

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL - UFRGS
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS - IFCH
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS

XIMENA CECILIA CHÁVEZ HOFFMANN

IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE INTERCULTURAL NO
EQUADOR:

O papel dos Técnicos de Atenção Primária em Saúde-TAPSs

Porto Alegre – RS

2022

XIMENA CECILIA CHÁVEZ HOFFMANN

**ESTUDO DE IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE
INTERCULTURAL NO EQUADOR:**

O papel dos Técnicos de Atenção Primária em Saúde-TAPSS nas comunidades

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Políticas Públicas.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Luciana Leite Lima

Linha de pesquisa: Políticas Sociais, Atores e Participação.

Porto Alegre – RS

2022

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

REITOR

Carlos André Bulhões

VICE-REITORA

Patrícia Pranke

INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS

DIRETOR

Hélio Ricardo de Cuoto Alves

VICE-DIRETOR

Alex Niche Teixeira

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS

COORDENADORA

Luciana Leite Lima

COORDENADOR- SUBSTITUTO

Sérgio Simoni Jr.

CIP - Catalogação na Publicação

Hoffmann, Ximena Cecilia Chavez
IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE INTERCULTURAL
NO EQUADOR: O papel dos Técnicos de Atenção Primária
em Saúde- TAPS / Ximena Cecilia Chavez Hoffmann. --
2022.
194 f.
Orientadora: Luciana Lima.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio
Grande do Sul, Instituto de Filosofia e Ciências
Humanas, Programa de Pós-Graduação em Políticas
Públicas, Porto Alegre, BR-RS, 2022.

1. Implementação de políticas públicas. 2.
Burocracia de nível de rúa . 3. Saúde intercultural.
4. Conhecimento situado. 5. Ponto de vista. I. Lima,
Luciana, orient. II. Título.



ATA PARA ASSINATURA Nº _____

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
Instituto de Filosofia e Ciências Humanas

Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas
POLÍTICAS PÚBLICAS - Doutorado
Ata de defesa de Tese

Aluno: Ximena Cecilia Chavez Hoffmann, com ingresso em 06/03/2017

Título: **IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE INTERCULTURAL NO EQUADOR: O papel dos Técnicos de Atenção Primária em Saúde- TAPS**

Orientador: Profª Drª Luciana Leite Lima

Data: 03/05/2022

Horário: 14:30

Local: IFCH

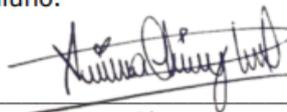
Banca Examinadora	Origem
Julice Salvagni	UFRGS
Gabriela Spanghero Lotta	FGV
Guadalupe Solano	UCE

Porto Alegre, 03 de maio de 2022

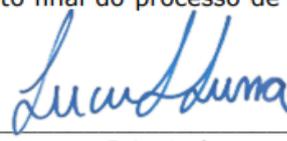
Membros	Assinatura	Avaliação
Julice Salvagni	 por videoconferência	Aprovada
Gabriela Spanghero Lotta	 por videoconferência	Aprovada
Guadalupe Solano	 por videoconferência	Aprovada

Conceito Geral da Banca: (**A**) Correções solicitadas: () Sim (**X**) Não

Observação: Esta Ata não pode ser considerada como instrumento final do processo de concessão de título ao aluno.



Aluno



Orientador

Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas
Avenida Bento Gonçalves, 9500 Prédio 43322 - 205D - Bairro Agronomia - Telefone 33088220
Porto Alegre -

AGRADECIMENTOS

Este trabalho é resultado de muitos esforços conjuntos, muitas pessoas fazem parte dele e a todas elas devo meu agradecimento.

Em primeiro lugar, agradeço a minha orientadora, Luciana Lima, quem sempre foi para mim uma inspiração e contribuiu com clareza e excelência no longo destes anos de pesquisa.

Agradeço também aos professores que tive o prazer de prestigiar nas aulas durante a formação por todos os ensinamentos recebidos. Assim como à toda a equipe do PPG pela ajuda e apoio.

Às minhas queridas colegas e amigas Andréa, Carolina e Luana, com quem compartilhei momentos de angústia e leveza: muito obrigada.

Ao Roger, agradeço porque sempre acreditou em mim, me deu força, o amor e o apoio que precisei para terminar esta pesquisa, sobretudo nos momentos mais difíceis.

A mi mamá, porque al cuidar de Sisa permitió yo tenga tempo para dedicarme a desarrollar esta tesis, muchas gracias porque sin su ayuda esto no sería posible.

Agradezco con todo mi amor y admiración a mi hermana Alma porque, con su admirable inteligencia y cariño, ayudó a dar forma a mis ideas y cuando parecía que no podría continuar, ella siempre creyó en mi.

Esta investigación fue posible solo por la contribución desinteresada de todos los profesionales de salud que participaron, agradezco a cada uno de ellos, especialmente a los 6 Técnicos de Atención Primaria en Salud que dan sentido a esta investigación, gracias no solo por su contribución, sino también porque hacen posible la salud intercultural en el Ecuador.

DEDICATÓRIA

À Sisa Suyana Chávez Hoffmann
Com Amor.
Mamá

RESUMO

O presente trabalho analisa a implementação da política de saúde intercultural no Equador através do papel dos Técnicos de Atenção Primária em Saúde-TAPS nas comunidades. Foi proposto um modelo analítico que, utilizando ferramentas das teorias e enfoques feministas, além das tradicionais utilizadas para este tipo de estudo, procura explicar o uso da discricionariedade dos TAPSs desde suas subjetividades. Realizou-se uma pesquisa qualitativa e os dados coletados foram construídos em conjunto com os TAPSs para a compreensão das realidades e individualidades dos atores. Concluiu-se que os TAPSs compartilham vários elementos subjetivos com a população na qual trabalham (raça, cosmovisão, origem social, trajetória etc.), situação que condiciona seu atuar e ajuda a explicar o uso da discricionariedade em benefício das comunidades.

Palavras-chave: Políticas Públicas, Saúde Intercultural, Implementação, Teorias e Enfoques Feministas.

ABSTRACT

The present work analyzes the implementation of the intercultural health policy in Ecuador through the role of Primary Health Care Technicians-TAPS in the communities. An analytical model was proposed that, using tools from feminist theories and approaches, in addition to the traditional ones used for this type of study, seeks to explain the use of discretion of TAPSs from their subjectivities. A qualitative research was carried out and the data collected were built together with the TAPSs to understand the realities and individualities of the actors. It was concluded that TAPSs share several subjective elements with the population in which they work (race, worldview, social origin, trajectory, etc.), a situation that conditions their action and helps to explain the use of discretion for the benefit of communities.

Keywords: Public Policies, Intercultural Health, Implementation, Feminist Theories and Approaches.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1- Ações na transversalização e promoção do enfoque intercultural.....	36
Gráfico 2- Ações desde a cosmovisão, ancestralidade e medicina alternativa....	37
Gráfico 3- Ações normativas	38
Gráfico 4- Sistema Nacional de Saúde Equatoriano.....	76
Gráfico 5- Níveis de Atenção no Sistema Nacional de Saúde Equatoriano.....	80
Gráfico 6- Relação entre Discricionariiedade, Atividades e Categorias.....	159

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Caraterização dos TAPs.....	112
Quadro 2- Categorias de Análise nas entrevistas a BNM.....	115
Quadro 3- Categorias de análise nas entrevistas aos BNR (conhecimento situado).....	115
Quadro 4- Categorias de Análise das entrevistas aos BNR (Ponto de Vista)...	116
Quadro 5- Atividades, nível de discricionariade e categorias.....	118
Quadro 6- Atividades laborais dos TAPs.....	152

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE
BNM	BUROCRATAS DE NÍVEL MÉDIO
BNR	BUROCRATA DE NIVEL DE RUA
COFENAIE	CONFEDERACIÓN DE NACIONALIDADES INDÍGENAS DE LA AMAZONÍA ECUATORIANA
CONAIE	CONFEDERACIÓN DE NACIONALIDADES INDÍGENAS DEL ECUADOR
DNSPI	DIRECCIÓN NACIONAL DE SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS
GADs	GOBIERNOS AUTÓNOMOS DESCENTRALIZADOS
IECE	INSTITUTO ECUATORIANO DE CRÉDITO ESTUDIANTIL
IESS	INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL
INEC	INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS Y CENSOS
ISFFA	INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DE LAS FUERZAS ARMADAS
ISSPOL	INSTITUTO DE SEGURUDAD SOCIAL DE LA POLICÍA NACIONAL
LGBTIQ	LÉSBICAS, GAYS, BISSEXUAIS, TRANSGÉNERO, INTERSEXO, QUEER
MAIS-FCI	MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD CON ENFOQUE FAMILIAR, COMUNITARIO E INTERCULTURAL
MMAIS-FCI	MANUAL DO MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD CON ENFOQUE FAMILIAR, COMUNITARIO E INTERCULTURAL
MIES	MINISTERIO DE INCLUSIÓN ECONÓMICA Y SOCIAL
MSP	MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
ONGs	ORGANIZAÇÕES NÃO GOVERNAMENTAIS
ONU	ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS
OPS	ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE
RCM	RACIAL CLASIFICATION MODEL
SCC	SEGURO SOCIAL CAMPESINO
SENESCYT	SECRETARIA DE EDUCACIÓN SUPERIOR, CIENCIA, TECNOLOGÍA E INNOVACIÓN
SENPLADES	SECRETARIA NACIONAL DE PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO
TAPS	TÉCNICO DE ATENÇÃO PRIMARIA DE SAÚDE

