mais lá. Verifique na vizinhança, antes de retirar. Ela vai acabar pipocando [a saúde vai piorar] e está na minha área”, orientou a enfermeira.

A prática de “descadastrar” usuárias foi observada nas três unidades. Oficialmente, o descadastro deveria ocorrer se *cadastrados(as)* não comprovassem moradia nos *territórios*, mas essa regra poderia ser burlada a depender da relação das *cadastradas* com as profissionais. Em outra ocasião, na unidade central, uma ACS (branca) estava decidida a “descadastrar”: “eu não conheço a mãe, só esse avô, mas a mãe nunca está, trabalha, eu tenho que ver um jeito para provar que ela não mora, se ela não mora, a criança não mora, aí eu peço para descadastrar” (agente de saúde, branca, unidade central). Num dia, no *Acolhimento* da unidade precária, eu interagia com duas ACS (negras) quando elas começaram a conversar entre si sobre suas *cadastradas*. Uma profissional avisou à outra que estava pensando em “descadastrar” uma mulher em função do comportamento dela na última semana. Antes, em função da amizade que a ACS tinha com essa mulher, a agente a cadastrou na unidade utilizando o endereço de parentes que moravam no *território*. Mas, com o tempo e uso dos serviços, a amiga começou a reclamar da unidade e fez “barraco”

na *sala da administração*. Por isso, a agente conversaria com a mulher e ameaçaria de descadastro caso ela não mudasse o comportamento. A outra profissional concordou e compartilhou que estava pensando em “descadastrar” também uma “problema”.

Desconfiar

Na próxima mediação, há a presença física da *cadastrada* na unidade e sua falta de traquejo com as regras; uma “sem noção”. Marta (negra) falava por uma gestante parindo no “morro” e foi tratada com opacidade e descrédito. Era o fim da manhã na unidade precária e eu estava na *sala da administração* com duas enfermeiras, Gina (enfermeira, branca) e Cláudia (enfermeira, mestiça), que alimentavam dados nos sistemas de informação. Marta (negra) entrou na sala e ficou parada em frente à porta. A primeira impressão que eu tive era que ela estava paralisada por algum motivo. Em voz baixa, ela perguntou como se fazia para ligar para o *Cegonha Carioca*⁶. As duas enfermeiras se olharam e nada falaram. Marta entrou um pouco mais na sala e, com a voz trêmula, apenas foi compreensível que sua amiga, Flávia, “lá em cima no morro”, estava em trabalho de parto. “Vocês podem ligar?”, nos perguntou.

As profissionais negaram o pedido. “Olha o telefone ali”, apontaram à Marta. Gina (enfermeira, branca) se prontificou a anotar o telefone do *Cegonha* num papel. Cláudia (enfermeira, mestiça) passou a me explicar que as profissionais não podiam ligar para as gestantes, pois atrapalhavam o fluxo de atendimento do programa. Em lágrimas, Marta começou a digitar os números, tirou o telefone do ouvido e o estendeu para mim. Eu, finalmente, peguei o telefone e liguei. A funcionária do *Cegonha* atendeu e Marta conseguiu dizer: “Você pode socorrer uma paciente? Ela está em trabalho de parto. Eu não sei explicar direito”. Enquanto ocorria a ligação, a agente comunitária de saúde Kátia (negra) entrou na sala, se aproximou de Marta, perguntou o nome da gestante e começou a esbravejar com a enfermeira que ela teria que negociar com o tráfico de drogas para a ambulância subir.

Eu avisei às profissionais que Marta não estava conseguindo explicar o endereço da gestante, ainda. A ACS Kátia esbravejou comigo: “deixa que eu falo”. Ela pegou o telefone da mão de Marta, bateu-o no gancho e ordenou: “espera lá no *Acolhimento*”. A agente de saúde decidiu me explicar que desconfiava de Marta e Flávia: “...é doida, não sabe de nada”. Mas,

para tirar a dúvida, a agente começou a contatar os familiares e vizinhos da gestante por ligações e whatsapp, para confirmar se Flávia estava, realmente, em trabalho de parto.

Por fim, uma médica (branca) entrou na sala e perguntou o que estava acontecendo. A médica, também, optou por explicar a mim: “parece que a fonte não tem certeza”. Em uma das ligações que a ACS fez, alguém confirmou que Flávia estava em trabalho de parto. “Ah, no comecinho?”, a agente repetia essa frase, olhando para a médica. Quando finalizou a ligação, a ACS condenou: “na comunidade não tem isso não, doutora. A mãe liga quando está nas últimas. Pode ficar tranquila. Está tudo certo”.

Assim, a cena se diluiu na *sala da administração* e todas as profissionais voltaram para seus cotidianos de trabalho. Eu segui para a *sala das ACS* e perguntei à Kátia: “chamaram a *Cegonha*?”. “Está no comecinho, é minha *cadastrada*, eu conheço”, a ACS me enquadrou.

