



**Universidade de Brasília**

**Instituto de Ciência Política**

**ÂNGELA OLIVEIRA DE SÁ**

**A ATUAÇÃO DOS BUROCRATAS DE NÍVEL DE RUA NA IMPLEMENTAÇÃO  
DAS POLÍTICAS DE SAÚDE DA MULHER EM RECIFE/PE**

Brasília – DF

Setembro de 2024



**Universidade de Brasília**  
**Instituto de Ciência Política**

**ÂNGELA OLIVEIRA DE SÁ**

**A ATUAÇÃO DOS BUROCRATAS DE NÍVEL DE RUA NA  
IMPLEMENTAÇÃO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE DA MULHER  
EM RECIFE/PE**

Monografia apresentada ao Curso de  
Ciência Política, do Instituto de Ciência  
Política, Universidade de Brasília, como  
requisito para obtenção do grau de Bacharel  
em Ciência Política sob a orientação da  
professora Michelle Vieira Fernandez de  
Oliveira.

Brasília – DF  
Setembro de 2024

## AGRADECIMENTOS

À Amy, Lily e Chica, por serem meu porto seguro em meio ao cansaço da rotina intensa de estudos e trabalho. Sei que nenhuma palavra será capaz de expressar toda a minha gratidão, então escolho um trecho de uma música do Luan Santana, que eu sempre escutava e chorava, lembrando de vocês enquanto estava longe de casa: *“Você é tudo o que eu sempre sonhei, olha pra mim. Linda, deusa, fada, nuvem de amor, pura magia. Quero você, meu sol, minha luz, a minha alegria. Com você sinto de volta a minha paz. Ninguém me faz tão feliz como você me faz”*. Amo vocês!

À minha irmã Andréa, por ser minha inspiração, por ter me incentivado a prestar o vestibular para a UnB e por me escutar e me compreender nos momentos difíceis da graduação.

À minha mãe Maria, que mesmo não compreendendo bem a minha escolha de cursar uma segunda graduação, não somente se mostrou empolgada pela minha conquista, como ofereceu todo tipo de suporte para que eu pudesse mais uma vez me dedicar aos estudos.

À meu pai Francisco, que ao longo dos últimos anos pôde demonstrar enfim seu apoio e felicidade em me ver concluindo duas graduações.

Agradeço ao professor Mateus Gamba Torres, que em uma conversa em 2019, quando eu ainda estava no quarto semestre de Gestão de Políticas Públicas, me incentivou a permanecer na UnB para cursar a dupla graduação em Ciência Política. Sou também grata por ter proporcionado as melhores aulas expositivas ao longo das minhas duas graduações. Eu sempre brincava que cursaria até Cálculo I se a disciplina fosse ministrada por você. Obrigada por todo o apoio ao longo desses anos, professor!

Agradeço imensamente à minha orientadora Michelle, cuja orientação cuidadosa, comentários e sugestões foram decisivos para o aprimoramento deste trabalho. Sua paciência e disponibilidade para me auxiliar nos momentos de dúvida foram fundamentais para o desenvolvimento desta pesquisa.

À Universidade de Brasília, pelo crescimento pessoal, pela ampliação da minha visão de mundo, por todo o conhecimento adquirido, pela pluralidade de pessoas e crenças, pelo acolhimento, pela empatia e por ter despertado em mim o pensamento crítico.

Por fim, gostaria de citar uma frase da Anitta que reflete bem esta importante conquista, a conclusão da minha segunda graduação: *“Hoje eu queria muito agradecer a mim, porque eu não desisti”!*

## RESUMO

Esta monografia examina a incidência da atuação dos Burocratas de Nível de Rua na implementação das políticas de saúde da mulher na atenção primária em Recife/PE. A investigação qualitativa foi conduzida através de entrevistas semiestruturadas e os dados foram analisados utilizando a técnica de análise de conteúdo. Os achados demonstram que os BNRs desempenham um papel fundamental na adaptação das políticas às condições locais e na coordenação do cuidado. Contudo, eles enfrentam desafios estruturais e operacionais, como limitações de recursos e problemas na triagem, que afetam a qualidade do atendimento. A capacidade de adaptação dos BNRs é crucial para ajustar os serviços às necessidades das pacientes. A pesquisa também revela que as crenças e valores pessoais dos BNRs influenciam significativamente a implementação das políticas. Embora muitos profissionais busquem oferecer um atendimento abrangente, a sobrecarga de trabalho e a falta de suporte institucional frequentemente restringem essa capacidade. A resistência a mudanças por parte de alguns profissionais também compromete a eficácia das políticas.

**Palavras Chave:** Burocratas de Nível de Rua, Políticas de Saúde da Mulher, Implementação de Políticas Públicas.

## ABSTRACT

This monograph examines the impact of the Street-Level Bureaucrats (SLBs) on the implementation of women's health policies in primary care in Recife/PE. The qualitative investigation was conducted through semi-structured interviews, and the data were analyzed using content analysis techniques. The findings demonstrate that SLBs play a crucial role in adapting policies to local conditions and coordinating care. However, they face structural and operational challenges, such as resource limitations and issues in triage, which affect the quality of care. The adaptability of SLBs is essential for tailoring services to patient needs. The research also reveals that the personal beliefs and values of SLBs significantly influence policy implementation. While many professionals strive to provide comprehensive care, workload and lack of institutional support often limit this capability. Resistance to change by some professionals also undermines the effectiveness of the policies.

**Keywords:** Street-Level Bureaucrats, Women's Health Policies, Policy Implementation.

## **LISTA DE QUADROS**

**QUADRO 1** – Políticas Públicas e Programas voltados à Saúde da Mulher em Recife/PE

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

**APS** – Atenção Primária em Saúde

**BNR** – Burocrata de Nível de Rua

**DIU** – Dispositivo Intrauterino

**ESF** – Estratégia de Saúde da Família

**IMPLANON** – Contraceptivo Subdérmico

**PEC-SUS** – Prontuário Eletrônico do Cidadão

**SUS** – Sistema Único de Saúde

**UNPSA** – United Nations Public Service Awards

**OEA** – Organização dos Estados Americanos

**OMS** – Organização Mundial da Saúde

**ONU** – Organização das Nações Unidas

**OPAS** – Organização Pan-Americana da Saúde

**USF** – Unidade de Saúde da Família

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	10
<b>1. MARCO TEÓRICO</b> .....	11
1.1 Implementação de Políticas Públicas e a Burocracia de Nível de Rua.....	11
1.2 Burocrata de nível de rua e discricionariedade na Implementação de Políticas Públicas.....	14
<b>2. APRESENTAÇÃO DO CASO</b> .....	17
2.1 Atenção primária à saúde.....	17
2.2 Atenção primária à saúde da mulher em Recife/PE.....	20
<b>3. METODOLOGIA</b> .....	22
<b>4. RESULTADOS</b> .....	25
4.1 A atuação dos Burocratas de Nível de Rua na implementação das políticas de atenção primária à saúde da mulher em Recife/PE.....	25
4.2 A incidência das crenças e ideologias dos Burocratas de Nível de Rua na implementação políticas de atenção primária à mulher em Recife/PE.....	29
<b>5. DISCUSSÃO</b> .....	31
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	34
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	35
<b>ANEXO</b> .....	37

## INTRODUÇÃO

Esta pesquisa é de natureza qualitativa e teve como objetivo analisar de que modo a atuação dos Burocratas de Nível de Rua influencia a implementação das políticas de saúde da mulher na atenção primária em Recife/PE.

O debate sobre a implementação de políticas públicas progrediu ao longo das décadas, passando de abordagens mais rígidas e centralizadas para modelos mais flexíveis e participativos. Inicialmente, a prioridade era garantir que as políticas fossem executadas em total conformidade com o que havia sido planejado pelos formuladores, com pouca margem para adaptações. Isso refletia uma visão de controle centralizado e conferia pouca autonomia aos implementadores. No entanto, dado o aumento da participação de diferentes grupos sociais e atores políticos, o debate sobre a implementação das políticas públicas passa a reconhecer a necessidade de adaptações relativas ao contexto (LOTTA, 2019).

Michael Lipsky (1980) introduziu o conceito de “street-level bureaucracy”, definindo os burocratas de nível de rua como profissionais na linha de frente da implementação de políticas públicas, responsáveis por traduzir políticas formuladas em ações concretas. Lindblom (1959) destaca a discricionariedade como parte do processo de decisões incrementais, onde, diante da complexidade dos desafios sociais, é necessário realizar ajustes nas políticas públicas durante sua implementação. Para Simon (1947), a discricionariedade envolve tomar decisões com base na racionalidade e na informação disponível, permitindo que os atores públicos preencham as lacunas deixadas pelas diretrizes de uma política pública.

No contexto da saúde pública, a atenção primária de saúde representa a porta de entrada para o Sistema Único de Saúde (OPAS/OMS, 2024). Na atenção primária à saúde da mulher, os burocratas de nível de rua exercem um papel crucial na implementação das políticas públicas, atuando como intermediários entre as diretrizes governamentais e as realidades das comunidades (LOTTA, 2010). Os BNRs são os responsáveis por garantir que essas políticas sejam efetivamente implementadas, em conformidade com às necessidades locais, e que o acesso aos serviços de saúde seja facilitado para as mulheres (PAIM; TRAVASSOS; ALMEIDA; BAHIA; MACINKO, 2011).

A escolha do tema desta pesquisa foi motivada pela importância dos burocratas de nível de rua na implementação das políticas públicas de atenção primária à saúde da

mulher. Partiu-se da hipótese de que as representações, valores e crenças desses profissionais exercem uma influência significativa no processo de implementação dessas políticas (LOTTA, 2019). A relevância do acolhimento qualificado que esses atores oferecem é essencial para a construção de relacionamentos de confiança com as pacientes, o que, por sua vez, aumenta a adesão aos serviços de saúde (FACCHINI; TOMASI, DILÉLIO, 2018).

Ademais, ao traduzir normas em práticas concretas, os burocratas de nível de rua garantem que iniciativas da atenção primária, como campanhas de prevenção e triagem, cheguem às mulheres em suas diversas realidades, respeitando as especificidades culturais e sociais de cada uma (LOTTA, 2019). Dessa forma, sua atuação não só facilita o acesso aos cuidados, mas também fortalece a integralidade do atendimento, contribuindo para a melhoria da saúde das mulheres e para a equidade no sistema de saúde (BRASIL, 2004).