APOIO DE FINANCIAMENTO CAPES

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

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
1.1 DEFINIÇÃO DO PROBLEMA.....	18
1.1.1 Tema.....	18
1.2 OBJETIVOS.....	19
1.2.1 Objetivo geral:.....	19
1.2.2 Objetivos específicos.....	19
1.3 HIPÓTESES.....	19
1.4 UNIVERSO EMPÍRICO.....	20
1.5 TÉCNICA DE COLETA DE DADOS.....	21
2. A POLÍTICA DE SAÚDE INTERCULTURAL NO EQUADOR	24
2.1. O SISTEMA DE SAÚDE EQUATORIANO.....	24
2.2. POLÍTICAS INTERCULTURAIS.....	27
2.3. A SAÚDE INTERCULTURAL.....	28
2.4. PRECEDENTES DA POLÍTICA DE SAÚDE INTERCULTURAL NO EQUADOR.....	30
2.5. A IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE INTERCULTURAL.....	34
2.6. AÇÕES DO MINISTÉRIO DE SAÚDE PÚBLICA.....	35
2.7. A SAÚDE INTERCULTURAL NO EQUADOR NA PANDEMIA.....	40
3. MODELO TEÓRICO ANALÍTICO	45
3.1. POLÍTICAS PÚBLICAS.....	45
3.2. POLÍTICAS PÚBLICAS COMO CICLO.....	47
3.3 IMPLEMENTAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS.....	48
3.3.1 O modelo <i>top-down</i>	49
3.3.2 O modelo <i>bottom-up</i>	53
3.3.3 O modelo híbrido.....	56
3.3.4 O burocrata de nível de rua e a discricionariedade.....	58
3.4 TEORIA DO CONHECIMENTO SITUADO.....	63
3.5 A PERSPECTIVA DO PONTO DE VISTA.....	65
3.6 INTERSECCIONALIDADE.....	67
3.7 BUROCRACIA REPRESENTATIVA.....	69
3.8. DELINEAMENTO DO MODELO ANALITICO.....	72
4 A IMPLEMENTAÇÃO DO ENFOQUE INTERCULTURAL EM SAÚDE	74
4.1. MANUAL DO MODELO DE ATENÇÃO INTEGRAL DO SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE FAMILIAR, COMUNITÁRIO E INTERCULTURAL-MMAIS-FCI.....	75
4.1.1. A Integralidade no MAIS-FCI.....	76
4.1.2. Objetivos estratégicos.....	78
4.1.3. Componentes.....	78
4.1.3.1. Provisão de Serviços.....	79
4.1.3.2. Organização.....	79
4.1.3.2.1. Homologação e Tipologia.....	80
4.1.3.2.2. Organização Territorial.....	81
4.1.3.3. Financiamento.....	82
4.1.4. Enfoque intercultural.....	83

4.1.4.1. Formação e capacitação dos recursos humanos	84
4.1.4.2. Criação de atitudes e condições para garantir a interação com os usuários, respeitando seus conhecimentos e práticas na saúde	84
4.1.4.3 Adequação Cultural	85
4.1.4.4 A participação como um recurso da comunidade.....	86
4.1.4.5. Os TAPs na implementação do enfoque intercultural	86
4.1.4.6. Os agentes da medicina ancestral	89
4.1.5. Avaliação de resultados	90
4.1.6. Fases e atividades na implementação do MAIS-FCI.....	91
4.2. ACORDO MINISTERIAL 0082-2017	92
4.2.1. Âmbito de aplicação do Acordo	92
4.2.2. Recursos Linguísticos	93
4.2.3. Comida e Hospedagem	95
4.2.4. Vestimenta	96
4.2.5. Mobilização e Transporte	96
4.2.6. Articulação do sistema de saúde biomédico com a medicina ancestral .	96
4.2.7. O Processo de Alta.....	98
4.3. GUIA TÉCNICA PARA A ATENÇÃO AO PARTO CULTURALMENTE ADEQUADO.....	99
4.3.1. Atendimento interpessoal	101
4.3.2. Acompanhamento	101
4.3.3. Livre Posição.....	102
4.3.4. Vestimenta e agasalho	102
4.3.5. Alimentação.....	102
4.3.6. Informação	103
4.3.7. Placenta	103
4.3.8. O papel das parteiras e parteiros	103
4.3.9. Organização e normativa	103
5. MARCO METODOLÓGICO	106
5.1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS-CONHECIMENTO SITUADO.....	106
5.2. ÁREA DE EXECUÇÃO DA PESQUISA	107
5.3 MÉTODO.....	108
5.4. COLETA DE DADOS	108
5.4.1. Dados secundários: análise bibliográfico e documental.....	108
5.4.2. Dados primários: entrevistas semiestruturadas e produções narrativas	109
5.5. AMOSTRAGEM	110
5.5.1. Caracterização dos participantes da pesquisa.....	110
5.5.1.1. Atores de nível médio.....	110
5.5.1.2. Burocratas de nível de rua- Caracterização dos TAPs	111
5.5.1.3. Roteiro de entrevistas.....	113
5.6. ANÁLISE DE DADOS.....	114
6. A SAÚDE INTERCULTURAL DESDE O BUROCRATA DE NÍVEL DE RUA, OS TAPs COMO A PONTE COM A COMUNIDADE	121
6.1. OS TAPs NA IMPLEMENTAÇÃO DA SAÚDE INTERCULTURAL	122
6.2. MODELO ANALÍTICO	125
6.2.1. Categorias de análise.....	125

6.2.1.1. Categorias da Análise Situada	126
6.2.1.1.1. Nacionalidade.....	126
6.2.1.1.2. Gênero	129
6.2.1.1.3. Trajetória laboral.....	132
6.2.1.1.4. Origem social	134
6.2.1.1.5. Conhecimentos.....	136
6.2.1.1.6. Valores	139
6.2.1.1.7. Colonialidade.....	141
6.2.1.1.8. Capital	145
6.2.1.1.9. Zonas	147
6.2.1.2. Categorias do Ponto de Vista.....	148
6.2.1.2.1. Sentido de pertença	148
6.2.1.2.2. Uso da linguagem.....	149
6.2.1.2.3. Participação em grupos de trabalho	150
6.2.1.2.4. Atividades.....	151
6.2.1.2.5. Nível de educação.....	153
6.2.1.2.6. Auto percepção como agente de cambio	153
6.2.1.2.7. Participação política	155
6.2.1.2.8. Carga laboral.....	156
6.2.1.2.9. Nível económico	157
6.2.2. Categorias de análise em relação ao uso da discricionarietà.....	157
6.2.2.1. Atividades normativas	159
6.2.2.2. Atividades não normativas	165
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	172
REFERÊNCIAS.....	176
ANEXOS	187
ANEXO A - Mapa da distribuição espacial da população indígena por províncias	187
ANEXO B - Mapa da concentração da população afro equatoriana por províncias	188
APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTAS BNM	189
APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTAS DANNY CHOEZ PRESIDENTE CNTAPS.....	190
APÊNDICE C - ROTEIRO DE ENTREVISTAS BNR	191

1 INTRODUÇÃO

O Equador é constitucionalmente reconhecido como um país intercultural e plurinacional. Nele convivem 14 nacionalidades e 20 povos indígenas. Embora não exista um consenso sobre o total da população que conformam esses grupos, estima-se que são entre um 7% e 30% da população total, dependendo dos critérios de mensuração (CHISAGUANO, 2006). Cada um desses povos e nacionalidades tem seus próprios saberes ancestrais que englobam: filosofias, costumes, tradições, formas de educar e de sanar, e é por isso que precisam de políticas públicas que respondam a essas peculiaridades.