Das Distinções às Desigualdades

Esses exemplos de interações administrativas revelam como mediações excludentes para acessar os serviços sexuais e reprodutivos podiam ser construídas institucionalmente, articulando estigmas, princípios oficiais, regras diárias e processos decisórios das equipes. Os estigmas de inapropriada gestação na adolescência, de ruins estados de saúde de mulheres vulneráveis e de adaptabilidade à dor delas se somaram às regras das unidades sobre educação sexual para mulheres adultas, preventivo em “fáceis” e assistência ao parto às que entendem o sistema público. Adicionalmente, os diversos comportamentos dessas mulheres nas unidades (questionamento dos expedientes, ausência em consultas a desconhecimento de protocolos) influenciaram a elegibilidade delas ao grupo de gestantes, ao exame de câncer de colo uterino e ao transporte à maternidade. Como consequência do encontro desses diversos elementos, essas mulheres experimentaram os cuidados reprodutivos por meio de mediações do tipo excludente.

A distinção “difícil” podia funcionar como uma tecnologia de gestão de populações (Foucault, 1988, 2006), a exemplo da espera (Auyero, 2011), do aconselhamento (Lugones, 2012), da peregrinação (Rodrigues *et. al.*, 2015) e do balcão (Escóssia, 2019). Essa gestão reprodutiva era sistemática na vida dessas mulheres, pois não se tratava de uma governança esporádica nas burocracias ou particular de um grupo de profissionais. Nas

três unidades, a análise das interações das *cadastradas* com as burocracias permitiu evidenciar o aspecto institucional dessa forma de acessar o Estado (Dubois, 2018; Brito e Schuch, 2019).

Como os estudos sobre a governança pelo Estado indicam, a mediação burocrática é fundamental para inserir vulneráveis dentro de cuidados (Fassin *et. al.*, 2015; Vianna, 2013; Thelen, Vettters e Benda-Beckmann, 2018; Brito e Schuch, 2019; Pires, 2019; Dubois 2020). Mas a mediação pode operar na manutenção e reprodução de desigualdade se não for constringida por regras ou representações condizentes com a diminuição das desigualdades. Essas mediações são exemplos de como semânticas informais das políticas podem significar mais que processos de distinção e distribuir recursos a partir da moralidade em torno de mulheres dependentes do Estado. Como argumenta Bonet (2013:48) “falar em discriminação e saúde necessariamente remete às configurações das políticas de saúde e às características políticas, econômicas e culturais específicas das populações envolvidas com essas políticas”.

Considerações finais

Neste artigo, analisei os sentidos de vocabulários, a exemplo de “difíceis”, identificados em três Unidades Básicas de Saúde (UBS) da Estratégia Saúde da Família (ESF), no município do Rio de Janeiro. Esses equipamentos públicos se localizavam em diferentes *territórios* da cidade, recebiam atenção desigual da prefeitura e eram pouco institucionalizados para gerir a equidade em saúde (Borrell, Malmusi e Muntaner, 2017).

Em específico, analisei a relação dessas semânticas com a vivência das mulheres para acessar os serviços sexuais e reprodutivos oferecidos pelas unidades, como papanicolaou, concepção, contracepção, pré-natal, planejamento familiar e assistência ao parto. Dessa forma, a categoria “difícil” e sinônimos foram o fio condutor da análise sobre como práticas do Estado, a exemplo de políticas e cuidados reprodutivos, repercutem na produção de diferenças e desigualdades entre mulheres, negras, pobres e dependentes do Estado – o público típico da ESF no Rio de Janeiro.

Identifiquei que os termos compunham uma gramática moral (Fassin *et. al.*, 2015), sobre as *cadastradas* e possibilitaram a distinção (Lamont e Fournier, 1992) entre as mulheres dependentes das burocracias (Vianna e Lowenkron, 2017), com base em estigmas da reprodução feminina (Fernandes, Holanda e Marques, 2021) e com repercussão aos julgamentos de

merecimento dos serviços públicos pelo comportamento (Lotta e Pires, 2020). No aspecto da distinção social, a pesquisa evidenciou que categorias como “difíceis” informaram sobre o pertencimento social das *cadastradas* e os controles governamentais decorrentes dessa posição.

Em paralelo, evidenciei como essa gramática reproduziu desigualdades (Therborn, 2012) no acesso aos serviços sexuais e reprodutivos quando a ideia de “difícil” operou em mediações excludentes, resultando em enquadramento das mulheres a certos modelos reprodutivos, ameaças de descadastramento das unidades, hostilidade e discriminação de gestantes. No caso pesquisado, a produção de desigualdade foi possível pelas mediações excludentes que incorporaram a ficção “difícil”. No aspecto da redistribuição, a pesquisa identificou que categorias como “difíceis” auxiliaram na regulação de oportunidades de cuidados em saúde.

Em síntese, no caso carioca, “cadastrada difícil” era termo que desqualificava mulheres negras e impactava em suas vivências reprodutivas dentro do Estado. A expressão carregava acusações, direcionadas às mulheres, de serem pessoas que não sabiam se cuidar e nem procriar. Em função dos seus pertencimentos sociais e comportamentos nas unidades, as mulheres podiam passar por avaliações informais de elegibilidade aos serviços e experiências discriminatórias.