Diante do contexto apresentado, foram delineados dois objetivos específicos para atender ao propósito geral da pesquisa:

- 1) analisar o papel dos burocratas de nível de rua na implementação das políticas de atenção primária em saúde da mulher em Recife/PE; e
- 2) investigar a incidência dos valores individuais, ideologias e crenças desses

Os procedimentos metodológicos adotados foram pesquisa documental, entrevistas semiestruturadas com três profissionais da Atenção Primária à Saúde e análise de conteúdo. E para responder ao objetivo geral da pesquisa, o trabalho foi estruturado da seguinte forma: marco teórico, que fornece a base conceitual; apresentação do caso, detalhando o contexto específico; metodologia, descrevendo os métodos utilizados; resultados, apresentando as descobertas; considerações finais, resumindo as conclusões; referências, listando as fontes consultadas; e anexos, incluindo materiais suplementares.

## **1. MARCO TEÓRICO**

### **1.1 Implementação de Políticas Públicas e a Burocracia de Nível de Rua**

O ciclo de políticas públicas é um processo linear e dinâmico que se estende desde a identificação de problemas até a avaliação dos resultados das políticas públicas implementadas (LIMA; PAPI, 2020). Inicialmente, acontece a formação da agenda que

é quando as questões emergentes são reconhecidas e passam a ser debatidas e priorizadas. Em seguida, ocorre a fase de formulação de alternativas na qual são desenvolvidas propostas para lidar com os problemas identificados. Nessa etapa, também ocorre o processo de tomada de decisão na qual os atores governamentais selecionam e adotam uma política específica entre as alternativas disponíveis. A fase de implementação é quando as políticas criadas são colocadas em prática. Por fim, se realiza a avaliação das políticas públicas implementadas, analisando seus resultados e impactos (LIMA; PAPI, 2020).

As questões relacionadas à implementação de políticas públicas têm sido uma preocupação constante entre os estudiosos de instituições, burocracia e governança desde a década de 1970. Dessa forma, houve um interesse crescente na academia em aprofundar e ampliar a compreensão desse processo, devido à percepção de que ele estava subexplorado em comparação com outros aspectos igualmente importantes do ciclo de políticas públicas (LOTTA, 2010).

Portanto existe a necessidade de uma agenda de pesquisa que se dedique à produção de conhecimento sobre a implementação de políticas públicas no Brasil, visto que as discussões sobre implementação e seu impacto na formulação de políticas sempre foi acompanhadas por questionamentos relevantes sobre o papel dos BNRs na implementação das políticas públicas, prestação de contas e legitimidade (LOTTA, 2019).

Lotta (2019) propõe uma divisão dos estudos sobre implementação em quatro gerações, delineando uma linha temporal. A primeira geração, originada nos Estados Unidos na década de 1970, adotava uma abordagem de cima para baixo, conhecida como modelo top-down. Nessa perspectiva, qualquer desvio por parte dos atores burocráticos não eleitos durante a implementação, que alterasse os objetivos ou o desenho previamente estabelecido, era considerado uma ameaça à democracia (LOTTA, 2019).

A segunda geração, surgida na Europa nos anos 1980, contrastava com a abordagem top-down, introduzindo uma análise de baixo para cima, chamada de abordagem bottom-up. Isso marcou o início de uma compreensão das políticas públicas como processos multifacetados que requerem tomada de decisões específicas. Nesta fase, começou-se a considerar os diferentes atores envolvidos na implementação, os chamados "street-level bureaucrats"(LOTTA, 2019).

Michael Lipsky (1980) introduziu o conceito de "street-level bureaucracy", identificando os burocratas de nível de rua como os profissionais que operam na linha de frente da implementação de políticas públicas. Esses profissionais, são assistentes sociais, professores e policiais têm um contato direto e contínuo com os cidadãos e são os responsáveis por traduzir as políticas abstratas em ações tangíveis. (LIPSKY, 1980).

Os BNRs exercem discricionariedade em suas decisões diárias, adaptando às políticas às necessidades e realidades locais, muitas vezes reinterpretando regras e procedimentos para melhor atender às demandas dos usuários. A terceira geração, emergente nos anos 1990, apresentou uma variedade maior de modelos alternativos de análise, buscando superar a dicotomia das gerações anteriores, bottom-up e top-down (LOTTA, 2019).

A quarta e atual geração é caracterizada pela diversidade de modelos e abordagens de análise sobre o objeto, sendo desenvolvida por diversos países. No Brasil, os estudos sobre implementação se enquadram principalmente nessa quarta geração. Essa corrente analítica considera aspectos ainda mais complexos no processo de implementação. Na quarta geração, há um foco na influência de diversos fatores na atuação dos burocratas, como governança, processos em vários níveis, aspectos sociológicos e a interação entre atores estatais e não estatais na implementação de políticas públicas (LOTTA, 2019).

Dessa forma, passa a se entender que a fase de formulação e implementação não são fases separadas realizadas por atores distintos em uma cadeia hierárquica fixa. Pelo contrário, entendem que esses processos estão interligados e são contínuos, com diversos atores influenciando constantemente as decisões e buscando tornar as políticas públicas mais efetivas (LOTTA, 2019).

O processo de implementação de políticas públicas não ocorre de maneira homogênea e sem contestações. Os atores envolvidos no processo tem interesses e vontades distintas e sendo assim, é inevitável que ocorram disputas por poder e influência. Nas discussões contemporâneas sobre o processo de implementação, busca-se desfazer a ideia de uma cooperação constante entre os atores, reconhecendo a presença constante de grupos de pressão, tanto internos quanto externos, que buscam promover políticas alinhadas com seus próprios interesses. (LOTTA, 2019).

Ao consolidar esses novos princípios, a quarta geração consegue adotar uma abordagem mais analítica em relação ao processo de implementação. Esta nova fase visa compreender a política como ela é de fato, desafiando a ideia de que apenas os

aspectos normativos, formais e oficiais são relevantes. Ao deixar de lado essas restrições de estudo e examinar os fatos como realmente são, essa nova corrente analítica conseguiu progredir de forma construtiva na agenda de implementação de políticas públicas (LOTTA, 2019).

A análise da implementação de políticas públicas requer atenção ao contexto em que essas políticas estão sendo formuladas e implementadas. De acordo com Fernandez e Guimarães (2020), uma política pública envolve tanto a intenção governamental quanto a solução de um problema público, o que significa não apenas o conteúdo concreto das decisões políticas, mas também o contexto simbólico e social em que as decisões são tomadas. Sendo assim, o processo de formulação e implementação de políticas, por sua vez, está intrinsecamente ligada à atuação dos atores políticos e as dinâmicas organizacionais, onde os interesses, competências e comportamentos dos indivíduos variam de maneira significativa.

O contexto se torna um fator fundamental, pois cada decisão política é implementada em ambientes distintos, com desafios, atores e estruturas institucionais próprias. O grau de discricionariedade dos implementadores, em particular dos burocratas de nível de rua, reforça a necessidade de compreensão sobre as condições específicas em que as políticas públicas estão sendo executadas (FERNANDEZ; GUIMARÃES, 2020).

Os BNRs lidam diretamente com os cidadãos e com as demandas concretas da sociedade, o que muitas vezes leva a adaptações das políticas públicas conforme as necessidades locais. Isso evidencia que a fase de implementação não se trata apenas de uma execução passiva de diretrizes formuladas em níveis superiores, mas também pode ser o momento de ajustes e redefinições, em conformidade com as novas demandas ou limitações impostas pelo contexto (FERNANDEZ; GUIMARÃES, 2020).

Esses avanços propiciaram o desenvolvimento de análises mais aprofundadas que consideram as variações na ação tanto individual quanto organizacional da burocracia. Esse enfoque deu margem a estudos sobre a discricionariedade e o engajamento dos BNRs, ampliando as oportunidades de análise e perspectivas. Todos esses esforços têm como objetivo uma maior aderência à realidade, buscando construir entendimentos cada vez mais focalizados na atuação dos burocratas de nível de rua na implementação das políticas públicas e em sua interação com a sociedade (LOTTA, 2019).

## **1.2 Burocrata de nível de rua e discricionariiedade na Implementação de Políticas Públicas**

A burocracia é um sistema que visa organizar de maneira estável e duradoura a cooperação entre um grande número de indivíduos, cada um desempenhando uma função especializada. Essa abordagem busca coordenar o comportamento humano por meio do exercício da autoridade racional-legal para alcançar os objetivos organizacionais gerais (MOTTA; VASCONCELOS, 2008).

Os burocratas de nível de rua exercem diversos papéis na implementação das políticas públicas. Além de atuarem como implementadores das políticas públicas, também são mediadores entre as decisões políticas e as ações concretas realizadas no dia a dia. Ademais, possuem a responsabilidade de interpretar e aplicar as políticas de forma consistente, ao mesmo tempo em que lidam com as necessidades e expectativas dos cidadãos. Essa interação direta com os destinatários das políticas lhes confere uma compreensão única dos desafios e complexidades envolvidos na implementação das políticas públicas (LOTTA, 2019).

Esses profissionais também desempenham um papel fundamental na comunicação entre os cidadãos e o governo, fornecendo informações e serviços, além de coletarem feedback e relatarem as necessidades da comunidade. Essa troca de informações é essencial para a adaptação e melhoria contínua das políticas públicas às demandas da sociedade (LOTTA, 2019).

Lindblom (1959) revela a discricionariiedade como parte do processo de tomada de decisões incrementais. O autor argumenta que, devido à complexidade e incerteza dos problemas sociais, os formuladores de políticas públicas frequentemente adotam uma abordagem de "muddling through", usando seu julgamento para fazer ajustes incrementais em vez de grandes mudanças. Isso envolve um alto grau de discricionariiedade na avaliação contínua e adaptação das políticas.

Para Simon (1947), a discricionariiedade é a prática de tomar decisões dentro dos limites da racionalidade e da informação disponível. Simon argumenta que os agentes públicos precisam usar seu julgamento para preencher lacunas nas diretrizes, especialmente em situações complexas onde todas as alternativas e consequências não podem ser previstas.

Os burocratas de nível de rua que exercem diariamente a discricionariiedade na implementação de políticas públicas. Esses atores têm um poder significativo na

aplicação de políticas devido à sua proximidade com o público e a variabilidade das situações que enfrentam, levando-os a usar seu julgamento pessoal para tomar decisões que podem influenciar substancialmente a eficácia das políticas públicas (LIPSKY, 1980).

A discricionariedade é aspecto fundamental para a execução do trabalho dos burocratas de nível de rua. Os BNRs enfrentam uma série de cenários complexos e imprevisíveis no exercício de suas funções, o que faz com que seja necessário que tenham a capacidade de tomar decisões rápidas e se adaptar a situações em constante mudança. A discricionariedade permite que esses profissionais ajam de forma flexível e responsiva para atender às necessidades individuais de cada cidadão, ao mesmo tempo em que mantêm a consonância com os objetivos e diretrizes das políticas públicas (LOTTA, 2019).