O reconhecimento estatal dos saberes ancestrais, a validação de sua importância para o desenvolvimento do país e sua incorporação plena ao desenho de políticas públicas no Equador é um processo relativamente recente, que inicia com a denominada Revolução Cidadã¹ no ano de 2007. Neste contexto, foram criados um marco institucional e um programa de políticas públicas que levou em conta os conhecimentos e necessidades dos povos originários. Assim, junto com o Plano Nacional para o Bom Viver², atual Plano de Criação de Oportunidades, articularam-se diversas instituições encarregadas de formular e implementar políticas públicas interculturais.

Apesar de a finalidade do Estado fosse criar políticas interculturais de todos os tipos (justiça, economia, seguridade social, inclusão social, desenvolvimento rural, turismo, mobilidade, etc.), tal como a Constituição consagra, as demandas das organizações das nacionalidades e povos foram, e continuam sendo, conforme aponta o presidente da Confederação Nacional de Organizações Campesinas, Indígenas e Negras do Equador, Santos Villamar

¹O projeto político liderado pelo ex-presidente Rafael Correa desde o ano 2007 até 2017 autodenominou-se como Revolução Cidadã, por causa dos profundos câmbios políticos que alcançou, entre eles ter convocado a Assembleia Geral Constituinte, da qual surgiria uma nova Constituição no ano 2008 inspirada na Revolução Alfarista e nos princípios do chamado socialismo do século XXI.

²Os planos nacionais de desenvolvimento, constitucionalmente estabelecidos, são os instrumentos aos quais se sujeitam as políticas, programas e projetos públicos, assim como a programação e execução do pressuposto do Estado, a inversão e a assinação dos recursos públicos. Cada governo decide chamar aos planos segundo os princípios ou visões a partir dos quais desenvolverá dito projeto. Desde o 2007 e durante uma década o plano foi conhecido como Plano para o Bom Viver ou Sumak Kawsay. A mudança no nome sinala já uma alteração na perspectiva de desenvolvimento na qual o novo governo acredita.

“basicamente pelo acesso à terra e livre uso dela, acesso universal à saúde e garantia de uma educação intercultural conforme a nossas realidades” (ECUADOR, 2017b, tradução da autora). Respondendo a essas demandas, os governos de turno vêm aprofundando no desenvolvimento de políticas interculturais para o uso da terra, educação intercultural bilíngue e saúde intercultural.

A incidência de pobreza e extrema pobreza nos grupos indígenas e afrodescendentes do Equador é mais alta que o do resto da população. Dita pobreza entrelaça-se com outros aspectos como o analfabetismo, o desemprego, a falta de acesso a serviços sociais, discriminação, alto índice de violações aos direitos humanos e deslocamentos territoriais forçados (CEVALLOS; AMORES, 2009). Esses fatores afetam diretamente a saúde desta população, às situações citadas, somam-se as barreiras geográficas, a falta de transporte desde as comunidades até os locais prestadores de serviços de saúde e a própria baixa qualidade que, em geral, caracterizam a saúde pública no Equador.

A saúde dos povos originários afronta ainda mais obstáculos. O tema da interculturalidade na saúde é um grande desafio. Autores apontam que as barreiras culturais constituem o impedimento mais complexo, já que existe pouco conhecimento dos fatores sociais e culturais que derivam do conhecimento, as atitudes e as práticas relacionadas com a saúde dos povos indígenas (CEVALLOS; AMORES, 2009). Vale à pena questionar quem deveria levar em conta esses conhecimentos para melhorar a saúde indígena? Se é o Estado o chamado a responder às necessidades destes povos a partir da criação de políticas públicas, o conhecimento em questão, recolhe-se no desenho dos programas? Se sim, os burocratas que entregam estas políticas (burocratas de nível de rua) aplicam o enfoque intercultural?

No referente à criação de políticas de saúde com enfoque intercultural, o Equador tinha seguido uma linha mais ou menos inclusiva no referente à interculturalidade. Desde o primeiro governo na Revolução Cidadã, até o governo do Moreno, quase 14 anos se passaram tentando delinear políticas públicas com enfoques interculturais.

O último plano de desenvolvimento do legado da Revolução Cidadã, o Plano Nacional Toda uma Vida 2017-2021 no objetivo 2, pretendia “afirmar a

interculturalidade e plurinacionalidade, revalorizando as identidades diversas” (ECUADOR, 2017c, tradução da autora), apresentava políticas e metas que tratavam exclusivamente da saúde intercultural. O atual Plano de Criação de Oportunidades 2021-2025, de uma linha mais conservadora, não faz referência direta à saúde intercultural, nem a temas de interculturalidade de forma específica (ECUADOR, 2021).

Dentro das ferramentas legais a Constituição, a lei orgânica de saúde, os regramentos dos especialistas em terapias alternativas, acordos ministeriais, entre outros documentos legais, apresentam um marco normativo para o desenvolvimento da política de saúde intercultural, mesma que se encontra baixo nas faculdades da Direção Nacional de Saúde Intercultural, parte do Ministério de Saúde Pública-MSP.

Mas, a existência de políticas de saúde intercultural por si só não garante que as barreiras culturais tenham sido vencidas. As conclusões da dissertação do mestrado da autora desta tese sustentam isso e servem como ponto de partida. O trabalho identificou relações entre saberes ancestrais e políticas de saúde intercultural. Salieta que o desenho das políticas leva em conta o enfoque intercultural, mas na implementação destas políticas ocorrem situações diferentes, que recaem nas diferenças culturais (CHÁVEZ, 2015).

Reforçando as conclusões do trabalho mencionado, vários analistas das políticas interculturais de saúde concordam em que a implementação das políticas é questionável, já que muitas vezes não conseguem atingir os objetivos, tendo como resultado a inexistência de uma interação entre ciência, saberes ancestrais, identidade e direitos dos povos indígenas nas políticas públicas (AGUDELO, 2014), (ILESCAS; INUCA; MAITA, 2008), (HABOUD *et al.*, 2006), (GRANDA *et al.*, 2007), (HUETE, 2017).

Existem vários estudos no Equador sobre políticas interculturais na saúde, que em sua grande maioria tratam o desenvolvimento das políticas ao longo do tempo (FLORES, 2017), problematizam a existência de um Estado intercultural a partir das políticas públicas (COÉLLAR, 2012) e (RODRÍGUEZ, 2018), ou estudam o papel dos atores no desenvolvimento das políticas interculturais (CHISAGUANO, 2005).

Quando apontam os erros dessas políticas, a maioria dos autores concorda com a existência de um problema na implementação, mostrando que

existem consideráveis avanços enquanto a normatividade e institucionalidade, mas não em quanto a entrega real das políticas públicas; mas não vão além dessas constatações.

Por outro lado, identificaram-se estudos sobre implementação de políticas públicas no Equador que analisaram políticas de seguridade cidadã (CUESTA, 2017), apoio ao empreendedorismo (HURTADO, 2016), ciência e tecnologia (VIZIOLI, 2016), administração de terra (CÓRDOVA, 2015), entre outros. As pesquisas encontradas tentam explicar o problema de implementação a partir de diversos modelos, mas não a partir do papel da burocracia de nível de rua-BNR. Voltando as perguntas e refazendo-as, como é o processo de implementação na saúde intercultural? Quem implementa ditas políticas? Que caracteriza os BNR encargados de entregar estas políticas e como essa caracterização explica sua atuação?

Diante das lacunas encontradas na bibliografia equatoriana referentes ao tema desta pesquisa, as reflexões giram em torno da necessidade teórica de aprofundar no estudo da implementação da política de saúde intercultural, a partir do papel dos burocratas de nível de rua. Tentando explicar como esses burocratas atuam, como essa atuação, relacionada ao exercício da sua discricionariedade, modifica a política pública (o torna um *fixer*) e que fatores internos explicados pelo conhecimento situado e o ponto de vista relacionam-se com as formas manifestar dita discricionariedade, reforçando ou não a existência de uma burocracia representativa.

Já sobre o desenvolvimento da teoria do burocrata de nível de rua, esta pesquisa pretendeu aportar ao estudo da complexidade da discricionariedade destes servidores utilizando as teorias feministas do conhecimento situado junto com perspectiva do ponto de vista e as produções narrativas, sob as hipóteses da burocracia representativa. Colocando como sujeito de estudo ao BNR e partindo do pressuposto de que ele incide na implementação das políticas públicas, ao possuir um nível de discricionariedade relativo à própria natureza do seu trabalho (LIPSKY, 1980), o presente trabalho tem o intuito de aprofundar nessa discricionariedade indo além das explicações dadas pelo Lipsky e sucessores, focando o estudo nos fatores internos que incidem no exercício da discricionariedade.