No fundo, o léxico “difícil” revelou a inadequação de políticas reprodutivas à vida dessas mulheres, desde a ideia normativa de autonomia do cuidado aos condicionantes mais ordinários desse cuidado nas unidades – horários, uso de tênis, saber ligar, ser saudável, gravidez planejada. Seja por princípios oficiais ou por expedientes banais, a política já indicava que essas mulheres não eram merecedoras dos serviços. Como argumentam Schneider e Ingram (2005), a construção social do público-alvo das políticas públicas é uma prática institucional e, como tal, as burocracias transmitem a mensagem sobre como as pessoas serão governadas. No caso estudado, tendo como contexto as relações raciais brasileiras, onde ainda é saliente a etiqueta de não verbalizar termos raciais, categorias como “difíceis” foram saídas semânticas que revelaram formas de gerir populações sem nomear gênero, raça e classe.

Como nos achados sobre governança de populações em outros contextos nacionais, confirma-se, neste caso, que o Estado se materializa na vida das pessoas pelas burocracias locais a partir de valores e regras (Fassin *et al.*, 2015; Thelen, Veters e Benda-Beckmann, 2018; Pires, 2019; Dubois,

1999/2020). E no caso específico da governança reprodutiva, essas mulheres precisaram adaptar, negociar e sujeitar seus corpos a estigmas, rotulagens, leis, e expedientes com efeitos simbólicos e distributivos em suas vidas (Giffin e Costa, 1999; Fernandes, Holanda e Marques, 2021). Para além da identificação dessa administração governamental às mulheres negras no Rio de Janeiro, destaco alguns aspectos em que esse estudo pode contribuir aos diversos campos disciplinares sobre as práticas estatais em relação às *beneficiárias*. Essas reflexões giram em torno das mediações para acessar os serviços, aspecto de escrutínio de diversos campos, seja pelo prisma das práticas cotidianas (Sharma e Gupta, 2006), dos encontros burocráticos (Dubois, 1999/2020) ou da discricionariedade de profissionais (Tummers e Bekkers, 2014).

O primeiro ponto é sobre o papel das medições burocráticas na reprodução de desigualdades pelas políticas públicas. O desenho desta pesquisa, focado no interior das burocracias e no cotidiano das equipes profissionais, permitiu analisar como a mediação excludente foi um mecanismo central à transformação das distinções em desigualdades (Lamont e Fournier, 1992). Como a literatura nos orienta (Elias e Scotson, 2000), a distinção se refere ao universo das diferenças sociais, possui efeitos simbólicos na vida das pessoas e repercute em desigualdades. Mas, a distinção não necessariamente produz hierarquias de oportunidades, pois depende de mecanismos que transformam um fenômeno no outro (Therborn, 2012). No caso estudado, as diferenças sociais se tornaram desigualdades de acesso a partir da mediação excludente. As pesquisas podem contribuir mais em evidenciar como diversos tipos de mediações burocráticas dentro do Estado de Bem-Estar Social podem ser mecanismos de redução ou reprodução de desigualdades.

O segundo ponto é relacionado ao aspecto institucional das mediações. Eu parti do conceito de encontros burocráticos (Dubois, 2020) para analisar as interações entre *cadastrados(as)* e unidades e este foi o conceito orientador para estudar como *usuários* e profissionais conseguiam navegar pelas políticas. Contudo, a partir do caso carioca, evidenciei que o impactante na experiência discriminatória sofrida pelas *cadastradas* foi a articulação de diversos fatores - processo decisório entre os profissionais, com base nas regras cotidianas das burocracias e a partir das regras formais das políticas reprodutivas. Em alguns casos, a mediação excludente até prescindiu das interações face-a-face com elas. Por isso, os dados apresentados nos provocam a pensar para além da discricionariedade de profissionais na construção do merecimento (Maynard-Moody e Musheno, 2003; Lotta

e Pires, 2020) e a analisarmos o processo decisório e relacional dos(as) profissionais, dentro das organizações, diante das regras e das representações sociais do Estado (Møller, 2021).

Há vários limites desta pesquisa para a análise das mediações na vida das *cadastradas*. As burocracias pesquisadas eram pouco equitativas e é necessário investigar como essas mediações ocorrem em unidades que oficialmente implementam ações de equidade em saúde. Também, pesquisas futuras podem se dedicar mais às singularidades dos profissionais de forma a evidenciar outros elementos para a mobilização, ou não, da ideia de “difíceis”, para além dos repertórios de ação perante políticas afirmativas. Outra limitação da análise foi o foco dentro das burocracias e não nas agências das mulheres em torno de mediações excludentes. Por fim, destaco o foco na reprodução feminina em termos heteronormativos, ficando ausentes reflexões sobre outros tipos de governança da sexualidade e reprodução na Estratégia Saúde da Família (ESF).