No entanto, essa discricionariedade também pode representar um desafio, tendo em vista que os burocratas de nível de rua enfrentam constantemente o dilema de equilibrar suas próprias convicções e valores com as expectativas dos formuladores de políticas e as demandas dos cidadãos. Eles devem tomar decisões éticas e justas em situações muitas vezes ambíguas e complexas, considerando a incidência de suas ações na vida das pessoas e na sociedade como um todo (LOTTA, 2019).

Além disso, a discricionariedade dos burocratas de nível de rua pode ser influenciada por distintos fatores, incluindo cultura organizacional, treinamento profissional, pressões políticas e interações com os colegas de trabalho. Os BNRs podem enfrentar dilemas éticos e conflitos de interesse, exigindo um alto nível de formação para resolução adequada em cada situação (LOTTA, 2019).

Conforme destacado por Fernandez, Maia, Magri e Lotta (2023), essa discricionariedade não deve ser vista como um simples afastamento das regras ou um exercício irrestrito de autonomia, mas sim como uma maneira de aplicação prática das normas em consonância com as necessidades do contexto. Assim, os BNRs atuam como “gatekeepers”, desempenhando um papel essencial na definição de quem recebe o quê, moldando assim a implementação das políticas públicas de acordo com a sua percepção da realidade no cotidiano.

Contudo, o exercício da discricionariedade pode ser influenciado por uma série de fatores que vão além do domínio técnico ou das diretrizes formais. As condições organizacionais, por exemplo, podem facilitar ou restringir o espaço para a tomada de decisões discricionárias. Se os BNRs estão em um ambiente de trabalho com escassez

de recursos ou com uma cultura organizacional mais rígida, a capacidade de adaptação e resposta a diferentes situações pode ser comprometida. Por outro lado, se há falta de apoio institucional ou de clareza nas diretrizes, a eficácia das decisões tomadas na linha de frente podem ser limitadas (FERNANDEZ; MAIA; MAGRI; LOTTA, 2023).

Além das questões organizacionais, o fator emocional desempenha um papel significativo no exercício da discricionariedade. Em situações de alta pressão, o medo e o estresse podem influenciar na forma como os BNRs tomam as decisões. Fatores emocionais podem não apenas afetar o julgamento, mas também a capacidade de aplicar as normas de forma consistente e justa (FERNANDEZ; MAIA; MAGRI; LOTTA, 2023).

A questão científica também se mostra relevante na análise da discricionariedade. O nível de preparo técnico e de conhecimento impacta diretamente suas decisões. Quanto maior o conhecimento sobre os temas relacionados à política pública que está sendo implementada, maior a probabilidade de que suas decisões sejam embasadas em evidências e em uma compreensão profunda acerca de suas ações (FERNANDEZ; MAIA; MAGRI; LOTTA, 2023).

Ferreira e Medeiros (2016) destacam que as decisões tomadas pelos burocratas de nível de rua são regidas por um entrelaçamento de normas, valores e crenças. O que se observa é que, embora exista um conjunto de diretrizes formais a serem seguidas, os BNRs tendem a interpretar e aplicar essas regras com base em suas próprias percepções e experiências de vida. Isso sugere que a implementação de políticas públicas não é apenas uma questão de conformidade, mas também de como os BNRs percebem e internalizam as normas.

Como exemplo disso, podemos destacar a cultura organizacional, onde as relações de poder e as expectativas sociais interagem com as crenças individuais dos BNRs, criando um cenário em que a implementação da política pública é em grande parte, uma negociação contínua entre o que é desejado e o que é possível (FERREIRA; MEDEIROS, 2016).

Essa desconexão pode levar a falta de motivação e a uma resistência passiva à implementação das políticas públicas. Isso porque os burocratas de nível de rua podem não se sentir mais alinhados com os objetivos superiores ou com a missão da organização, fazendo com que sua capacidade de agir de forma eficaz seja prejudicada (FERREIRA; MEDEIROS, 2016).

A accountability, como parte do processo de implementação das políticas públicas, também se relaciona com as crenças dos profissionais de linha de frente. Ferreira e Medeiros (2016) definem a accountability como a responsabilidade de responder por ações, e essa noção é moldada pelas normas e valores que os burocratas de nível de rua internalizam. Quando esses atores acreditam na importância de sua função e na justiça das políticas públicas que implementam, é mais provável que se sintam motivados a responder padrões de responsabilidade e a se engajar em práticas que reflitam esses valores.

Em suma, o papel dos burocratas de nível de rua na implementação de políticas públicas é fundamental, especialmente devido à discricionariedade que possuem. Esse poder de decisão, que lhes permite adaptar as diretrizes às realidades específicas e complexas de cada situação, é influenciado por uma série de fatores, como cultura organizacional, pressões políticas, conhecimento técnico e crenças pessoais. Embora a discricionariedade ofereça flexibilidade, ela também impõe desafios éticos e exige um equilíbrio entre as convicções pessoais dos burocratas, as expectativas das políticas e as demandas dos cidadãos (FERNANDEZ; MAIA; MAGRI; LOTTA, 2023).

A capacidade dos burocratas de nível de rua de atuar como "gatekeepers", interpretando e aplicando as políticas de forma justa e eficaz, é essencial para a adaptação das políticas públicas às necessidades individuais da sociedade (FERNANDEZ; MAIA; MAGRI; LOTTA, 2023). Por fim, os valores e crenças individuais dos burocratas influenciam diretamente a forma como exercem accountability, moldando a qualidade e o impacto das decisões na linha de frente da implementação (FERREIRA; MEDEIROS, 2016).

## **2. APRESENTAÇÃO DO CASO**

### **2.1 Atenção primária à saúde**

Durante a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em 1978 no Cazaquistão, foi redigida a Declaração de Alma-Ata, que afirma:

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do

desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (OPAS/OMS, 1978, p. 1-2).

Dessa forma, a Atenção Primária à Saúde pode ser vista como o primeiro nível de cuidado contínuo, com foco no indivíduo, buscando atender suas necessidades de saúde (OPAS/OMS, 2024). A atenção primária de saúde também desempenha um papel de coordenação dos cuidados quando os pacientes necessitam de serviços em diferentes níveis. Existem quatro atributos essenciais nas práticas de atenção primária: acesso inicial, continuidade, abrangência e coordenação (LAVRAS, 2011).

O acesso inicial refere-se à facilidade de acesso e utilização do serviço para cada nova questão de saúde ou episódio de uma condição existente que requer cuidados. A continuidade exige que os cuidados sejam fornecidos regularmente pela equipe de saúde, mantendo um uso consistente ao longo do tempo dentro de um contexto de interação colaborativa e respeitosa entre a equipe, o paciente e sua família (MENDES, 2009).

A abrangência envolve a oferta, pela equipe de saúde, de uma gama de serviços que cobrem as necessidades comuns da população vinculada, garantindo responsabilidade pelos serviços prestados em diferentes locais de atendimento e reconhecendo de maneira adequada as questões biológicas, psicológicas e sociais que influenciam as condições de saúde. A coordenação é a capacidade de assegurar a continuidade do atendimento pela equipe de saúde, reconhecendo e seguindo de perto as condições que necessitam de acompanhamento contínuo (MENDES, 2009).

O Relatório Mundial da Saúde de 2008 da Organização Mundial da Saúde (OMS) enfatiza a necessidade de estabelecer sistemas de saúde que garantam o acesso à atenção primária à saúde. Os cuidados primários podem servir como uma ligação entre as populações e seus sistemas de saúde, permitindo uma integração segura, eficaz e socialmente benéfica entre a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e os cuidados gerais. É fundamental dar prioridade às necessidades das pessoas, enfatizando de forma equilibrada tanto a saúde e o bem-estar quanto os princípios e habilidades das pessoas em suas comunidades e dos profissionais de saúde (OMS, 2008).

O apelo feito em Alma-Ata foi um marco fundamental e serviu como base para futuras iniciativas. A Carta de Ottawa (1986, p. 1), acrescenta que "*A saúde é criada e vivida pelas pessoas dentro dos ambientes de sua vida cotidiana*". A Conferência da Austrália em 1988 enfatizou a importância das políticas públicas como pressuposto para vidas saudáveis, enfatizando a importância das decisões políticas, principalmente aquelas relacionadas às questões econômicas relacionadas à saúde (MENDES, 2004).

Em 1992, a quarta conferência, realizada em Bogotá, abordou a situação da saúde na América Latina, tentando mudar as relações atuais e harmonizar objetivos econômicos e interesses sociais e bem estar. O documento criado reiterou a necessidade de alternativas adicionais para iniciativas de saúde pública com o objetivo de combater o sofrimento causado pelas doenças causadas pelo atraso e pela pobreza, bem como as decorrentes da industrialização e da urbanização nos países em desenvolvimento (MENDES, 2004).

Na América Latina a Organização Pan-Americana de Saúde é a defensora da atenção primária à saúde. A OPAS se empenha na articulação para criar políticas de saúde primária, capacitando profissionais que possam impulsionar a APS, enquanto demonstra os benefícios desse sistema na promoção da justiça social e da equidade (OPAS, 2024).

No Brasil, a atenção primária em saúde é a porta de entrada no Sistema Único de Saúde. A APS no país é implementada no nível mais próximo da vida das pessoas e tem maior descentralização e capilaridade. Esse modelo detém diversas estratégias governamentais, incluindo a Estratégia de Saúde da Família- ESF, que utiliza as Unidades de Saúde da Família- USF para fornecer diretamente serviços multidisciplinares às comunidades (BRASIL, 2024).

O Cuidado à saúde da mulher, tradicionalmente focado na saúde reprodutiva, ainda busca ampliar suas abordagens dentro do contexto da atenção primária na saúde da mulher. O foco no pré-natal, parto e planejamento reprodutivo continua sendo essencial, mas os protocolos da atenção básica trazem a expansão no cuidado ao incorporar as queixas mais comuns das mulheres, não contempladas nas ações programáticas consolidadas e os demais problemas que podem surgir no contato das mulheres com o sistema de saúde (BRASIL, 2016).

Atenção primária à saúde da mulher prever uma série de protocolos que promovam a integralidade dos cuidados. Esses protocolos orientam o atendimento desde o primeiro contato da mulher com os profissionais de saúde, até a definição do plano de

cuidados a longo prazo. Esse plano deve ser construído de maneira colaborativa com a usuária, garantindo assim o respeito a sua autonomia e às suas necessidades individuais. A abordagem integral, que vai além do adoecimento, abarca tanto a promoção da saúde quanto a prevenção de doenças e cuidados paliativos, buscando evitar intervenções não necessárias (BRASIL, 2016).