Esta tese não pretende afirmar que Lipsky apresente um modelo de análise que deixe de lado conscientemente os princípios do conhecimento situado, da perspectiva do ponto de vista ou as ferramentas que oferecem as produções narrativas. O que tenta fazer é tomar o modelo de análises do burocrata de nível de rua e complementa-o com a intenção de indicar um caminho que permita uma leitura crítica ao princípio de discricionariedade no processo de implementação de políticas públicas para, finalmente, cruzar essas informações com os elementos de análise oferecidos pela burocracia representativa. O que interessa no final, é que elementos internos dos BNR permitem entender melhor os usos que eles dão a sua discricionariedade e como isso incide na política.

Finalmente, é importante salientar que esta tese se desenvolve mais que no campo do - dever ser- (normativo/prescritivo), no campo do fazer (como se faz). Para isso, não se fala do BNR como um sujeito em abstrato, e sim se pretendeu entender como, onde e por que o exercício da discricionariedade o torna um *fixer* em um tempo, espaço e comunidades determinadas.

Notando que é em contadas ocasiões que se contemplam ou estudam as abordagens da teoria e da epistemologia feminista nas pesquisas da área de implementação de políticas públicas, o uso delas nesta pesquisa constitui uma proposta inovadora para entender, na prática, as políticas públicas de uma forma mais igualitária que resgate o empoderamento social e popular desde o papel do BNR.

1.1 DEFINIÇÃO DO PROBLEMA

As questões que motivam esta tese, além das referidas, tentam entender como o BNR torna-se um *fixer* no processo de implementação das políticas de saúde intercultural no Equador e explicar como exerce sua discricionariedade a partir de questões que atravessam sua subjetividade.

1.1.1 Tema

Esta pesquisa foi desenvolvida dentro da análise de políticas públicas, usando o ciclo de políticas. O estudo da implementação foi abordado desde o modelo *bottom-up*, utilizou a teoria do burocrata de nível de rua; e a partir do entendimento do uso da discricionariedade nesse sujeito, analisada a partir da

teoria do conhecimento situado e a perspectiva do ponto de vista, se respondeu às questões que motivaram esta investigação.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo geral:

- Analisar a implementação da política intercultural desde os Técnicos de Atenção Primária em Saúde-TAPS a partir da teoria do burocrata de nível de rua e o exercício de sua discricionariedade mediante o conhecimento situado e a perspectiva do ponto de vista, referindo sua influência sobre os resultados da política.

1.2.2 Objetivos específicos

- Delimitar a política de saúde intercultural no Equador a partir do sistema de saúde equatoriano, a história das políticas interculturais de saúde no país, instituições responsáveis e ações do Ministério de Saúde Pública.
- Elaborar um marco teórico que sirva de referência na criação do modelo analítico planteado e explicá-lo;
- Detalhar o processo de implementação da política de saúde intercultural a partir das normas, modelos e acordos existentes.
- Identificar as categorias do conhecimento situado e do ponto de vista nos BNR;
- Relacionar o nível de discricionariedade com as categorias anteriormente identificadas nos BNR, a partir das atividades normativas e não normativas do sujeito;
- Analisar como a partir das categorias identificadas nos BNR a política pública é modificada e atende às demandas dos usuários, manifestando a existência de políticas exitosas.

1.3 HIPÓTESES

A teoria do conhecimento situado e a perspectiva do ponto de vista ajudam a entender o complexo papel dos burocratas de nível de rua na implementação das políticas interculturais de saúde. A hipótese principal da tese argumenta que a discricionariedade é altamente influenciada pelo conhecimento

situado e pelo ponto de vista dos BNR e continua, em base na teoria da burocracia representativa, ao argumentar que, quanto mais perto (profissionalização, filosofia, gênero, raça, classe, trajetória) os BNR estão dos usuários que recebem a política, melhor ela é aplicada ou melhores resultados ela apresenta.

1.4 UNIVERSO EMPÍRICO

A política intercultural de saúde pretende atender às necessidades dos povos e nacionalidades que compõem o Equador. Esses povos se encontram assentados nas três regiões do Equador (costa, serra e Amazônia) e possuem densidades populacionais diferentes. Neste sentido, a política de saúde intercultural deveria ser implementada em todo o território, em todos os níveis, com ênfase nas zonas de maior densidade populacional dos povos em questão.

A unidade de análise desta tese é a Unidade Integral de Saúde, dentro do primer nível de atenção do Sistema Nacional de Saúde-SNS: a porta de entrada dos usuários à saúde pública.

Com o intuito de representar as nacionalidades por região e densidade, foram selecionados um total de 6 Unidades Integrais de Saúde, correspondentes a 3 das 14 nacionalidades, e 2 dos 20 povos que conformam o Equador, participaram representantes das nacionalidades kichwas da serra e da Amazônia e shwaras; assim como dos povos montubios e mestiço. Os mapas apresentados nos Anexos A e B ilustram a localização e a densidade dos povos indígenas e afrodescendentes no território equatoriano, e permitem ao leitor uma ideia mais próxima para entender o referente empírico.

O sujeito de estudo é o burocrata de nível de rua. De acordo com o que indica a teoria e no caso das políticas interculturais de saúde, eles se identificam como os médicos, enfermeiras, auxiliares de enfermagem, odontólogos, obstetras, técnicos de atenção primária em saúde, e demais encarregados de entregar diretamente a política aos beneficiários.

Os burocratas que trabalham na implementação da saúde intercultural no Equador são diversos e por isso constituem um sujeito de estudo que oferece várias fontes de reflexão. Sobre isso, Gerardo Fernández e outros apontam:

Médicos originários, afrodescendentes e parteiras; médicos naturistas; médicos da medicina alternativa e representantes de certas confissões religiosas, todos eles configuram junto com os representantes da biomedicina, o campo de “expertos” como operadores da saúde de

nossos povos originários e afrodescendentes, mas não todos representam as mesmas condições e vulnerabilidades (FERNÁNDEZ et al., 2010, p. 40, tradução da autora).

Dentre estes profissionais, um perfil chama a atenção no estudo da saúde intercultural: o técnico de atenção primária em saúde-TAPS. Este profissional além de ser uma figura relativamente nova dentro do Ministério de Saúde Pública (2016) possui características que permitem observar como a individualidade é importante no exercício da discricionariedade tais como a raça, sexo e trajetória na comunidade.

A escolha dos TAPSs que foram sujeito de estudo foi propositiva, levando em conta as recomendações dos especialistas com relação à capacidade operativa de coleta e análise, entendimento do fenômeno estudado e natureza do fenômeno analisado (HERNANDEZ; FERNANDEZ; BAPTISTA, 2014).

1.5 TÉCNICA DE COLETA DE DADOS

Os dados coletados para o desenvolvimento desta tese foram primários e secundários. Os secundários respondem a análise bibliográfico e documental de textos chaves para entender conceitos, teorias, estado da arte, normativa e a própria política. Os dados primários foram obtidos diretamente das entrevistas e produções narrativas criadas em conjunto com os participantes.

Para o cumprimento do objetivo geral, foi necessário um contato em campo com os burocratas da ponta. A metodologia própria para este tipo de estudos é a etnografia, já que proporciona ao pesquisador uma mirada próxima. As principais ferramentas a se utilizar neste objetivo foram as entrevistas semiestruturadas e as produções narrativas.

No referente ao objetivo específico 1, 2 e 3 realizou-se análise bibliográfica de livros, artigos, leis, acordos e manuais conforme cada tema a tratar.

O objetivo específico 4 foi alcançado a partir de entrevistas em profundidade com os burocratas de nível de rua e a técnica das produções narrativas, construindo junto com os sujeitos de estudo as categorias que permitirão uma melhor compreensão do desenvolvimento do seu trabalho.

Para alcançar o objetivo específico 5, foi utilizada a informação coletada em entrevistas, para relaciona-la a discricionariedade com as categorias identificadas nos sujeitos de estudo.

Para a realização do objetivo específico 6, os dados foram analisados em relação à modificação da política em função de dar resposta às necessidades da população identificadas pelos próprios sujeitos.

Para complementar os dados recolhidos foram realizadas entrevistas à diferentes expertos na área que formam parte também do MSP em outros níveis da organização, o ex-diretor da Direção Nacional de Saúde Intercultural e quatro responsáveis zonais do quesito intercultural em saúde. Os roteiros e as transcrições das entrevistas são apresentados nos apêndices da tese.

Diante do exposto, fez-se necessário organizar o trabalho, considerando cinco capítulos descritos resumidamente a seguir:

Na introdução, são apresentados aspectos introdutórios do estudo, assim como ideias iniciais que delimitam o trabalho.