(Recebido para publicação em 20 de outubro de 2021)

(Aprovado para publicação em 4 de maio de 2022)

Notas

1. Ver a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), Portaria n°. 2.436, de 21 de setembro de 2017, do Ministério da Saúde.
2. A pesquisa seguiu todos os protocolos éticos vigentes, tendo sido autorizada e sua versão final aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS/RJ) e do Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal do Rio de Janeiro (CFCH/UFRJ).
3. Na pesquisa e no texto, as unidades recebem os nomes fictícios de Precária, Modelo e Central pela comparação entre elas em função dos dados demográficos dos territórios, às narrativas dos(as) profissionais e ao investimento político da prefeitura nessas burocracias. A unidade central é o parâmetro, pela posição privilegiada que adquiriu em relação às outras no que se refere ao universo de oportunidades ofertado pelo Estado tanto em seu espaço geográfico como físico.
4. Nesta distribuição, eu considerei a raça/cor autodeclarada pelos(as) profissionais em entrevistas a partir da pergunta sobre a classificação racial deles(as) que oferecia as categorias raciais do IBGE (amarelo, preto, pardo, branco, indígena).
5. No Brasil, 5,5% das pessoas ocupadas são empregadas domésticas, sendo um emprego predominantemente de mulheres, adultas, negras, com baixa escolaridade, baixos salários, poucos direitos trabalhistas e contingente central do mercado de trabalho informal (Lima e Prates, 2019).
6. O Cegonha Carioca é uma política municipal para promover à mãe, na hora do parto, um transporte-ambulância que a leve da sua casa até a maternidade referência da sua área de moradia.

Referências

- Abramovitz, Mimi. (2018), *Regulating the Lives of Women: Social Welfare Policy From Colonial Times to the Present*. New York, Routledge.
- Aguião, Silvia. (2018), *Fazer-Se no “Estado”: Uma Etnografia sobre o Processo de Constituição dos “LGBT” como Sujeitos de Direitos no Brasil Contemporâneo*. Rio de Janeiro, EdUERJ.
- _____. (2017), “Quais Políticas, Quais Sujeitos? Sentidos da Promoção da Igualdade de Gênero e Raça no Brasil (2003-2015)”. *Cadernos do Pagu*, n. 51. DOI: <<https://doi.org/10.1590/18094449201700510007>>.
- Araújo, Geórgia; Araújo, Luana. (2021), “Esterilização Compulsória de Mulheres com Eficiência: Uma Perspectiva Feminista Interseccional”, in: Fernandes, Camila; Holanda, Marianna; Marques, Cinthia (orgs.), *Dossiê Gênero, Reprodução, Sexualidade, Raça e Direitos Sexuais e Reprodutivos. Teoria e Cultura*, v. 16, n. 1, pp. 32-53.
- Auyero, Javier. (2011), “Patients of the State: An Ethnographic Account of Poor People’s Waiting”. *Latin American Research Review*, v. 46, n. 1, pp. 5-29.
- Berquo, Elza; Lago, Tania Di Giacomo do. (2016), “Atenção em Saúde Reprodutiva no Brasil: Eventuais Diferenciais Étnico-Raciais”. *Saúde e Sociedade*, v. 25, n. 3, pp. 550-560.
- Blay, Eva Alterman; Avelar, Lúcia; Rangel, Patrícia (orgs.). (2019), *Gênero e Feminismos: Argentina, Brasil e Chile em Transformação*. São Paulo, Edusp/Fapesp.
- Bonet, Octavio. (2014), *Os Médicos da Pessoa. Um Olhar Antropológico sobre a Medicina de Família no Brasil e na Argentina*. Rio de Janeiro, 7Letras.
- _____. (2013), “Discriminação, Violência Simbólica e a Estratégia Saúde da Família: Reflexões a Partir do Texto de Richard Parker”, in: Monteiro, Simone; Villela, Wilsa (orgs.), *Estigma e Saúde*. Rio de Janeiro, Fiocruz, pp. 47-59.
- Borrell, Carme; Malmusi, Davide; Muntaner, Carles. (2017), “Introduction to the ‘Evaluating the Impact of Structural Policies on Health Inequalities and Their Social Determinants and Fostering Change’ (SOPHIE) Project”. *International Journal of Health Services*, v. 47, n. 1, pp. 10-17.
- Bortz, Martin; et. al. (2015), “Disaggregating Health Inequalities within Rio de Janeiro, Brazil, 2002-2010, by Applying an Urban Health Inequality Index”. *Cadernos de saúde pública*, v. 31, supl. 1, pp. 107-119. DOI: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00081214>>.
- Bourdieu, Pierre. (2014), *Sobre o Estado: Cursos no Collège de France (1989-1992)*. São Paulo, Companhia das Letras.
- Brito, Simone; Schuch, Patrice (orgs.). (2019), “Dossiê Burocracias, Cotidiano e Valores”. *Revista Brasileira de Sociologia*, v. 7, n. 15.
- Brodkin, Evelyn. (2016), “Street-Level Organizations, Inequality, and the Future of Human Services”. *Human Service Organizations: Management, Leadership and Governance*, v. 40, n. 5, pp. 444-450.
- Browner, Carolyn; Sargent, Carolyn. (2011), *Reproduction, Globalization, and the State: New Theoretical and Ethnographic Perspectives*. London, Duke University Press.
- Cabral, Cristiane da Silva; Brandão, Elaine. (2021), “Uma Bricolagem de Experiências Contraceptivas: Desafios Impostos à Gestão da Potencialidade Reprodutiva”, in: Fernandes, Camila; Holanda,