Dessa forma, a atenção primária à saúde da mulher reflete a compilação de cuidados, considerando os aspectos físicos e emocionais da mulher, a fim de garantir que sua saúde seja tratada de maneira holística e humanizada. A implementação de uma prática de acolhimento com escuta qualificada reforça essa visão, permitindo que as mulheres tenham acesso mais equitativo aos serviços e participem ativamente no seu acompanhamento de saúde. Além disso, é imprescindível que seja feito o uso de ferramentas para acompanhar e organizar o registro clínico da mulher para assegurar a continuidade e coordenação dos cuidados, refletindo as complexidades dos atendimentos e integrando profissionais de outras áreas da saúde no acompanhamento das mulheres (BRASIL, 2016).

Com o avanço desse modelo, pretende-se consolidar um atendimento que priorize o cuidado integral e individualizado, atendendo não somente as demandas imediatas, mas também promovendo a saúde da mulher de maneira preventiva e contínua (BRASIL, 2016).

Em conclusão, a atenção primária à saúde é fundamental para a promoção de uma saúde acessível, equitativa e de qualidade. No âmbito da saúde da mulher, a atenção primária em saúde transcende o cuidado reprodutivo, abrangendo as múltiplas necessidades de saúde das mulheres. A adoção de protocolos que promovem acolhimento humanizado, cuidado integral e continuidade do atendimento reafirma o compromisso com uma abordagem holística e centrada na paciente. Esse enfoque preventivo e colaborativo garante que as mulheres recebam cuidados que respeitem suas particularidades, assegurando sua participação ativa e o acesso a uma rede de saúde que promova o bem-estar em todas as fases da vida.

## **2.2 Atenção primária à saúde da mulher em Recife-PE**

Em Recife- PE a atenção primária à saúde primária da mulher detém uma série de políticas públicas vêm sendo implementadas. Dentre essas políticas, destacam-se diversas leis e decretos que abordam distintos aspectos da saúde e do cuidado às

mulheres. Essas políticas públicas visam garantir não apenas a assistência médica adequada, mas também a proteção contra violências, à promoção da saúde mental e o fortalecimento dos direitos das mulheres.

A Lei Municipal Nº 19.034, de 15 de Março de 2023, visa assegurar à mulher o direito à presença de um acompanhante de sua escolha durante consultas e exames, incluindo os ginecológicos, tanto em estabelecimentos públicos quanto privados de saúde.

Para lidar especificamente com questões relacionadas à mortalidade materna, o Estado implementou a Lei Nº 16.227/96 que criou o Comitê Municipal de Estudo da Mortalidade Materna do Recife. O comitê é responsável pela análise e proposições de novas medidas que visem a redução do índice de mortalidade materna. Já a Lei Nº 18.074, de 28 de Dezembro de 2022, estabelece um Regime Especial de atendimento para mulheres vítimas de agressão nos serviços de saúde, com foco em procedimentos cirúrgicos-estéticos reparadores, especialmente em casos de mutilação decorrente de tratamento de câncer de mama.

A Lei Nº 18.258, de 17 de Julho de 2023, por sua vez, cria o Programa de Distribuição Gratuita de Absorventes Higiênicos no Estado de Pernambuco, buscando garantir o acesso a produtos de higiene menstrual para todas as mulheres.

Outra medida importante é a instituição da Política Estadual de Atendimento à Gestante, conforme estabelecido pela Lei Nº 17.768, de 3 de Maio de 2022, garantindo assistência de qualidade durante a gestação em todo o estado. Para promover a conscientização sobre direitos e cuidados durante a gravidez, a Lei Nº 17.483, de 18 de Novembro de 2021, determina a comunicação dos direitos das mulheres gestantes durante o pré-natal na rede pública de saúde do Estado de Pernambuco.

Além disso, medidas voltadas para a saúde mental também são priorizadas, como a criação da Semana Municipal de Sensibilização e Conscientização sobre a Saúde Mental, instituída pela Lei Municipal Nº 19.136, de 27 de Novembro de 2023, e do Mês Estadual "Furta-Cor", dedicado à conscientização e promoção da saúde mental de pessoas gestantes e puérperas, conforme estabelecido pela Lei Nº 18.232, de 3 de Julho de 2023.

A preocupação com a população em situação de vulnerabilidade, incluindo mulheres cis e transgênero em situação de rua, é abordada pela Lei Municipal Nº 18.968, de 26 de Julho de 2022, que estabelece a Política Municipal de Atenção Integral à População em situação de rua. Para combater a violência e promover o acolhimento

das vítimas, a Lei Municipal Nº 19.061, de 17 de Maio de 2023, e o Decreto Nº 37.164, de 06 de Novembro de 2023, instituem o "Protocolo Violeta" no Município do Recife, voltado para prevenir e enfrentar a violência sexual contra a mulher nos estabelecimentos de acordo com a legislação.

No âmbito do financiamento e apoio às políticas para mulheres, o Decreto Nº 36.538, de 12 de Abril de 2023, regulamenta a Lei Municipal Nº 18.690/2020, instituindo o Fundo Municipal de Política para a Mulher, e a Lei Municipal Nº 18.908, de 06 de Abril de 2022, institui o Auxílio Municipal "Cria Esperança" para beneficiar órfãos e órfãs vítimas de feminicídio. Além disso, a conscientização sobre questões específicas, como a violência obstétrica, é promovida pela Lei Nº 18.612/2019, que institui a Semana Municipal de Conscientização contra a Violência Obstétrica no Recife.

Por fim, o Decreto nº 30.859 de 04 de outubro de 2007 que estabeleceu a criação do Programa Mãe Coruja Pernambucana. O Programa recebeu reconhecimento internacional ao vencer o Prêmio Interamericano de Inovação para a Gestão Pública Efetiva 2014, concedido pela OEA. Este prêmio se soma à conquista anterior do primeiro lugar no United Nations Public Service Awards- UNPSA da ONU na categoria "Promoção de Entrega de Serviços Públicos Voltados ao Gênero". O Mãe Coruja Pernambucana visa a realização de diversas ações estratégicas para promover a saúde materno-infantil, incluindo fortalecimento das mulheres, garantia de gestação saudável e acompanhamento completo das crianças, com suporte de uma rede descentralizada de profissionais e um sistema de informação eficaz. Atualmente, o programa está presente em 12 regiões de saúde e 105 municípios em Pernambuco, com resultados significativos na redução da mortalidade infantil e melhoria da qualidade de vida das mulheres e crianças do Estado.

### **3. METODOLOGIA**

A análise sobre de que modo a atuação dos Burocratas de Nível de Rua (BNRs) influencia a implementação das políticas de saúde da mulher na atenção primária em Recife/PE, será realizada dentro de uma abordagem qualitativa, caracterizada pela exposição de fatos, ideias ou opiniões e da apreciação indutiva e/ou interpretativa dos dados encontrados (SOARES, 2019).

Para isso, foram utilizados dois procedimentos metodológicos de coleta de dados, são eles: a pesquisa documental e entrevistas individuais semiestruturadas com roteiro pré-delimitado. Além disso, a análise de conteúdo foi utilizada para realizar a análise dos dados coletados.

A pesquisa documental utiliza documentos que ainda não foram analisados para fins de pesquisa. Nesse sentido, esta pesquisa procurou realizar a coleta de dados tanto de forma bibliográfica quanto documental, abrangendo atributos primários e secundários (GIL, 2008).

Dentre os documentos analisados no âmbito de Recife-PE, estão: a Lei Municipal nº 19.034, de 15 de março de 2023; Lei nº 16.227/96; Lei nº 18.074, de 28 de dezembro de 2022; Lei nº 18.258, de 17 de julho de 2023; Lei nº 17.768, de 3 de maio de 2022; Lei nº 17.483, de 18 de novembro de 2021; Lei Municipal nº 19.136, de 27 de novembro de 2023; Lei nº 18.232, de 3 de julho de 2023; Lei Municipal nº 18.968, de 26 de julho de 2022; Lei Municipal nº 19.061, de 17 de maio de 2023; Decreto nº 37.164, de 6 de novembro de 2023; Decreto nº 36.538, de 12 de abril de 2023; Lei Municipal nº 18.908, de 6 de abril de 2022; Lei nº 18.612/2019; Lei nº 16.227/96; e Decreto nº 28.529, de 19 de janeiro de 2015.

#### **QUADRO 1 - Políticas Públicas e Programas voltados à Saúde da Mulher em Recife/PE**

<b>Normativa</b>	<b>Objetivo</b>
LEI MUNICIPAL Nº 19.034, DE 15 DE MARÇO DE 2023	Garantir à mulher o direito de estar acompanhada por uma pessoa de sua escolha durante consultas e exames, inclusive ginecológicos, em estabelecimentos de saúde públicos e privados.
LEI Nº 16.227 DE 31 DE JULHO DE 1996	Estabelecer o Comitê Municipal de Estudo da Mortalidade Materna, com o objetivo de investigar e propor medidas para reduzir a mortalidade materna no Recife.
LEI Nº 18.074, DE 28 DE DEZEMBRO DE 2022	Criar regime especial de atendimento para mulheres vítimas de agressão, garantindo acesso a cirurgia plástica reparadora para mulheres que sofreram mutilação devido a câncer de mama.
LEI Nº 18.258, DE 17 DE JULHO DE 2023	Instituir o Programa de Distribuição Gratuita de Absorventes Higiênicos para mulheres em situação de vulnerabilidade no Estado de Pernambuco.
LEI Nº 17.768, DE 3 DE MAIO DE 2022	Implementar a Política Estadual de Atendimento à Gestante, oferecendo cuidados adequados durante o pré-natal no Estado de Pernambuco.