No capítulo 2 faz-se referência à política de saúde intercultural no Equador, trata sobre o sistema de saúde equatoriano, políticas interculturais, saúde intercultural, precedentes da saúde intercultural no país, ações do Ministério de Saúde Pública e a saúde intercultural no Equador na pandemia.

No capítulo 3 apresenta-se o modelo analítico, passando por uma revisão bibliográfica que inclui temas de políticas públicas, ciclo, implementação e modelos de análise, teoria do burocrata de nível de rua, teorias feministas para a análise em ciências sociais: conhecimento situado, ponto de vista, interseccionalidade e burocracia representativa. Finaliza delineando o modelo analítico proposto.

O capítulo 4 apresenta a implementação do enfoque intercultural em saúde no Equador a partir da análise do Modelo de Atenção Integral em Saúde com enfoque familiar, comunitário e intercultural MAIS-FCI, o Acordo Ministerial 0082-2007 e a Guia Técnica para à Atenção ao Parto Culturalmente Adequado.

No capítulo 5 se explica o marco metodológico implementado para o desenvolvimento da tese, o tipo de estudo, as técnicas de recollecção de dados, a caracterização dos sujeitos de estudo e as estratégias de análise.

No capítulo 6 se desenvolve o modelo analítico proposto, apresentando os dados coletados nas entrevistas e analisando-os conforme as categorias encontradas, dando cumprimento assim ao objetivo principal da pesquisa.

Por último, apresentam-se as considerações finais do trabalho.

2. A POLÍTICA DE SAÚDE INTERCULTURAL NO EQUADOR

2.1. O SISTEMA DE SAÚDE EQUATORIANO

O Equador, segundo projeções do Instituto Nacional de Estatísticas e Censos (INEC, 2010a) para o 2020, teria uma população total de 17.510.643 pessoas, 50,1% homens e 49,9% mulheres. As tendências de crescimento da população demonstram mudanças em relação às décadas anteriores, onde o padrão de crescimento era o típico dos países em vias de desenvolvimento; agora se observa um crescimento maior da população idosa, de 4,3% em 1990 a 7,42% em 2020.

Em relação à população de indígenas, segundo dados de 2019, estima-se que represente 6,2% da população, totalizando 1,1 milhão de pessoas; o povo afrodescendente, por sua vez, representa o 7% da população do país, sendo aproximadamente 1,2 milhões de pessoas. Das 14 nacionalidades, 24,1% vive na Amazônia e representa 10 nacionalidades; 67,6% são os Kichwa andinos e vivem na serra central; 8,3% habita no litoral e nas Ilhas Galápagos e representa as 3 nacionalidades restantes; o povo afrodescendente está localizado maioritariamente na costa do país (ORTIZ, P., 2019).

No 2008 as doenças crônicas não transmissíveis, os acidentes de transporte e a violência foram as principais causas de morte no país (INEC, 2010b). A esperança de vida para o 2020 segundo projeções seria de 80,1 anos para as mulheres e 74,5 anos para os homens (INEC, 2010a). Nos povos indígenas, as doenças mais recorrentes são a desnutrição infantil, as infecções respiratórias agudas e quadros diarreicos (OPS, 2008).

A Constituição do 2008, no artigo 32, estabelece que a saúde é um direito garantido pelo Estado, que deve criar políticas públicas e acesso permanente, oportuno e sem exclusão à programas, ações e serviços de promoção e atenção integral de saúde, saúde sexual e saúde reprodutiva. No mesmo artigo se indicam os princípios que orientam a prestação dos serviços de saúde: equidade, universalidade, solidariedade, interculturalidade, qualidade, eficiência, eficácia, precaução e bioética, a partir do enfoque de gênero e intergeracional (EQUADOR, 2008a).

O sistema de saúde no país está composto por dois setores: o público e o privado. No setor público está o Ministério de Saúde Pública-MSP, o Ministério

de Inclusão Econômica e Social-MIES, os serviços de saúde dos municípios e os diferentes institutos de seguridade social (Instituto Equatoriano de Seguridade Social-IESS, Instituto de Seguridade Social das Forças Armadas-ISSFA e Instituto de Seguridade Social da Polícia Nacional-ISSPOL). O sector privado está composto por entidades com fines lucrativos (hospitais, clínicas, farmácias, consultórios e seguros de saúde) e não lucrativos (fundações, ONG etc.).

O sector público atende de forma diferenciada. O MSP, o MIES e os municípios oferecem serviços de saúde a toda a população, de forma geral, cuidam da saúde de aproximadamente o 51% da população. O IESS, ISSFA e ISSPOL oferecem o serviço de saúde para seus contribuintes que alcançam o 46% da população. Os planos de saúde e seguros privados cobrem aproximadamente o 3% da população total do país (LUCIO, R., 2011). O que evidencia uma mistura de tipos de sistemas de saúde no país, sendo o modelo de seguridade social oferecido pelo IESS, ISSFA e ISSPOL; o modelo de proteção social oferecido pelo MSP e MIES; e tem ainda o modelo de assistência ou residual que é oferecido pelo mesmo IESS em conjunto com o Seguro Social Campesino, do qual trataremos mais adiante.

Os beneficiários do sistema de saúde seriam todos os equatorianos, mas, como indicado anteriormente este benefício é entregue de forma indistinta, o MSP oferece a provisão maior dos serviços de saúde no país e conta com o 47% de hospitais e infraestrutura sanitária. Os institutos de seguridade social, atendem os profissionais do setor formal da economia e são de caráter familiar, inclui os filhos menores de idade e o cônjuge. Existe também a Lei de Maternidade Gratuita, que em 1998 foi reformada e criou o seguro de saúde para as mulheres durante a gravidez, parto e puerpério, esse seguro também cuida da saúde sexual e reprodutiva das mulheres e da saúde dos neonatos e crianças até os 5 anos de idade. Tem igualmente o Bono de Desenvolvimento Humano, que é um programa de transferência de renda dirigido a população nos dois quintis mais pobres, este benefício está condicionado ao cumprimento de metas de atenção de saúde e educação. Finalmente, o Programa de Cobertura de Doenças Catastróficas foi criado para dar cobertura as pessoas que têm doenças com custos elevados em casos selecionados. As pessoas que estão cobertas por algum instituto de seguridade social são as que mais benefícios recebem por

parte do sistema de saúde, já que além de receber assistência em saúde, dependendo do caso recebem ajudas econômicas e tem direito a aposentadoria.

Por sua vez, o Seguro Social Campesino-SSC, foi criado no ano 1968, por iniciativa governamental, destinado aos trabalhadores do campo, das zonas rurais do país, este seguro pertence ao IESS, mas funciona de forma independente, com seu próprio pessoal médico e suas próprias instalações. O SSC funciona baixo o princípio de solidariedade, tem caráter familiar e abarca pessoas pertencentes às comunidades, cooperativas, associações ou qualquer organização campesina, assim como grupos de pescadores artesanais, os quais tem que demonstrar que vivem nas zonas rurais do país, que seu único ingresso vem do trabalho artesanal da terra ou da pesca, que não recebe salário de terceiras pessoas e que não emprega a pessoa nenhuma (IESS, 2015).

No caso dos Institutos de Seguridade Social o financiamento se obtém a traves dos aportes dos afiliados, empregadores e do Estado; para o caso do MSP os recursos vem do orçamento geral do Estado. O governo é o responsável por estabelecer os critérios de distribuição dos recursos a traves do Ministério de Finança, esses recursos provêm da arrecadação de impostos, ingressos do petróleo, empréstamos e doações de organismos multilaterais governamentais e não governamentais. O SSC está subsidiado pelo Estado e recebe aportes solidários (1% do salário, aproximadamente 4 dólares) dos trabalhadores que estão obrigados a aportar ao IESS e das instituições de seguro privado, também recebe aportes simbólicos dos próprios afiliados, o equivalente ao 0,5% do salário básico, aproximadamente 2 dólares (IESS, 2015).

A instituição governamental que dirige tudo o concernente a saúde é o Ministério de Saúde Pública, na Constituição o princípio de que a regulação da saúde é um tema estritamente estatal está instituído no artigo 361, neste também se estabelece a responsabilidade do Estado de formular a política nacional, assim como do controle de todas as atividades relacionadas com saúde e suas entidades de funcionamento (EQUADOR, 2008a). O MSP é responsável ainda pela entrega de licencias de funcionamento a empresas de saúde públicas e privadas, inclusive as que prestam serviços de planos de saúde ou medicina pré-pagada.

O MSP tem Subsecretarias, Coordenações e Direções, organizadas de forma descentralizada administrativa e financeiramente para melhor

funcionamento do sistema de saúde. Dentro desta organização está a Direção Nacional de Saúde Intercultural que formula e implementa as políticas de saúde intercultural no país, tema desta investigação.