Distinções, Mediações Excludentes e Desigualdades

- Marianna; Marques, Cinthia (orgs.), *Dossiê Gênero, Reprodução, Sexualidade, Raça e Direitos Sexuais e Reprodutivos, Teoria e Cultura*, v. 16, n.1, pp. 21-31.
- Caetano, André Junqueira. (2004), “A Relação entre Cor da Pele/Raça e Esterilização no Brasil: Análise dos Dados da Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde: 1996”, in: Monteiro, Simone; Sansone, Livio (orgs.), *Etnicidade na América Latina: Um Debate sobre Raça, Saúde e Direitos Reprodutivos*. Rio de Janeiro, Fiocruz, pp. 229-247.
- Caldwell, Kia Lilly. (2017), *Health Equity in Brazil: Intersections of Gender, Race and Policy*. USA, University of Illinois Press.
- Camargo-Borges, Celiane; Mishima, Silvana; McNamee, Sheila. (2008), “Da Autonomia à Responsabilidade Relacional: Explorando Novas Inteligibilidades para as Práticas de Saúde”. *Gerai, Revista Interinstitucional de Psicologia*, v. 1, n. 1, pp. 08-19.
- Carrara, Sérgio. (2013), “Discriminação, Políticas e Direitos Sexuais”, in: Monteiro, Simone; Villela, Wilsa (orgs.), *Estigma e Saúde*. Rio de Janeiro, Fiocruz, pp. 143-160.
- Corrêa, Sônia; Petchesky, Rosalind. (1996), “Direitos Sexuais e Reprodutivos: uma Perspectiva Feminista”. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 6, n. (1/2), pp. 147-177. DOI: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73311996000100008>>.
- _____. (2018), “A ‘Política Do Gênero’: Um Comentário Genealógico”. *Cadernos do Pagu*, v. 53, DOI: <<https://doi.org/10.1590/18094449201800530001>>.
- Cunha, Leonam Lucas Nogueira. (2020), “La Antipolítica de Género en el Gobierno de Bolsonaro y sus Dinámicas de Violencia”. *Revista De Estudios Brasileños*, v. 7, n. 14, pp. 49-61.
- D’Oliveira, Ana Flávia; Schraiber, Lilia. (1999), “Violência de Gênero, Saúde Reprodutiva e Serviços”, in: Giffin, Karen; Costa, Sarah Hawker. *Questões da Saúde Reprodutiva*. Rio de Janeiro, Fiocruz, pp. 337-355.
- Das, Veena. (2001), “History of Stigma, Contagion, Defect: Issues in the Anthropology of Public Health”. Paper apresentado na conferência *Stigma and Global Health: Developing a Research Agenda*, setembro, 2001, Maryland, EUA.
- _____. (2015), *Affliction: Health, Disease, Poverty*. Nova York, Fordham University Press.
- Das, Veena; Poole, Deborah (eds). (2004), *Anthropology in The Margins of The State*. Santa Fe, School of American Research Press.
- Davis, Dána-Ain. (2019), *Reproductive Injustice: Racism, Pregnancy, and Premature Birth*. Nova York, New York University Press.
- Dubois, Vincent. (2020), *Sujetos en La Burocracia: Relación Administrativa y Tratamiento de La Pobreza*. Santiago, Ediciones Universidad Alberto Hurtado.
- Dubois, Vincent. (2018), “The State, Legal Rigor, and the Poor: The Daily Practice of Welfare Control”, in: Thelen, Tatjana; Vetter, Larissa; Von Benda-Beckmann, Keebet (eds.), *Stategraphly Toward a Relational Anthropology of the State*. Berghahn, Nova York Oxford, pp. 38-55.
- Elias, Norbert; Scotson, John. (2000), *Os Estabelecidos e os Outsiders: Sociologia das Relações de Poder a Partir de uma Pequena Comunidade*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar.
- Escóssia, Fernanda Melo da. (2019), “A Síndrome do Balcão: Razões, Burocracias e Valores no Cotidiano de Brasileiros sem Documento”. *Revista Brasileira de Sociologia*, v. 7, n. 15, pp. 9-30.