LEI Nº 17.483, DE 18 DE NOVEMBRO DE 2021	Informar às gestantes atendidas pela rede pública de saúde sobre seus direitos durante o acompanhamento pré-natal.
LEI MUNICIPAL Nº 19.136, DE 27 DE NOVEMBRO DE 2023	Instituir a “Semana Municipal de Sensibilização e Conscientização sobre a Saúde Mental”, para promover discussões sobre saúde mental no Recife.
LEI Nº 18.232, DE 3 DE JULHO DE 2023	Criar o “Mês Estadual Furta-Cor” para conscientizar e promover o cuidado com a saúde mental de gestantes e puérperas.
LEI MUNICIPAL Nº 18.968, DE 26 DE JULHO DE 2022	Estabelecer a Política Municipal de Atenção Integral à População em Situação de Rua, com foco em garantir atendimento adequado às mulheres cis e transgênero em situação de vulnerabilidade.
LEI MUNICIPAL Nº 19.061, DE 17 DE MAIO DE 2023	Prevenir e combater a violência e importunação sexual, além de promover o acolhimento de vítimas de violência no município do Recife.
DECRETO Nº 37.164 DE 06 DE NOVEMBRO DE 2023	Regulamentar o 'Protocolo Violeta', para prevenir e enfrentar a violência e a importunação sexual contra mulheres nos estabelecimentos do Recife.
DECRETO Nº 36.538 DE 12 DE ABRIL DE 2023	Regulamentar o Fundo Municipal de Política para a Mulher, visando o financiamento de ações de proteção e promoção dos direitos das mulheres no Recife.
LEI MUNICIPAL Nº 18.908, DE 06 DE ABRIL DE 2022	Criar o Auxílio Municipal 'Cria Esperança', destinado a beneficiar órfãos de vítimas de feminicídio.
LEI Nº 18.612, DE 16 DE MARÇO DE 2019	Instituir a Semana Municipal de Conscientização contra a Violência Obstétrica, para promover o debate e a sensibilização sobre o tema em Recife.
LEI Nº 16.227, DE 31 DE JULHO DE 1996	Criar o Comitê Municipal de Estudo da Mortalidade Materna do Recife para reduzir a mortalidade materna.
DECRETO Nº 28529 DE 19 JANEIRO DE 2015	Autorizar a adesão do Recife ao Programa Mãe Coruja Pernambucana, que visa a promoção da saúde materno-infantil.

A entrevista pode ser conceituada como o recurso em que o pesquisador se coloca face a face com o investigado, sendo responsável por formular e fazer perguntas, com o intuito de coletar os dados necessários à sua investigação. Ou seja, é um diálogo assimétrico onde um dos atores deseja coletar dados e o outro é a fonte da informação (GIL, 2008).

As entrevistas semiestruturadas foram realizadas de forma *online via meet*, conforme o Roteiro de entrevistas disponível no *Apêndice A*. Ao todo, foram realizadas 3 entrevistas individuais com roteiro pré-definido, com 2 médicos(as) e 1 enfermeiro(a)

da Atenção Primária à Saúde do Recife. As entrevistas foram gravadas em vídeo para posterior transcrição. Além disso, é válido ressaltar que as entrevistas foram realizadas após o preenchimento e assinatura do Termo de Consentimento Esclarecido.

A finalidade destas entrevistas é coletar dados que serão interpretados em conjunto com a pesquisa bibliográfica, documental e a observação participante, visando responder à pergunta de pesquisa. A análise de conteúdo é o método de pesquisa utilizado para descrever e interpretar os dados coletados (SILVA; GOBBI; SIMÃO, 2006). A Análise permite ao investigador elaborar descrições sistêmicas e qualitativas, proporcionando uma compreensão profunda dos dados coletados (MORAES, 1999).

Nesta pesquisa, a análise de conteúdo foi aplicada para interpretar os dados qualitativos. Inicialmente, os documentos coletados por meio da pesquisa documental foram lidos e analisados. Em seguida, as respostas das entrevistas semiestruturadas foram transcritas e organizadas de acordo com os objetivos específicos da pesquisa. Ao final, todos os dados foram triangulados e categorizados para a interpretação dos resultados.

As categorias de análise nesta pesquisa foram: A atuação dos Burocratas de Nível de Rua na implementação das políticas de atenção primária à saúde da mulher em Recife/PE, e a incidência das crenças e ideologias dos Burocratas de Nível de Rua na implementação políticas de atenção primária à mulher em Recife/PE.

## **4. RESULTADOS**

### **4.1 A atuação dos Burocratas de Nível de Rua na implementação das políticas de atenção primária à saúde da mulher em Recife/PE**

Michael Lipsky (1980), afirma que os Burocratas de nível de rua são aqueles profissionais que têm contato direto com a população, atuando na linha de frente da implementação das políticas públicas. No contexto da atenção primária à saúde da mulher, esses profissionais incluem médicos, enfermeiros, agentes comunitários de saúde e outros trabalhadores que estão em contato direto com as mulheres atendidas. Eles são os responsáveis por aplicar as diretrizes do Sistema Único de Saúde- SUS, garantindo o acesso aos serviços de saúde e adaptando as políticas às realidades locais.

O entrevistado 1 descreve uma rotina extremamente intensa e diversificada, onde as responsabilidades vão além do atendimento direto às pacientes. A atuação

envolve a supervisão de residentes, doutorandos, a participação em atividades educacionais e a realização de teleconsultas. Isso demonstra como a atuação dos burocratas de nível de rua, em muitos casos, vai além das expectativas tradicionais de atendimento, incluindo a responsabilidade pela formação de novos profissionais de saúde.

A carga horária assistencial da APS do Recife consiste em cinco turnos de seis horas, então, de segunda a sexta, das 13h às 19h, um contraturno de visita domiciliar, que no meu caso é a terça das oito às doze. Então, são 34 horas assistenciais, mais duas horas de saúde digital, que é a realização de teleconsultas, e quatro horas que é considerado um turno de preceptoria para educação permanente ou para compensar a atividade de preceptoria que a gente desenvolve na unidade. Então, eu recebo doutorandos e estudantes do curso de graduação de medicina da UFPE (ENTREVISTADO 1).

Os Burocratas de Nível de Rua desempenham um papel central na coordenação dos cuidados para pacientes complexas, como exemplificado pelo entrevistado 1, que mencionou o atendimento a uma paciente com urosepsis. Esse tipo de caso exige articulação entre a equipe da unidade e outros serviços de saúde, como a central de regulação e transporte para encaminhamento hospitalar. A coordenação é uma das principais responsabilidades dos BNRs, sendo essencial para integrar os diferentes níveis de atenção e garantir que as pacientes recebam o cuidado necessário de forma ágil e eficaz (ENTREVISTADO 1).

Ontem, uma paciente com urosepsis chegou na unidade e foi necessário coordenar o cuidado, incluindo a solicitação de senha na central de regulação e o pedido de transporte para encaminhamento. Como resultado, saímos da unidade às 20 horas, uma hora após o horário de fechamento, devido às demandas urgentes. Para garantir a coordenação do cuidado e o acesso contínuo à população, é frequentemente necessário integrar esforços com outros serviços da rede, especialmente em dias com demandas intensas (ENTREVISTADO 1).

O programa Mãe Coruja foi mencionado como uma tentativa de integrar iniciativas externas às unidades de saúde, mas sua implementação revelou desafios significativos:

A gente já teve visita da questão do Mãe Coruja, que não ficou muito lá na unidade, foi para outra unidade. Eventualmente, a gente também tem visita do pessoal da gestão para tentar organizar cursos voltados a isso, para a gente e para as mulheres. Mas, de fato, não aconteceu nenhum assim na unidade (ENTREVISTADO 3).

Esse relato ilustra que, apesar dos planos e promessas, a presença do Mãe Coruja foi limitada e não alcançou um impacto significativo nas unidades visitadas. A falta de

integração efetiva, combinada com questões burocráticas e de gestão, destaca as dificuldades enfrentadas pelos burocratas de nível de rua na implementação das políticas de saúde da mulher. A realidade prática muitas vezes limita a eficácia das iniciativas, como demonstrado pelo relato do entrevistado 2:

Mesmo estando na mesma unidade que tinha o Mãe Coruja funcionando, o meu contato foi em duas reuniões e foi assim, 10 minutos que eu tive com o profissional e ela atendeu duas gestantes, sabe? Então foi bem limitado, bem limitado" (ENTREVISTADO 2).

Questões estruturais que impactam a implementação das políticas de saúde da mulher são destacadas, como a limitação no número de fichas para consultas e as falhas no processo de triagem. O Entrevistado 1 menciona o uso do Prontuário Eletrônico do Cidadão PEC-SUS, uma ferramenta fundamental para gerir e organizar o atendimento. Entretanto, barreiras físicas e burocráticas ainda afetam a qualidade e a equidade do serviço. Nesse cenário, o papel dos burocratas de nível de rua vai além do atendimento direto, exigindo que equilibrem essas limitações com a necessidade de garantir um atendimento adequado, demonstrando flexibilidade e poder decisório (ENTREVISTADO 1).

A barreira de acesso se constitui nessa questão da distribuição de fichas. Então, uma pessoa chegou, não tem mais ficha, ela, certo? Ela vai dizer, por exemplo: "ah, então, meu problema é esse, eu vou tentar passar no acolhimento". Então, elas vão tentar passar no acolhimento. Existe agora uma outra possibilidade de acesso, que é uma gestão de filas. O prontuário eletrônico utilizado é o PEC-SUS, ele possibilita a inserção desses pedidos de consultas das pessoas que não receberam as fichas e não entraram como quadros que poderiam ser resolvidos no acolhimento, precisariam de consulta (ENTREVISTADO, 1).

A flexibilidade e a adaptabilidade são características essenciais para que os burocratas de nível de rua possam realizar o seu trabalho. O entrevistado 2 descreve como em dias de menor demanda, consegue oferecer um atendimento mais detalhado e educativo, o que amplia a qualidade do cuidado prestado às mulheres:

Por exemplo, em um dia extremamente corrido com a agenda lotada, se recebemos uma demanda apenas para renovar uma receita de anticoncepcional, muitas vezes não é possível dedicar tempo para algo além dessa renovação. No entanto, quando a agenda está mais livre, conseguimos oferecer um atendimento mais abrangente e atender a necessidades adicionais (ENTREVISTADO 2).

Esse exemplo ilustra como os burocratas de nível de rua possuem autonomia para ajustar o atendimento de acordo com as circunstâncias, fator que é fundamental para a implementação de políticas públicas mais eficazes.

O tempo de consulta varia de acordo com a complexidade do caso, algo comum na atenção primária, onde o atendimento pode durar entre 15 e 20 minutos, dependendo das necessidades da paciente. Isso demonstra como os profissionais de saúde da linha de frente têm a liberdade de adaptar o tempo de consulta e as abordagens de acordo com a complexidade do atendimento. Em termos práticos, essa flexibilidade permite que políticas mais amplas sejam adaptadas à realidade local e às demandas individuais das mulheres que buscam os serviços (ENTREVISTADO 2).

Então, as consultas podiam variar entre 15, 20 minutos, às vezes até uma hora, assim, ou mais, dependia do caso. Em média, em Recife, realmente a agenda é de 20 em 20 minutos, os agendamentos. E aí, dependendo do contexto, você faz mais rápido e coloca mais gente (ENTREVISTADO 2).