2.2. POLÍTICAS INTERCULTURAIS

As políticas públicas interculturais conhecem-se como políticas de inclusão social que pretendem responder às necessidades das nacionalidades e culturas do país, respeitando seus conhecimentos, saberes e tradições ancestrais. Entendidas como estratégia política de apropriação, as políticas interculturais têm como principal objetivo promover uma cultura da diversidade que pode ser entendida em duas ideias centrais: por um lado, a prevalência do princípio da diversidade e, por outro, a diversidade deve se erguer como uma nova cultura política, que dirige pautas de conduta institucionais e cidadãos para uma maior coesão social (ZAPATA; PINYOL, 2013).

Conforme indica Guendel, uma política intercultural pode ser entendida como aquela que se orienta a atender a problemática social, levando em conta a diversidade cultural e que reconhece a inequidade cultural como um dos fatores importantes da inequidade social. A política intercultural orienta seus diversos programas de atenção social para o atendimento de todas as pessoas e coletividades que foram definidas como seu objeto de intervenção, levando em consideração as especificidades culturais para contribuir na ideia de cidadania e de universalidade. Essas especificidades são múltiplas e tem a ver com vários aspectos: costumes, tradições, conhecimentos, língua, cosmovisão, sentimentos etc. (GUENDEL, 2011).

Este reconhecimento da inequidade cultural como fator importante da inequidade social e seu questionamento é o que diferencia as políticas interculturais das multiculturais. No multiculturalismo os princípios centram-se no reconhecimento da diversidade e na elaboração de políticas da diferencia, ou de ações afirmativas que tentam colocar os grupos sociais em igualdade de condições, mas não questionam a causa dessas desigualdades. O multiculturalismo procura incluir os sistemas ancestrais de saúde, educação, justiça, etc. dentro dos mesmos sistemas ocidentais; o enfoque intercultural, por sua vez, procura articular esses dois sistemas baixo critérios de igualdade.

A interculturalidade é um processo que vai além da política pública ou da política social; inclui todo um processo político, jurídico, social, comunitário, familiar e individual sumamente complexo. Tem a ver não só com o reconhecimento da existência da diversidade, e sim também com a coexistência com ela em termos de igualdade, interdependência e reciprocidade.

O enfoque intercultural abarca a relação não só entre cultura ou grupos sociais, mas também entre conhecimentos e práticas diversas em condições de igualdade, e no caso da saúde, enfatiza na promoção da saúde e na procura por serviços com pertinência intercultural. A saúde intercultural inclui aspectos que vão desde a formulação de normativas e lineamentos interculturais, gestão e atenção com pertinência cultural, até equipes de saúde com competência intercultural.

2.3. A SAÚDE INTERCULTURAL

A saúde intercultural refere-se ao conjunto de ações, estratégias e políticas que tentam incorporar a cultura do paciente no processo de atenção de saúde (MARTEL, 2011). Entendendo a saúde como o completo bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de doença, a saúde intercultural também procura transcender o exclusivamente étnico e tenta olhar para a diversidade biológica, cultural e social do ser humano como um fator importante para o processo saúde-doença (ALARCÓN; VIDAL; ROZAS, 2003).

A implementação de uma política de saúde intercultural requer uma equipe de saúde interdisciplinar, ao tratar de conhecimentos tanto da academia quanto ancestrais. Os profissionais que implementam esta política deveriam contar com uma preparação suficiente para garantir seu êxito; assim também capacidade para se comunicar na língua usada nas comunidades e o respeito e familiaridade com as práticas de saúde tradicional são determinantes para a existência de uma verdadeira saúde intercultural (CEVALLOS; AMORES, 2009). Tudo isso em termos de articulação e não de inclusão.

O desenho e implementação de políticas interculturais em saúde não se reduz a “ocidentalizar” a medicina ancestral, como também não pode se pensar em “indigenizar” a medicina ocidental. Não é adequar as práticas indígenas de sanar aos fluxos estabelecidos em protocolos, nem tentar mudar as concepções sobre doença ou saúde nos médicos, parteiras ou curandeiros. Por isso se fala

de articulação e não de inclusão, os dois modelos de saúde coexistem em harmonia e respeito.

Criar políticas interculturais na saúde implica o esforço de dialogar para criar sistemas que permitam a interação entre terapeutas indígenas e profissionais da medicina convencional, tendo como centro um sujeito que possui suas próprias individualidades, crenças, costumes, história, formas de entender o mundo, etc.

No Equador, a política de saúde intercultural é produto de uma luta incansável dos povos e nacionalidades indígenas que, partindo da heterogeneidade da sociedade equatoriana, consideraram sempre indispensável definir alternativas que dessem conta das realidades históricas e sociais dos povos que a compõem. Dita política está desenhada com o objetivo de instrumentalizar os direitos constitucionalmente garantidos aos povos e nacionalidades a partir da criação em 2008 do Estado intercultural e plurinacional.

A implementação da política pública intercultural contribui ao melhoramento das prestações de atenção integrais de saúde, a abordagem dos serviços de saúde à comunidade a través dos serviços inclusivos, assim com o a inter-relação construtiva com as medicinas ancestrais, alternativas, terapias alternativas com enfoque de promoção de saúde centrado nos direitos e na participação.

A existência da política de saúde intercultural, inclui o respeito, reconhecimento e compreensão da cosmovisão, diversidade plurinacional e intercultural existente no Equador, assim como as diferentes formas de compreender a saúde e tratar as doenças, o direito dos usuários a escolher a medicina com a qual eles querem se tratar, incorporar os elementos culturais na atenção ao usuário (como no caso do parto em libre posição como direito das mulheres) e o desenvolvimento da competência intercultural nos equipes de saúde para compreender e respeitar a diversidade cultural, assim como suas medicinas ancestrais e tradicionais.

É importante salientar a importância de possuir um conhecimento profundo das filosofias, saberes, conhecimentos e formas de sanar dos povos e nacionalidades equatorianas, assim como é crucial levar em conta as estratégias adequadas para a implementação de políticas que visam atender às

necessidades destes povos respeitando suas peculiaridades. Do contrário, o risco de piorar situações que já são críticas aumenta.

2.4. PRECEDENTES DA POLÍTICA DE SAÚDE INTERCULTURAL NO EQUADOR

A partir da década dos 90, mais precisamente nos anos 1993 e 1994, o Ministério de Saúde Pública, empreendeu o caminho para a consideração das problemáticas de saúde dos povos indígenas através do trabalho orientado a criação de modelos alternativos para a atenção duma população tão diversa quanto a equatoriana. Em 1999 criou-se a Direção Nacional de Saúde dos Povos Indígenas, encargada de estabelecer lineamentos técnicos e políticos para desenvolver a medicina indígena e construir modelos interculturais de saúde, adaptados as realidades locais (EQUADOR, 2008b).

Quando em 2008 no Equador acontece o processo constituinte e uma nova Constituição entra em vigência, as noções de interculturalidade mudam qualitativamente. Antes do 2013 a Direção funcionou como Direção Nacional de Saúde Intercultural, Direitos Humanos e Participação. Desde o 2013 com o novo Estatuto passa a ser só Direção Nacional de Saúde Intercultural. E as competências dela tem a ver com medicina ancestral, cosmovisão das nacionalidades e povos em sua relação com a saúde-doença, as medicinas alternativas e terapias alternativas para o desenvolvimento e a complementação e articulação com a medicina convencional ou biomédica (EQUADOR, 2008b).

A constituição de 2008, sobre a saúde intercultural, no artigo 358 estabelece que o Sistema Nacional de Saúde guiar-se-á, entre outros, pelo princípio de interculturalidade. O artigo 362, por outro lado, garante a prestação de serviços de saúde através de entidades que executem práticas de medicina ancestral alternativa e complementaria, continua logo no artigo 363, número 4, assim:

O Estado será responsável de: (...) garantir as práticas de saúde ancestral e alternativa, mediante o reconhecimento, respeito e promoção do uso do seus conhecimentos, medicinas e instrumentos (EQUADOR, 2008a, p. 166, tradução da autora).

A saúde intercultural conta com várias ferramentas institucionais e normativas geradas a partir do ano 1994. Já para 1999 foi criada a Direção

Nacional de Saúde dos Povos Indígenas (DNSPI), como uma dependência do Ministério de Saúde Pública, com autonomia técnica, administrativa e funcional.