- Fassin, Didier; et. al. (2015), *At the Heart of the State: The Moral World of Institutions*. London, Pluto Press.
- Fazzioni, Natália Helou. (2018), “Situações Precárias: Políticas de Saúde e Experiências de Cuidado na Favela”, in: Castro, Rosana; Engel, Cíntia; Martins, Raysa (orgs.), *Antropologias, Saúde e Contexto de Crise*. Brasília, Sobrescrita, pp. 37-51.
- Fernandes, Camila. (2019), “Figuras do Constrangimento: As Instituições de Estado e as Políticas de Acusação Sexual”. *Mana*, v. 25, n. 2, pp. 365-390.
- _____; Holanda, Marianna; Marques, Cíntia. (2021), *Dossiê Gênero, Reprodução, Sexualidade, Raça e Direitos Sexuais e Reprodutivos. Teoria e Cultura*, v. 16, n. 1. DOI: <<https://doi.org/10.34019/2318-101X.2021.v16.34719>>.
- Fonseca, Cláudia. (1997), “Ser Mulher, Mãe e Pobre”, in: Del Priore, Mary; Bassanezi, Carla (orgs.), *História das Mulheres no Brasil*, São Paulo, Contexto e UNESP, pp. 510-553.
- _____; Marre, Diana; Rifiotis, Fernanda. (2021), *Dossiê Governança Reprodutiva. Horizontes Antropológicos*, v. 27, n. 61.
- Foucault, Michel. (1988), *História da Sexualidade I: A Vontade de Saber*. Rio de Janeiro, Edições Graal.
- Foucault, Michel. (2006), “Governmentality”, in: Sharma, Aradhana; Gupta, Akhil. *The Anthropology of the State: A Reader*. Massachusetts, USA, Blackwell Publishing, pp. 131-143.
- Giffin, Karen; Costa, Sarah Hawker. (1999), *Questões da Saúde Reprodutiva*. Rio de Janeiro, Fiocruz.
- Goffman, Erving. (1988), *Estigma: Notas sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada*. Rio de Janeiro, Guanabara.
- Gonzalez, Lélia. (2020), *Por um Feminismo Afro-Latino-Americano: Ensaios, Intervenções e Diálogos*. Rio de Janeiro, Zahar.
- Hankivsky, Olena; Jordan-Zachery, Julia (eds). (2019), *The Palgrave Handbook of Intersectionality in Public Policy*. Basingstoke, Palgrave Macmillan.
- Harrits, Gitte Sommer; Møller, Marie Østergaard. (2011), “Categories and Categorization: Towards a Comprehensive Sociological Framework”. *Distinktion: Journal of Social Theory*, v. 12, n. 2, pp. 229-247.
- Harzheim, Erno; Hauser, Lisiane; Pinto, Luiz Felipe. (2015), *Avaliação do Grau de Orientação para Atenção Primária em Saúde: A Experiência dos Usuários das Clínicas da Família e Centros Municipais de Saúde na Cidade do Rio de Janeiro*. Relatório Final de Pesquisa PCATool Rio, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina.
- Jaccoud, Luciana; Abreu, Maria Cristina. (2019), “Entre o Direito e a Culpabilização das Famílias: O que Pensam os Trabalhadores do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) sobre as Ofertas e os Beneficiários”, in: Pires, Roberto (org.). *Implementando Desigualdades: Reprodução de Desigualdades na Implementação de Políticas Públicas*. Brasília, IPEA, pp. 485-504.
- Kerstenetzky, Celia Lessa. (2006), “Políticas Sociais: Focalização ou Universalização?”. *Brazilian Journal of Political Economy*, v. 26, n. 4, pp. 564-574.
- Lamont, Michèle; Fournier, Marcel. (1992), *Cultivating Boundaries and The Making of Inequality*. Chicago, The University of Chicago Press.