Embora os BNRs tenham autonomia para ajustar o atendimento em períodos de menor demanda, essa flexibilidade é limitada em dias de alta carga de trabalho, quando não é possível fornecer um cuidado mais personalizado. O contexto estrutural e a sobrecarga de trabalho impõem limites rígidos ao que os burocratas de nível de rua podem realizar, destacando a tensão constante entre as diretrizes políticas e a realidade prática. A flexibilidade, nesse caso, é limitada pelos recursos disponíveis e pela capacidade da unidade de saúde de lidar com a alta demanda (ENTREVISTADO 3).

As unidades atendem tanto a demanda espontânea do dia quanto os agendamentos prévios. Em um dia típico, o objetivo é resolver os casos mais agudos e rápidos, enquanto demandas mais complexas recebem maior atenção e tempo de consulta. O tempo de atendimento é bastante flexível, variando de consultas rápidas de 5 minutos, para casos simples e burocráticos, até consultas mais longas, de 40 a 50 minutos. Em média, busca-se manter as consultas entre 15 e 20 minutos (ENTREVISTADO 3).

É válido destacar a importância da coordenação com os demais profissionais da saúde. O Entrevistado 3 relata que a dinâmica de trabalho colaborativa entre médicos, enfermeiros e outros membros da equipe multidisciplinar é crucial para garantir a continuidade e a integralidade do cuidado. Essa coordenação é particularmente importante no contexto da saúde da mulher, onde questões como o planejamento familiar e o pré-natal exigem uma abordagem integrada.

A gente está com um modelo, na minha unidade atual, de um atendimento compartilhado entre médico e enfermeiro. Então, eu e a enfermeira que trabalha comigo, a gente vai pegando da lista geral das pessoas que estão aguardando e compartilha as consultas. Então, o que está dentro da sauda de um, o que está da outra, a gente se auxilia. Em questão de mulheres, em particular, eu faço colocação de DIU também, então ela ajuda na questão do planejamento. As duas fazem consulta de planejamento familiar e pré-natal, né? E aí na

inserção de DIU eu faço, e na questão de citologia ela faz. E as duas estão capacitadas para a colocação de um Implanon também agora. Então, trabalhamos bem em equipe nesse sentido (ENTREVISTADO, 3).

O entrevistado 3 também destaca a importância de educar as pacientes sobre seus direitos e os serviços disponíveis, já que muitas acreditam que o atendimento ginecológico ocorre apenas em dias específicos da semana. Esse trabalho de educação em saúde é uma forma pela qual os burocratas de nível de rua vão além de suas funções tradicionais, atuando como agentes de transformação na relação entre a população e os serviços de saúde.

Muitas mulheres acreditavam que havia um dia específico para a saúde da mulher, quando poderiam tratar apenas questões ginecológicas. No entanto, estão começando a entender que o acesso é mais amplo e pode ser feito em qualquer momento, com exceção da citologia, que ainda depende de dias fixos devido ao laboratório. O objetivo futuro é que até mesmo a citologia possa ser oferecida sob demanda (ENTREVISTADO 3).

#### **4.2 A incidência das crenças e ideologias dos Burocratas de Nível de Rua na implementação políticas de atenção primária à mulher em Recife/PE**

Os valores, ideologias e crenças dos burocratas de nível de rua desempenham um papel crucial na implementação das políticas públicas, especialmente nas áreas de atenção primária à saúde da mulher. Esses profissionais, apesar de estarem formalmente vinculados a diretrizes e normas estabelecidas, têm uma margem de autonomia significativa que permite ajustar as políticas de acordo com suas próprias visões e valores. Esta flexibilidade pode ter efeitos variados sobre a qualidade e a equidade do atendimento. A seguir, analisamos como essa dinâmica se manifesta na prática, com base nas entrevistas realizadas.

O entrevistado 1 destaca que sua formação e qualificação foram em grande parte resultado de sua própria iniciativa. Em Recife, existem programas como o "Qualifica Pré-Natal", projetados para aprimorar a formação dos profissionais de saúde. No entanto, a adesão a esses cursos depende amplamente do interesse individual. Embora a cidade ofereça oportunidades de treinamento, o comprometimento com a formação contínua é fundamental para a qualidade do atendimento prestado.

Formação própria por meu desejo e percepção de necessidade, mas um profissional que entre, ele provavelmente, talvez, tenha um curso, o acolhimento. Tem algumas ofertas educacionais no município. Então, recentemente teve o curso para oferta do abortamento legal,

teve um curso de qualificação pré-natal. Então, tiveram projetos específicos no município que foram ofertados para os profissionais, inclusive com uma boa estruturação teórica e prática. Mas eu especificamente estava na gestão à época, tive acesso a esses cursos, participei de alguma maneira dos cursos, mas não sei quantos colegas fizeram (ENTREVISTADO 1).

Também é destacado o papel crucial da gestão na organização de treinamentos e capacitações. O Entrevistado 1 acredita que a gestão deve adotar uma postura mais ativa e organizada na promoção do desenvolvimento contínuo dos profissionais. Ele argumenta que a responsabilidade pelo aprimoramento não deve recair apenas sobre os indivíduos, mas deve ser uma prioridade institucional. Com um suporte mais robusto e estruturado por parte da gestão, seria possível garantir que todos os profissionais tivessem acesso às oportunidades de desenvolvimento necessárias para implementar eficazmente as políticas de saúde da mulher.

Eu recomendo que, na verdade, a gestão faça a organização disso, do processo. Quando, por exemplo, um profissional novo for atuar dentro da equipe de saúde da família, que ele tenha acesso a essas ofertas, que sejam sistemáticas, que tenham discussão do processo de trabalho dentro das equipes para fazer essa oferta de cuidado. Mas eu acho que é muito mais uma responsabilidade da gestão de coordenar isso do que deixar a mão na mão do profissional, porque o profissional pode ter essa perspectiva ou pode não ter. E as mulheres não podem ficar a revelia desse interesse pessoal (ENTREVISTADO 1).

É possível perceber uma forte motivação para oferecer um atendimento mais abrangente e educativo sempre que a carga de trabalho permite. Os BNRs buscam ir além dos cuidados clínicos, promovendo a autonomia das pacientes e ampliando seu conhecimento sobre sua própria saúde. Esse enfoque reflete uma abordagem de empoderamento feminino, que visa fortalecer a capacidade das mulheres de buscar e acessar os atendimentos na atenção primária (ENTREVISTADO 2).

Foram realizadas capacitações individuais que eu busquei após enfrentar situações de assédio e violência contra a mulher nas unidades de saúde. Junto com a preceptoria da residência, desenvolvi, por exemplo, uma lista de serviços para a qual as mulheres poderiam ser encaminhadas e um protocolo interno para lidar com casos de violência contra a mulher. No entanto, essas iniciativas eram bastante específicas e não abrangiam a equipe inteira (ENTREVISTADO 2).

Contudo, há tensões entre as crenças pessoais dos burocratas de nível de rua e as limitações impostas pelo sistema de saúde. A falta de recursos, a sobrecarga de trabalho e as condições estruturais precárias frequentemente limitam a capacidade desses profissionais de oferecer um atendimento personalizado de acordo com suas crenças e ideologias. Esse conflito entre os valores pessoais e as condições reais de trabalho é

uma característica recorrente na implementação das políticas públicas de saúde (ENTREVISTADO 3).

Temos alguns outros entraves, então, por exemplo, questão de insumo, a gente tá só com dois kits de DIU, teve uma outra pessoa que foi colocar DIU hoje não conseguindo isso porque não tinha kit suficiente, aí tem que ir lá limpar o equipamento para ficar disponível novamente e não tem pessoal. Aí eu sinto que a gente precisa de insumo, sabe, dessa facilidade, sala apropriada para fazer alguns procedimentos, sala apropriada para fazer grupo, então falta um pouquinho dessa parte estrutural (ENTREVISTADO, 3).

O entrevistado 3 relata que já testemunhou profissionais de saúde se recusando a oferecer serviços de planejamento familiar devido a convicções religiosas pessoais:

Por exemplo, existem profissionais na atenção primária que se recusam a realizar serviços de planejamento familiar por motivos religiosos. Como resultado, a demanda por esses serviços é transferida para outras equipes, gerando um conflito na unidade (ENTREVISTADO, 3).

Este exemplo ilustra como as crenças individuais dos profissionais de saúde podem, em alguns casos, entrar em conflito direto com as diretrizes das políticas públicas. Nesse contexto, o acesso das pacientes a serviços essenciais, como o planejamento familiar, é comprometido pelas crenças individuais dos burocratas de nível de rua, limitando a equidade no atendimento e a plena implementação das políticas de saúde da mulher.

Além disso, é destacado a resistência à mudança que alguns profissionais apresentam, preferindo métodos de trabalho mais tradicionais. Muitas vezes, essa resistência é uma consequência da falta de treinamento adequado ou da sobrecarga de trabalho, que impede a adoção de novas práticas. Isso demonstra que, além das crenças pessoais, a formação inadequada e as condições de trabalho dos burocratas de nível de rua influenciam diretamente a implementação das políticas de saúde da mulher.

Há outros profissionais que não seguem essa prática, sendo que metade está disposta a ajustar suas abordagens, aprender novas técnicas e adaptar-se às mudanças. A outra metade, no entanto, ainda se sente sobrecarregada pela demanda e não está aberta a modificar seus processos de trabalho ou a oferta de serviços no momento (ENTREVISTADO 3).

## **5. DISCUSSÃO**

A atuação dos burocratas de nível de rua na implementação das políticas de atenção primária à saúde da mulher em Recife revela uma complexidade intrínseca que

se manifesta nas interações entre as diretrizes institucionais, as crenças pessoais dos profissionais e as condições estruturais nas quais atuam.

Na literatura, especialmente as contribuições de Michael Lipsky (1980), destacam que esses burocratas são agentes de implementação das políticas públicas essenciais, moldando o atendimento às necessidades das mulheres atendidas. Os achados dessa pesquisa estão alinhados a essa perspectiva, uma vez que os profissionais entrevistados demonstram uma clara adaptação das diretrizes às necessidades específicas das mulheres, seja com relação ao tempo de atendimento ou escuta ativa das prioridades de saúde.

Os relatos dos entrevistados evidenciam uma coordenação necessária entre os serviços de saúde, o que também é respaldado pela literatura. Mendes (2009) ressalta que a articulação entre diferentes níveis de atenção é fundamental para garantir a continuidade e a integralidade do cuidado. Contudo, uma diferença importante observada na pesquisa é a frustração com a falta de apoio institucional para essa coordenação, algo que não é sempre enfatizado nas discussões acadêmicas. Os entrevistados mencionaram que a estrutura atual limita significativamente sua capacidade de realizar essa articulação, contrastando com a visão idealizada que muitas vezes encontramos na literatura.