Mas a política fortalece-se mesmo a partir do ano 2007, quando o Congresso Nacional aprova a Lei Orgânica das Instituições Públicas de Povos Indígenas do Equador que se autodefine como nacionalidades de raízes ancestrais. Nessa lei, cria-se a Secretaria Nacional de Saúde Intercultural das Nacionalidades e Povos Indígenas do Equador. Infelizmente, essa lei, junto às instituições que a criaram, foi derogada em 2014 depois da ruptura de relações entre o executivo e as organizações indígenas.

Ao tempo, o Ministério de Saúde em 2007 cria a Direção Nacional de Saúde Intercultural, que está vigente até agora e é a encarregada de formular e coordenar a implementação da saúde intercultural no SNS, garantindo o reconhecimento e respeito da diversidade dos povos e nacionalidades, e a articulação dos conhecimentos, saberes e práticas ancestrais de saúde (EQUADOR, 2008b).

Em 2008, o Ministério de Saúde Pública do Equador desenvolveu o Modelo de Atenção Integral, Familiar, Comunitário e Intercultural-MAIS-FCI, que tentou mudar os fatores determinantes da saúde: desde o estilo de vida individual até os modos de vida sociais, mantendo um enfoque em saúde familiar, comunitária e intercultural com ênfase na identificação dos riscos biológicos, sanitários e socioeconômicos (EQUADOR, 2008c). O primeiro objetivo do MAIS-FCI procura:

Reorientar os serviços de saúde do enfoque curativo para um enfoque centrado na promoção e cuidado integral da saúde, garantindo uma resposta no processo de recuperação da saúde, reabilitação, cuidados paliativos; incorporando o enfoque de interculturalidade, geracional e de gênero (EQUADOR, 2008c, p. 45, tradução da autora).

O MAIS-FCI é atualizado quadrienalmente. A última versão dele é a do ano 2012, publicada um ano depois. Nesta versão, o modelo salienta a importância do enfoque intercultural no desenvolvimento de uma saúde que leve em conta o reconhecimento dos direitos dos povos e nacionalidades que conformam o Equador. Assim, também, identifica os desafios que a implementação deste enfoque apresenta, principalmente sobre a formação de recursos humanos (BNR) que possuam atitudes e condições para garantir uma interação com os usuários, respeitando seus conhecimentos e práticas de

saúde, junto a uma “ativa participação dos atores da medicina ancestral e alternativa, que contribuam a recuperar, fortalecer e potenciar seus saberes e práticas em função de uma atenção integral” (EQUADOR, 2013, p. 46, tradução da autora).

Dentro da saúde intercultural um fenômeno é destacado e coloca-se no centro da política na última década, o parto vertical ou parto culturalmente adequado. Acompanhando os objetivos de desenvolvimento do milênio, propostos pela ONU no ano 2000, que entre outros procuravam reduzir a mortalidade infantil e melhorar a saúde materna, a partir de uma atenção médica adequada e oportuna, e levando em conta que a maioria de mulheres e/ou crianças que morriam no parto e post parto pertenciam a povos ou comunidades indígenas no Equador, o MSP reforçou a política do parto vertical a partir de 2008 com a criação da Guia Técnica para a Atenção do Parto Culturalmente Adequado (EQUADOR, 2008d).

O que se tentou foi aumentar a demanda por atenção obstétrica nos serviços de saúde pública e diminuir os partos domiciliares com parteiras. O Hospital São Luis de Otavalo constitui uma referência no que diz a este tipo de parto e atende às comunidades de toda a província de Imbabura.

Apesar de que o reconhecimento e o incentivo ao parto culturalmente adequado sejam um aporte importante ao desenvolvimento da política de saúde intercultural e mereçam ser analisados é impossível pensar que todo o campo que constitui a saúde intercultural enquanto a conhecimentos, técnicas, manejo de remédios, etc. reduza-se às práticas obstétricas. A política de saúde intercultural deve superar esses reducionismos.

Em 2009, o Ministério de Saúde Pública do Equador organizou em Quito o seminário *Interculturalidad y ejercicio de derechos en la Subregión Andina, con énfasis en salud sexual y reproductiva, para el fortalecimiento de Sumak Kawsay-Buen Vivir*. Nele participaram vários representantes dos ministérios de saúde de diferentes países andinos com o intuito de debater e deliberar sobre o estado e o futuro da saúde intercultural na sub-região. O encontro produziu um livro que recolhe as palestras dos participantes e uma declaração que no número 7 recomenda:

[...] a adoção de uma política pública que contemple o reconhecimento, legalização e acreditação das parteiras/os tradicionais e outros

agentes tradicionais de saúde e integra-os nos sistemas nacionais de saúde (FERNÁNDEZ, et al., 2010, p. 12, tradução da autora).

Atualmente, a saúde intercultural encontra-se garantida na normativa. Existem vários Acordos Ministeriais que tratam o tema e determinam sua implementação. Sendo um dos mais importantes o Acordo 0082 que guia a implementação do enfoque intercultural. A mais recente normativa foi a atualização do acordo ministerial número 0037, de 2016, que estabelece as terapias alternativas e complementares que brinda o sistema público de saúde. O mesmo, em linhas gerais, contempla a medicina andina, as terapias naturais, e o parto vertical (EQUADOR, 2017a).

Segundo o Instituto Nacional de Estadísticas e Censos, no Equador, existem mais de 3397 estabelecimentos encarregados de oferecer atenção primária à população, entre postos de saúde, subcentros de saúde, centros de saúde e dispensários médicos; e 742 estabelecimentos de internação entre hospitais básicos, gerais, especializados, clínicas gerais e especializadas que oferecem atenção médica de segundo e terceiro nível, totalizando 32.617 médicos, 16.250 enfermeiros, 2.207 obstetras e 18.104 auxiliares de enfermagem (INEC, 2014b).

Enquanto o MAIS-FCI pressupõe que a saúde deve ser ofertada baixo o enfoque intercultural em todos seus estabelecimentos, nem o MSP nem o INEC tem dados que mostrem em quais estabelecimentos de fato é ofertada a saúde intercultural. Assim, também, não existem registros de parteiras, xamãs ou curandeiros que participem no serviço público de saúde, registra-se a existência de 4.037 pessoas baixo a categoria de “outros funcionários” (INEC, 2014a), mas não é especificada a caracterização deles.

O diretor de saúde intercultural do Equador, Dr. John Arias (informação verbal), manifestou que existem parteiras e xamãs que utilizam a infraestrutura do sistema de saúde quando os usuários assim o requerem, para oferecer assistência na gravidez ou no parto ou para a realização de limpezas energéticas, mas que estes sábios da saúde não são parte do sistema; isso acontece porque existe uma articulação entre o sistema de saúde indígena e o sistema de saúde público e não uma integração entre os mesmos.

O MAIS-FCI, os diferentes Acordos Ministeriais e Guias, como ferramentas para a análise da implementação de saúde intercultural, serão aprofundados nos capítulos seguintes.

2.5. A IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE INTERCULTURAL

A Direção Nacional de Saúde Intercultural, parte do MSP e do Vice Ministério de Vigilância e de Governança, é a encarregada de desenhar a política de saúde intercultural, mas a implementação da mesma acontece de forma horizontal, respondendo aos princípios de descentralização das funções do Estado.

O princípio de descentralização responde ao novo modelo de planificação territorial proposto pela então Secretaria Nacional de Planificação e Desenvolvimento- SENPLADES e ao novo modelo de gestão institucional estabelecido como política pública de governo na época. Os objetivos da nova planificação territorial foram: 1) garantir os direitos mediante a prestação de serviços públicos com eficiência, qualidade e cordialidade; e 2) alcançar uma gestão pública eficiente, cuja ação coletiva resulte no Bom Viver (ECUADOR, 2010).

Esta planificação territorial desconcentrou o poder em 9 coordenações zonais, 140 distritos e 1134 circuitos administrativos que abarcam todo o território; as coordenações foram divididas a partir de categorias que tentaram igualar as condições populacionais, econômicas, culturais, educacionais, de recursos. etc.

As 9 coordenações zonais são: Coordenação 1, abarca as províncias de Carchi, Esmeraldas e Sucumbios; a Coordenação 2, os territórios de Napo, Orellana y Pichincha rural; a Coordenação 3, Cotopaxi, Pastaza, Tungurahua e Chimborazo; a Coordenação 4, Manabí e Santo Domingo; a Coordenação 5, Bolívar, Guayas rural, Los Ríos, Galápagos y Santa Elena; a Coordenação 6, contempla as províncias de Azuay y Morona Santiago; a Coordenação 7, Loja, El Oro y Zamora Chinchipe; a Coordenação 8 é de Guayas urbano e a 9 é de Pichincha urbano.