Distinções, Mediações Excludentes e Desigualdades

- Leal, Maria do Carmo; et. al. (2017), “A Cor da Dor: Iniquidades Raciais na Atenção Pré-Natal e ao Parto no Brasil”. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 33, supl. 1, pp. 1-17.
- Lima, Márcia; Prates, Ian. (2019), “Emprego Doméstico e Mudança Social: Reprodução e Heterogeneidade na Base da Estrutura Ocupacional Brasileira”. *Tempo Social*, v. 31, n. 2, pp. 149-171.
- _____; Rios, Flávia. (2019), “O Feminismo Negro no Brasil: Desafios e Estratégias de Consolidação de Uma Agenda Política na Área da Saúde”, in: Blay, Eva; Avelar, Lúcia; Rangel, Patrícia (orgs.). *Gênero e Feminismos: Argentina, Brasil e Chile em Transformação*. São Paulo: Edusp/Fapesp.
- Lipsky, Michael. (2010), *Street-Level Democracy: Dilemmas of the Individual in Public Services*. Nova York, Russell Sage Foundation.
- Lotta, Gabriela Spanghero; Pires, Roberto. (2020), “Categorizando Usuários ‘Fáceis’ e ‘Difíceis’: Práticas Cotidianas de Implementação de Políticas Públicas e a Produção de Diferenças Sociais”. *Dados*, v. 63, n. 4, pp. 1-40.
- _____. (2015), *Burocracia e Implementação de Políticas de Saúde: Os Agentes Comunitários na Estratégia Saúde da Família*. Rio de Janeiro, Fiocruz.
- Lugones, Maria Gabriela. (2012), *Obrando en Autos, Obrando en Vidas: Fomas y Fórmulas de Protección Judicial en Los Tribunales Preventivos de Menores de Córdoba, Argentina, a Comienzos del Siglo XXI*. Rio de Janeiro, E-papers/LACED/Museu Nacional.
- Marcondes, Mariana Mazzini (org.). (2013), *Dossiê Mulheres Negras: Retrato das Condições de Vida das Mulheres Negras no Brasil*. Brasília: IPEA.
- Mariano, Silvana Aparecida; Carloto, Cássia Maria. (2009), “Gênero e Combate à Pobreza: Programa Bolsa Família”. *Revista Estudos Feministas*, v. 17, n. 3, pp. 901-908.
- Marins, Mani Tebet. (2017), *Bolsa Família: questões de gênero e moralidades*. Rio de Janeiro, UFRJ/Faperj.
- Martins, Richarlls. (2019), “Do Cairo à Nairóbi: 25 Anos da Agenda de População e Desenvolvimento no Brasil”. *Revista Brasileira de Estudos de População*, v. 36, pp. 1-9. DOI: <<https://doi.org/10.20947/S0102-3098a0094>>.
- Matos, Camila Carvalho; Tourinho, Francis Solange. (2018), “Saúde da População Negra: Como Nascem, Vivem e Morrem os Indivíduos Pretos e Pardos em Florianópolis (SC)”. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 13, n. 40, pp. 1-13.
- Mattar, Laura Davis; Diniz, Carmen Simone Grilo. (2012), “Hierarquias Reprodutivas: Maternidade e Desigualdades no Exercício de Direitos Humanos pelas Mulheres”. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v. 16, n. 40, pp. 107-120.
- Maynard-Moody, Steven; Musheno, Michael. (2003), *Cops, Teachers, Counselors: Stories From the Front Lines of Public Service*. Ann Arbor, University of Michigan Press.
- Milanezi, Jaciane; et. al. (2020), “Mulheres Negras na Pandemia: o Caso de Agentes Comunitárias de Saúde (ACS)”. *Informativos Desigualdades Raciais e Covid-19, Afro/Cebrap*, n. 5, dez. 2020.
- _____; Silva, Graziella Moraes. (2019). Silêncio: Reagindo à Saúde da População Negra em Burocracias do SUS, in: Pires, Roberto (org.), *Implementando Desigualdades: Reprodução de Desigualdades na Implementação de Políticas Públicas*. Rio de Janeiro, IPEA, pp. 441-461.

- Miranda, Juliana Rocha. (2021), *Implementação e Desigualdades na Atenção à Saúde Reprodutiva*. Dissertação de Mestrado em Administração Pública e Governo, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo.
- Miskolci, Richard; Pereira, Pedro Paulo. (2018), “Quem Tem Medo de Judith Butler? A Cruzada Moral Contra os Direitos Humanos no Brasil”. *Cadernos do Pagu*, n. 53. DOI: <<https://doi.org/10.1590/18094449201800530000>>.
- Møller, Anne Mette. (2021), “Deliberation and Deliberative Organizational Routines in Frontline Decision-Making”. *Journal of Public Administration Research and Theory*, v. 31, n. 3, pp. 471-488.
- Montiel, Cristina Jayme; Umel, Audris; Leon, Marlene de. (2016), “Discursive Construction of Political Categories and Moral Fields: God versus Rights and Access in a Reproductive Health Legislative Debate”. *Political Psychology*, v. 37, n. 6, pp. 853-866.
- Nogueira, Carolina de Oliveira. (2016), “*Dá Licença, Posso Entrar?*” *Uma Etnografia em uma “Clínica da Família*”. Tese de Doutorado em Antropologia Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- Oliveira, Fátima. (2004), “Saúde Reprodutiva, Etnicidade e Políticas Públicas”, in: Monteiro, Simone; Sansone, Lívio (orgs.), *Etnicidade na América Latina: Um Debate sobre Raça, Saúde e Direitos Reprodutivos*. Rio de Janeiro, Fiocruz, pp. 228-247.
- Osis, Maria José Martins Duarte. (1998), “PAISM: Um Marco na Abordagem da Saúde Reprodutiva no Brasil”. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 14, pp. 25-32.
- Parker, Richard. (2013), “Interseções entre Estigma, Preconceito e Discriminação na Saúde Pública Mundial”, in: Monteiro, Simone; Villela, Wilsa (orgs.), *Estigma e Saúde*. Rio de Janeiro, Fiocruz, pp. 25-46.
- Pinheiro, Thiago Félix; Couto, Márcia Thereza. (2013), “Sexualidade e Reprodução: Discutindo Gênero e Integralidade na Atenção Primária à Saúde”. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, n. 23, pp. 73-92.
- Pinheiro, Roseni; Gerhardt, Tatiana; Asensi, Dutra Felipe (org.). (2017), *Vulnerabilidades e Resistências na Integralidade do Cuidado: Pluralidades Multicêntricas de Ações, Pensamentos e a Reforma do Conhecimento*. Rio de Janeiro, CEPESC/IMS/UERJ, ABRASCO.
- Pires, Roberto (org.). (2019), *Implementando Desigualdades: Reprodução de Desigualdades na Implementação de Políticas Públicas*. Brasília, IPEA.
- _____. (2020), “Encontros Burocráticos e Suas Reverberações Simbólicas: Uma Exploração das Experiências de Interação Cotidiana com Agentes do Estado”. *Boletim de Análise Político-Institucional (BAPI): Classes Sociais, Estado e Desigualdades*, n. 23, pp. 37-47.
- _____; Lotta, Gabriela; Torres Jr., Roberto. (2018), “Burocracias Implementadoras e a (Re)Produção de Desigualdades Sociais: Perspectivas de Análise no Debate Internacional”, in: Pires, Roberto; Lotta, Gabriela; de Oliveira, Vanessa (orgs.), *Burocracia e políticas públicas no Brasil: interseções analíticas*. Brasília, Ipea e Enap, pp. 247-266.
- Pondja, Clélia Francelina Ozias. (2017), *A Mulher em Maputo: Dimensões Antropológicas de Gênero e Reprodução*. Tese de Doutorado em Antropologia, Instituto Universitário de Lisboa, Lisboa.
- Ribeiro-Corossacz, Valéria. (2009), *O Corpo da Nação: Classificação Racial e Gestão da Reprodução em Hospitais da Rede Pública do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro, UFRJ.
- Rodrigues, Diego Pereira; et. al. (2015), “A Peregrinação no Período Reprodutivo: Uma Violência no Campo Obstétrico”. *Escola Anna Nery*, v. 19, n. 4, pp. 614-620. Disponível em <bit.ly/3IEcTJj>.