A flexibilidade na abordagem dos BNRs, conforme ilustrado pelos depoimentos, é um aspecto crucial para a personalização do atendimento). O depoimento do entrevistado 2, que enfatiza a necessidade de ajustar o tempo e a abordagem das consultas, está em consonância com as diretrizes que promovem a responsividade nas práticas de saúde (LOTTA, 2019).

Entretanto, uma diferença notável é a pressão enfrentada pelos profissionais devido à alta demanda, resultando em atendimentos muitas vezes superficiais (FERNANDEZ; MAIA; MAGRI; LOTTA, 2023). A literatura menciona esses desafios, mas os relatos dos entrevistados indicam que a experiência emocional dos profissionais, muitas vezes marcada por estresse e insatisfação, pode não ter sido suficientemente explorada anteriormente.

As dificuldades estruturais emergem como um desafio significativo na implementação de programas de saúde, como o Programa Mãe Coruja, que visa promover a saúde materno-infantil. A literatura, incluindo as análises de Lotta (2019), enfatiza que a gestão efetiva é crucial para a manutenção de programas de saúde. Nossos achados corroboram essa afirmação; no entanto, a resistência observada entre os

BNRs, que relataram a falta de infraestrutura e recursos como barreiras significativas, destaca um aspecto que pode não ter sido amplamente abordado nas discussões anteriores.

A relação entre as crenças e valores dos BNRs e a implementação das políticas de saúde também apresenta tanto concordâncias quanto divergências em relação à literatura. Os relatos revelam que, embora os profissionais estejam vinculados a diretrizes institucionais, suas convicções pessoais influenciam o atendimento, especialmente em relação a temas sensíveis como planejamento familiar. (FERNANDEZ; MAIA; MAGRI; LOTTA, 2023).

Este achado está alinhado com a análise de Fernandez e Guimarães (2020), que discute como a heterogeneidade de valores entre os implementadores pode gerar resultados divergentes na aplicação das políticas. No entanto, a resistência à mudança observada entre alguns profissionais, que se recusam a oferecer determinados serviços por crenças pessoais, sugere um impacto mais profundo do que o abordado em estudos anteriores.

O papel educativo que os BNRs desempenham se mostra essencial para promover a autonomia das pacientes e ampliar seu conhecimento sobre os serviços disponíveis. A abordagem de empoderamento feminino, conforme discutida pelo entrevistado 2, é um aspecto que ressoa com as diretrizes que promovem a participação ativa dos usuários (FERNANDEZ; MAIA; MAGRI; LOTTA, 2023). Essa conexão entre empoderamento e educação está bem documentada na literatura, mas a prática observada na pesquisa revela uma ênfase mais forte do que muitas análises acadêmicas sugerem.

Dessa forma, podemos afirmar que a atuação dos Burocratas de Nível de Rua na atenção primária à saúde da mulher em Recife é marcada por uma interação complexa entre diretrizes institucionais, condições estruturais e crenças pessoais. Embora os achados da pesquisa confirmem muitos aspectos discutidos na literatura, como a necessidade de articulação e a importância da flexibilidade, também revelam desafios e dimensões emocionais que podem não ter sido suficientemente explorados anteriormente (FERNANDEZ; MAIA; MAGRI; LOTTA, 2023).

Para que as políticas de saúde da mulher sejam efetivamente implementadas, é crucial que haja um suporte institucional robusto que considere as crenças e valores dos BNRs nas estratégias de formação e desenvolvimento profissional. Esse compromisso não apenas contribuirá para a qualidade do atendimento, mas também para a equidade e

integralidade das políticas de saúde, refletindo um modelo de atenção que valoriza tanto a experiência dos profissionais quanto às necessidades das usuárias (LOTTA, 2019).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo da análise, observou-se que os Burocratas de Nível de Rua desempenham um papel fundamental na mediação entre as diretrizes públicas e a realidade vivida pelas pacientes. Embora formalmente vinculados às normativas do Sistema Único de Saúde, eles possuem significativa autonomia para adaptar e ajustar suas práticas às particularidades locais e às necessidades individuais das mulheres.

Um ponto central que emergiu da pesquisa é a complexidade das funções desempenhadas pelos BNRs, que vão muito além do atendimento direto às pacientes. Esses profissionais, frequentemente sobrecarregados e lidando com desafios estruturais, como a falta de recursos e a alta demanda de trabalho, precisam exercer funções de coordenação, educação e formação de novos profissionais. Eles atuam na linha de frente, garantindo que os serviços de saúde sejam acessíveis, eficientes e equitativos, ao mesmo tempo que navegam por uma estrutura que nem sempre oferece as condições ideais para a prática desses princípios.

A análise também destacou que os valores, ideologias e crenças pessoais desses profissionais influenciam a maneira como as políticas de saúde são implementadas. A iniciativa pessoal de buscar formação continuada, a motivação para oferecer um atendimento mais humanizado e educativo, e as convicções religiosas que, por vezes, entram em conflito com as diretrizes de saúde pública, foram elementos marcantes observados nas entrevistas. Essas influências podem tanto enriquecer o atendimento quanto criar barreiras para a sua plena execução, especialmente quando há uma desconexão entre as expectativas individuais dos profissionais e as condições práticas de trabalho.

Diante desse cenário, é necessário propor estratégias que possam mitigar os problemas identificados e promover uma implementação mais eficaz e equitativa das políticas de saúde da mulher. Algumas possíveis soluções para esses desafios incluem:

- **Capacitação Regular:** Garantir treinamentos obrigatórios e acessíveis a todos os profissionais de saúde;

- **Melhoria das Condições de Trabalho:** Aumentar recursos e melhorar a infraestrutura para reduzir a sobrecarga e aprimorar o atendimento;
- **Gestão de Conflitos de Crença:** Criar protocolos para encaminhar pacientes quando crenças pessoais entrarem em conflito com o atendimento;
- **Gestão Participativa:** Envolver a gestão mais ativamente nas necessidades diárias das unidades de saúde;
- **Trabalho em Equipe:** Fortalecer a colaboração entre diferentes profissionais de saúde para um atendimento mais integrado.

Por fim, é imprescindível que a gestão pública adote uma postura mais ativa no sentido de oferecer suporte institucional robusto e recursos adequados para que esses profissionais possam exercer suas funções de forma mais eficaz. Além disso, deve-se promover um ambiente que incentive o desenvolvimento contínuo, mitigando a sobrecarga de trabalho e fornecendo as ferramentas necessárias para que os BNRs possam implementar as políticas de saúde da mulher de maneira mais eficiente e equitativa. Somente assim será possível avançar para um sistema de saúde que seja, ao mesmo tempo, justo e acessível, garantindo que todas as mulheres possam exercer plenamente seus direitos à saúde.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Carta de Ottawa. In: CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 1., 1986, Ottawa. Anais... Ottawa: Ministério da Saúde. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta\\_ottawa.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf). Acesso em: 19 maio 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. O que é Atenção Primária? Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/o-que-e-atencao-primaria>. Brasília, 2024. Acesso em: 24 abr. 2024.

BRASIL, Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Brasília, 2004 Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nac\\_atencao\\_mulher.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf). Acesso em 21/09/2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica : Saúde das Mulheres / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília : Ministério da Saúde, 230 p., 2016 Disponível em:

[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos\\_atencao\\_basica\\_saude\\_mulheres.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf). Acesso em: 19/09/2024.

FACCHINI, Luiz Augusto; TOMASI, Elaine; DILÉLIO, Alitéia Santiago. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. *Saúde Em Debate*, 42(spe1), 208–223, 2018 Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/TmzJ4T4MkCxFxbpxTFXJsd/#>. Acesso em 22/09/2024.

FERNANDEZ, Michelle; GUIMARÃES, Natalia Cordeiro. Caminhos teórico-metodológicos para a análise da burocracia de nível de rua. *Revista Brasileira de Ciência Política*, nº 32. Brasília, maio - agosto, pp 283-322, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbcpol/a/CCSM5zx4N8ffqvjqBQMdXMB/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 19/09/2024.

FERNANDEZ, Michelle ; MAGRI, Giordano; PONTES, Bárbara Maia Lima Madeira; LOTTA, Gabriela. Atuação da APS em tempos de crise: uma análise da discricionariedade dos profissionais de saúde na pandemia da COVID-19. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, 2023. Disponível em: <http://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/atuacao-da-aps-em-tempos-de-crise-uma-analise-da-discricionariedade-dos-profissionais-de-saude-na-pandemia-da-covid19/18838?id=18838>. Acesso em: 19/07/2024.

FERREIRA, Vicente da Rocha Soares; MEDEIROS, Jannah Joslin. Fatores que moldam o comportamento dos burocratas de nível de rua no processo de implementação de políticas públicas. *Cadernos EBAPE.BR*, vol. 14, núm. 3, pp. 776-793, 2016. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nac\\_atencao\\_mulher.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf). Acesso em: 19/09/2024

GIL, Antonio Carlos. Métodos e técnicas de pesquisa social. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008. Disponível em: <https://ayanrafael.com/wp-content/uploads/2011/08/gil-a-c-mc3a9todos-e-tc3a9nicas-de-pesquisa-social.pdf>>. Acesso em: 01 jun. 2024.

LAVRAS, Carmen. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. *Saúde soc.*, v. 20, n. 4,2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000400005>>. Acesso em: 12 maio 2024.

LINDBLOM, Charles E. The Science of "Muddling Through. *Public Administration Review*, Vol. 19, No. 2, Spring, 1959. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/973677>>. Acesso em: 01 maio 2024.

LIPSKY, Michael. *Street Level Bureaucracy: Dilemmas of the individual in public services*. Nova Iorque: Russell Sage Foundation, 1980.

LIMA, Luciana Leite; PAPI, Luciana Pazini. Planejamento e políticas públicas: intencionalidades, processos e resultados. 1. ed. Porto Alegre, Jacarta, 2020. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/212555>. Acesso em: 01 maio 2024.

LOTTA, Gabriela. Implementação de políticas públicas: o impacto dos fatores relacionais e organizacionais sobre a atuação dos burocratas de nível de rua no Programa Saúde da Família (Tese de doutorado). Curso de Ciência Política, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil, 2010. Disponível em: <[https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8131/tde-20102010-120342/publico/2010\\_GabrielaSpangheroLotta.pdf](https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8131/tde-20102010-120342/publico/2010_GabrielaSpangheroLotta.pdf)>. Acesso em: 04 out. 2023.