Distinções, Mediações Excludentes e Desigualdades

- Santos-Silva; et. al. (2019), “Ethnoracial and Social Trends in Breast Cancer Staging at Diagnosis in Brazil, 2001–14: A Case Only Analysis”. *The Lancet Global Health*, v. 7, n. 6, p. 784-797.
- Sauvegrain, Priscille. (2012), “La Santé Maternelle des Africainesen Île-de-France: Racisation des Patientes et Trajectoires de Soins”. *Revue Européenne des Migrations Internationales*, v. 28, n. 2, pp. 81-100.
- Schneider, Anne; Ingram, Helen. (2005), *Deserving and Entitled: Social Constructions and Public Policy*. Albany, State University of New York Press.
- Sharma, Aradhana; Gupta, Akhil (eds.). (2006), *The Anthropology of the State: a Reader*. Massachusetts, Blackwell Publishing.
- Shore, Cris; Wright, Susan. (eds). (2003), *Anthropology of Policy: Perspectives on Governance and Power*. Londres, Routledge.
- Swidler, Ann. (1986). Culture in Action: Symbols and Strategies. *American Sociological Review*, v. 51, n. 2, pp. 273-286.
- Thelen, Tatjana; Vettters, Larissa; Von Benda-Beckmann, Keebet. (2018), *Stategraphy Toward a Relational Anthropology of the State*. Nova York, Berghahn Books.
- Therborn, Göran. (2012), “The Killing Fields of Inequality”. *International Journal of Health Services*, v. 42, n. 4, pp. 579-589.
- Tummers, Lars; Bekkers, Victor. (2014), “Policy Implementation, Street-level Bureaucracy, and the Importance of Discretion”. *Public Management Review*, v. 16, n. 4, pp. 527-547.
- UNFPA – United Nations Population Fund. (2004), *Programme of Action. Adopted at the International Conference on Population and Development*, Cairo, 5-13 September, 1994.
- Venturini, Anna Carolina. (2019), *Ação Afirmativa na Pós-Graduação: os Desafios da Expansão de Uma Política de Inclusão*. Tese de Doutorado em Ciência Política, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- Vianna, Adriana. (2005), “Direitos, Moralidades e Desigualdades: Considerações a partir de Processos de Guarda de Crianças”, in: de Lima, Roberto Kant (org.). *Antropologia e Direitos Humanos 3 – Prêmio ABA/FORD*. Niterói, EdUFF, pp. 13-67.
- _____. (org.). (2013), *O Fazer e o Desfazer dos Direitos: Experiências Etnográficas sobre Política*. Rio de Janeiro, E-papers.
- _____.; Lacerda, Paula. (2004), *Direitos e Políticas Sexuais no Brasil: Mapeamento e Diagnóstico*. Rio de Janeiro, CEPESC.
- _____.; Lowenkron, Laura. (2017), “O Duplo Fazer do Gênero e do Estado: Interconexões, Materialidades e Linguagens”. *Cadernos do Pagu*, n. 51, DOI: <<https://doi.org/10.1590/18094449201700510001>>.
- WHO – World Health Organization. (2019), *Report of the Global Conference on Primary Health Care: from Alma-Ata towards Universal Health Coverage and the Sustainable Development Goals*. Genebra, World Health Organization.
- Yanow, Dvora; Haar, Marleen van der; Völke, Karlijn. (2016), “Troubled Taxonomies and the Calculating State: Everyday Categorizing and ‘Race-Ethnicity’: The Netherlands Case”. *The Journal of Race, Ethnicity, and Politics*, v. 1, n. 2, pp.187-226.