LOTTA, Gabriela. Teoria e análises sobre a implantação de políticas públicas no Brasil. Brasília: Enap, 2019. Disponível em: [https://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/4162/1/Livro\\_Teorias%20e%20An%C3%A1lises%20sobre%20Implementa%C3%A7%C3%A3o%20de%20Pol%C3%ADticas%20P%C3%BAblicas%20no%20Brasil.pdf](https://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/4162/1/Livro_Teorias%20e%20An%C3%A1lises%20sobre%20Implementa%C3%A7%C3%A3o%20de%20Pol%C3%ADticas%20P%C3%BAblicas%20no%20Brasil.pdf). Acesso em: 10/07/2024.

MENDES, Eugênio Villaça. Agora mais do que nunca - uma revisão bibliográfica sobre a Atenção Primária à Saúde. In: CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. Oficinas de Planificação da Atenção Primária à Saúde nos Estados. Brasília: CONASS, 2009. (Anexo II). Disponível em: <https://apsredes.org/wp-content/uploads/2012/03/Agoramaisquenunca.pdf>. Acesso em: 01 maio 2024.

MENDES, Isabel Amélia Costa. Desenvolvimento e saúde: a Declaração de Alma-Ata e movimentos posteriores. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 12, n. 3, p. 447-448, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/65QpBZwZKrnzZwDRXYQHQrn/>. Acesso em: 19 maio 2024.

MORAES, Roque. Análise de conteúdo. Revista Educação, Porto Alegre, v. 22, n. 37, p. 7-32, 1999. Disponível em: <[http://cliente.argo.com.br/~mgos/analise\\_de\\_conteudo\\_moraes.html](http://cliente.argo.com.br/~mgos/analise_de_conteudo_moraes.html)>. Acesso em: 15 maio 2024.

MOTTA, Fernando. VASCONCELOS, Isabela. Teoria geral da administração. 3 ed. São Paulo: Thomson, 2006. Disponível em: [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/8345724/mod\\_resource/content/0/teoria%20geral%20da%20administra%C3%A7%C3%A3o-%20-%20motta%20e%20vasconcelos.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/8345724/mod_resource/content/0/teoria%20geral%20da%20administra%C3%A7%C3%A3o-%20-%20motta%20e%20vasconcelos.pdf). Acesso em: 10/07/2024.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Declaração de Alma-Ata. Alma-Ata: OMS, 1978. Disponível em: [https://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/declaracao\\_alma\\_ata.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf). Acesso em: 12 mar. 2024

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. (2008). Relatório Mundial da Saúde 2008: Cuidados de Saúde Primários - Agora mais que nunca. Genebra. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/bvsmis/resource/pt/mis-23631>. Acesso em: 10/07/2024.

OPAS. Atenção primária à saúde. (2022). Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/atencao-primaria-saude>. Acesso em: 19 maio 2024.

PAIM, Jairnilson Silva.; TRAVASSOS, Claudia Maria de Rezende ; ALMEIDA, Claudia Maria de Rezende; BAHIA, Ligia.; MACINKO, James. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *The Lancet*, v. 377, n. 9779, p. 1778-1797, 2011. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/18316>. Acesso em: 22/09/2024.

SILVA, Cristiane Rocha; GOBBI, Beatriz. Christo.; SIMÃO, Ana Adalgisa. (2005). O Uso da análise de conteúdo como uma ferramenta para a pesquisa qualitativa: Descrição e aplicação do método. *Organizações Rurais & Agroindustriais Minas Gerais- MG*, v. 7, ed. 1, p. 70-81. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/878/87817147006.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2024.

SIMON, Herbert Alexander. Comment on 'The Science of Public Administration. *Journal of Public Economics*, 22 (1947) 123-125. North-Holland. Disponível em: <https://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2011alves-pc.pdf>. Acesso em: 01 maio 2024.

SOARES, Simaria. Jesus. A pesquisa científica: Uma abordagem sobre o método qualitativo. *Revista Ciranda, Montes Claros*, v. 1, n. 3, pp. 168-180, jan./dez. 2019. Disponível em: <https://www.periodicos.unimontes.br/index.php/ciranda/article/view/314/348>. Acesso em: 11 jun. 2024.

## ANEXO

### QUESTIONÁRIO DE ENTREVISTA

#### Parte 1: Atuação com profissional de saúde

1. Você poderia começar se apresentando?

- Qual sua formação? Como você decidiu se tornar [BNR→ enfermeira/o, médico, etc.]?

2. Há quanto tempo você trabalha nesta Unidade?

- Quantos dias por semana/mês você está aqui?
- Trabalha em outros lugares além de aqui?
- É a primeira vez que trabalha na atenção básica ou já trabalhou noutras Unidades, regiões, estados?
- Já conhecia o território antes de vir trabalhar aqui?

3. Onde você mora?

- O quão perto/longe é do seu trabalho?

- Sempre morou na região/no PE?

## **Parte 2: Trabalho dos profissionais de saúde na atenção primária à saúde da mulher**

4. Descreva um dia típico de trabalho na Unidade.

- Quanto tempo o profissional tem para atender as pacientes?
- As pacientes geralmente procuram informações sobre suas opções de atendimento na consulta?

5. Qual a abordagem realizada por você em um atendimento de rotina com mulheres na atenção primária?

- (Entender o fluxo de trabalho). Qual é o caminho percorrido pela paciente que busca atendimento para prevenção e cuidados de saúde? Você acha que o fluxo é estruturado?
- As pacientes chegam com uma decisão pré-determinada sobre os cuidados de saúde que querem receber?
- Você fornece informações adicionais sobre alternativas ou segue o pedido inicial da paciente?
- Há algum procedimento ou abordagem na atenção primária à saúde da mulher que você ache ser mais eficiente?

6. Quais os principais problemas e desafios que você enxerga/vivência no que diz respeito à assistência na atenção primária à saúde da mulher na unidade onde trabalha/do PE/Brasil?

- Você recebeu algum treinamento específico para trabalhar na atenção primária à saúde da mulher?

## **Parte 3: Relação com a Rede de Saúde e políticas públicas**

7. Como você percebe a integração da Unidade com os demais serviços da rede de atenção primária à saúde da mulher?

- Existe uma boa comunicação e cooperação entre os serviços de saúde primária que tratam da saúde da mulher?
- Você está ciente de outras iniciativas na região que visam informar sobre iniciativas ou políticas públicas voltada a atenção em saúde primária para mulheres (outras unidades de saúde, ONGs, escolas, etc)?

- Na Unidade onde você trabalha são realizadas atividades educativas para as mulheres que buscam informações sobre cuidados de saúde na atenção primária à saúde da mulher?

#### **Parte 4: Organização do Trabalho e Relação com Colegas**

8. A Unidade em que você trabalha é reconhecida por sua atuação na atenção primária à saúde da mulher. Você observa pessoas de outras regiões do PE que decidem buscar atendimento lá?

- Quais aspectos do seu trabalho na atenção primária à saúde da mulher você mais aprecia?
- A gestão da Unidade oferece suporte para que você possa realizar seu trabalho da melhor maneira possível?
- Como é a relação com seus colegas na unidade? Existe uma alta rotatividade de profissionais?
- Quando você tem dúvidas sobre a melhor forma de proceder em uma situação específica no trabalho, com quem você costuma conversar?
- Você sente que consegue realizar seu trabalho de forma autônoma na atenção primária à saúde da mulher? Há áreas em que você gostaria de ter mais autonomia profissional?
- Você já enfrentou algum conflito entre as diretrizes e regulamentos oficiais e a prática direta com pacientes na atenção primária à saúde da mulher? Se sim, como isso foi resolvido? Se não, como você mantém sua prática alinhada com as diretrizes governamentais?

#### **Vinhetas (antes da Parte 5)**

**Explicação:** Antes de passarmos para as vinhetas, é importante contextualizar o propósito por trás delas. As vinhetas apresentadas são situações fictícias baseadas em cenários comuns que podem ocorrer na atenção primária à saúde da mulher. Cada uma delas retrata um momento específico em que uma paciente procura atendimento na Unidade com uma necessidade relacionada à saúde da mulher.

O objetivo dessas vinhetas é proporcionar uma visão prática e contextualizada das interações entre os profissionais de saúde e as pacientes que buscam serviços de cuidados de saúde na atenção primária à saúde da mulher. Como profissional da área, gostaríamos que você descrevesse como agir em cada uma dessas situações, levando em consideração seus conhecimentos, experiências e práticas profissionais.

- **(saúde mental, estresse e técnicas de relaxamento).** Clara, uma jovem de 20 anos, chega à Unidade para sua consulta de rotina. Durante a consulta, ela compartilha suas preocupações com sua saúde mental, mencionando estresse intenso e dificuldades para dormir. Ela expressa o desejo de explorar opções de manejo do estresse e técnicas de relaxamento para melhorar sua qualidade de vida e bem-estar geral.
- **(Cuidados preventivos de saúde, vacinação e nutrição para ela e sua família).** Maria, uma mulher de 30 anos, mãe de dois filhos pequenos, procura a UBS para discutir sobre cuidados preventivos de saúde. Ela expressa o desejo de encontrar maneiras eficazes de manter sua saúde e a de sua família, incluindo opções de vacinação e programas de nutrição. Maria está interessada em aprender mais sobre hábitos saudáveis e prevenção de doenças para garantir uma vida mais saudável para todos.
- **(Gestão do diabetes tipo 2, controle de açúcar no sangue através de dieta, exercício e medicação).** Ana, uma mulher de 40 anos, chega à UBS para sua consulta anual de saúde. Durante a consulta, ela menciona sua preocupação com a pressão arterial alta e a necessidade de monitoramento regular. Ana busca apoio e orientação sobre como controlar sua pressão arterial através de mudanças no estilo de vida e possíveis intervenções médicas para garantir seu bem-estar.
- Carla, uma mulher de 25 anos, recentemente diagnosticada com diabetes tipo 2, procura a UBS para discutir como gerenciar sua condição de saúde. Ela está interessada em aprender mais sobre como controlar seus níveis de açúcar no sangue através de dieta, exercício e medicação. Carla busca apoio e orientação para tomar decisões informadas sobre sua saúde e garantir uma boa qualidade de vida.

## **Parte 5: Encerramento**

Antes de concluirmos, há algo que você gostaria de compartilhar e que não foi abordado?

Como você se sentiu durante esta entrevista? Há algum feedback ou comentário que você gostaria de fazer?

Agradeço muito por sua participação neste questionário, que tem como objetivo compreender melhor sua experiência e percepções relacionadas à atenção primária à saúde da mulher.