A política é implementada desde as coordenações zonais de saúde, dentro das unidades promoção da saúde, igualdade, direitos e participação; cada coordenação tem pelo menos um funcionário que é responsável pelo tema saúde

intercultural, direitos e participação. Estes funcionários são encarregados também de dar seguimento do cumprimento da política nos distritos, que têm também estas unidades de promoção; nos distritos são dois funcionários os responsáveis de guiar e dar os lineamentos para que nos estabelecimentos de saúde da sua responsabilidade (postos de saúde e hospitais básicos) seja incorporado o princípio de interculturalidade na prestação do serviço de saúde, a partir de capacitações e seguimento das ações. Mas como salienta o Dr. John Arias, ex diretor nacional de saúde intercultural *“en la prestación del servicio, el peso más grande de aplicación de políticas y normativas, recae en el profesional de salud”* (ENTREVISTA 1).

O MSP articula suas ações com os conhecedores e sábios da saúde dos povos indígenas, mas não os incorpora no sistema. No caso das parteiras, por exemplo, o profissional da saúde do MSP realiza visitas domiciliares às mulheres grávidas das comunidades em conjunto com as parteiras para o seguimento da gravidez saudável; assim também, no caso de a mulher não querer atendimento na hora do parto com o médico ou médica responsável, pode escolher ser atendida pela parteira na mesma instituição de saúde. Nas palavras do ex diretor de saúde intercultural:

La partera es una aliada estratégica del MSP para la reducción de la muerte materna, los shamanes, curanderos y demás conocedores de la salud intercultural son aliados también, con ellos el MSP se articula, pero no los integra en la institución, el propio ministerio en su organización no permite la integración (ENTREVISTA 1).

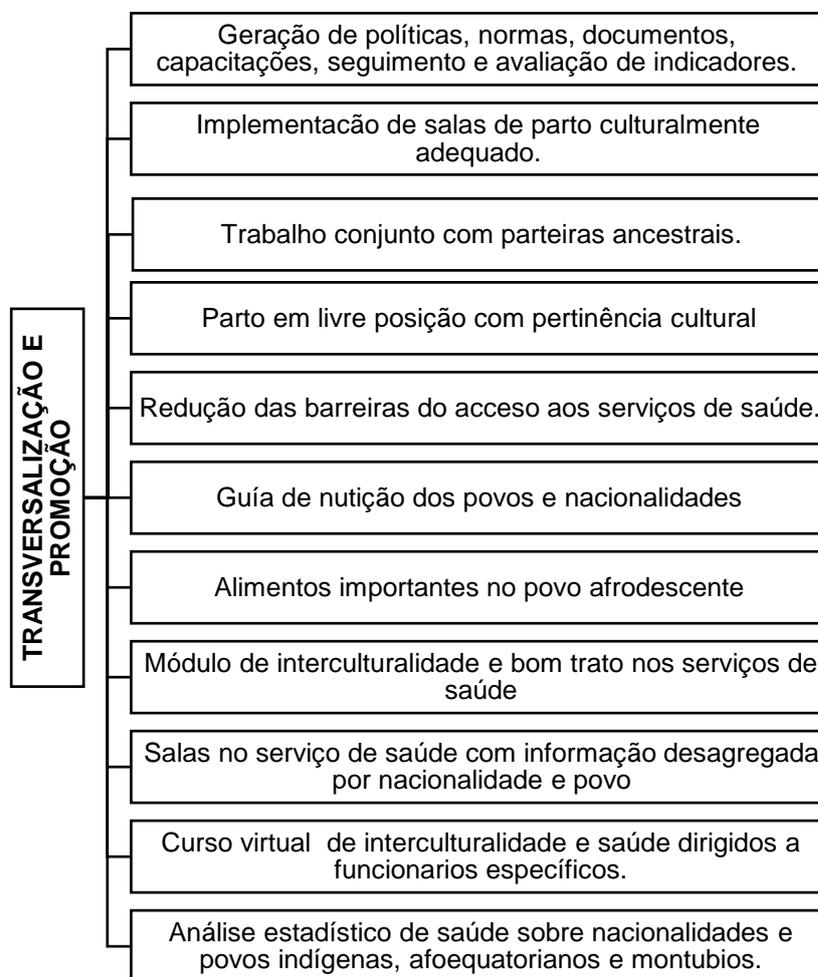
Esta realidade apresenta assuntos complexos para o sistema de saúde, muitas vezes os xamãs ou as parteiras recebem algum reconhecimento financeiro ou de outro tipo, dentro das próprias instalações do sistema público de saúde, colocando o princípio de gratuidade em ameaça, os usuários não conseguem distinguir a linha tênue que divide os dois sistemas e terminam achando que tem que pagar pela saúde pública e gratuita.

2.6. AÇÕES DO MINISTÉRIO DE SAÚDE PÚBLICA

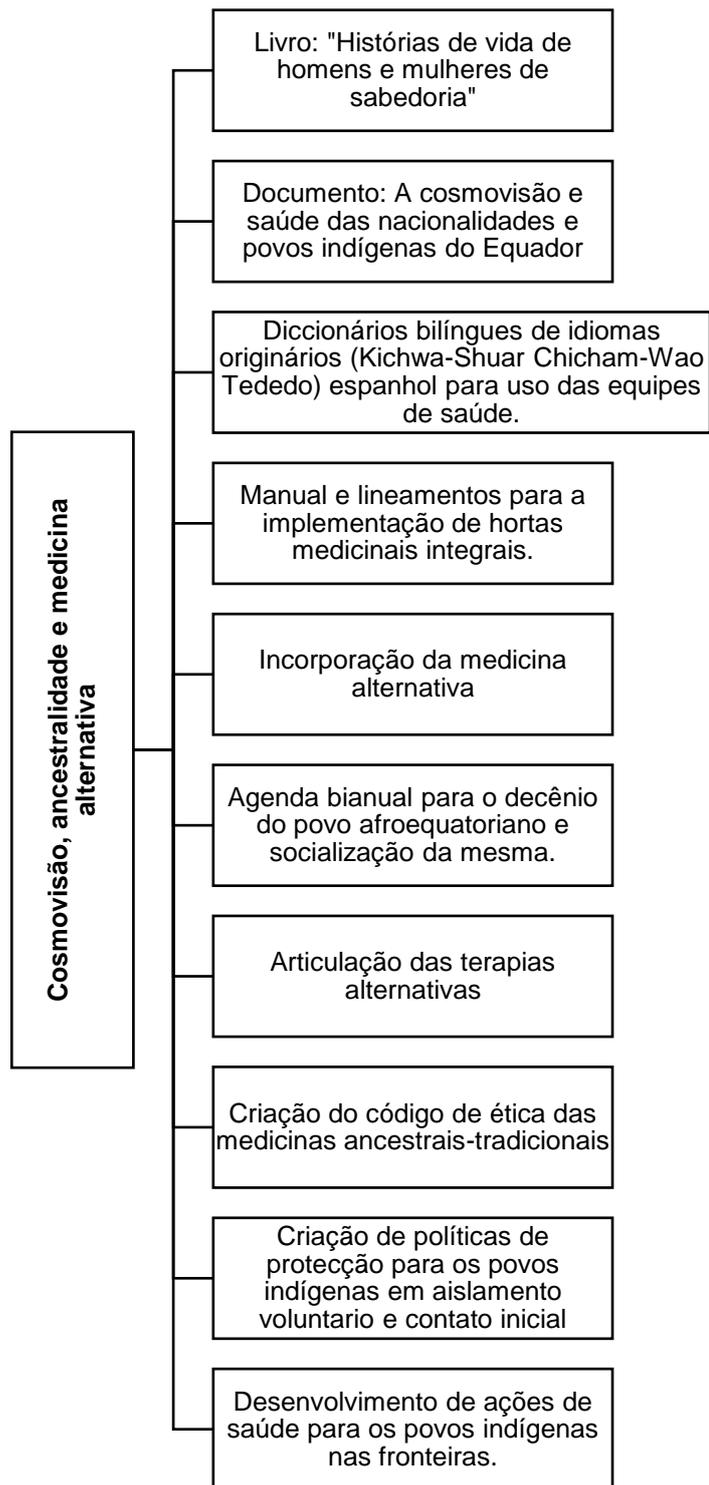
No 2018 o Equador recebeu a visita da Victoria Tauli-Corpuz, relatora especial dos direitos dos povos indígenas das Nações Unidas, o Ministério de Saúde Pública elaborou para ela um informe técnico onde apresentou as ações que tinham sido desenvolvidas no âmbito da saúde intercultural (ECUADOR, 2018a), a continuação se mostram três quadros que resumem as mesmas por

seções específicas: 1) Ações na transversalização e promoção do enfoque intercultural, 2) Ações desde a cosmovisão, ancestralidade e medicina alternativa e 3) Ações Normativas.

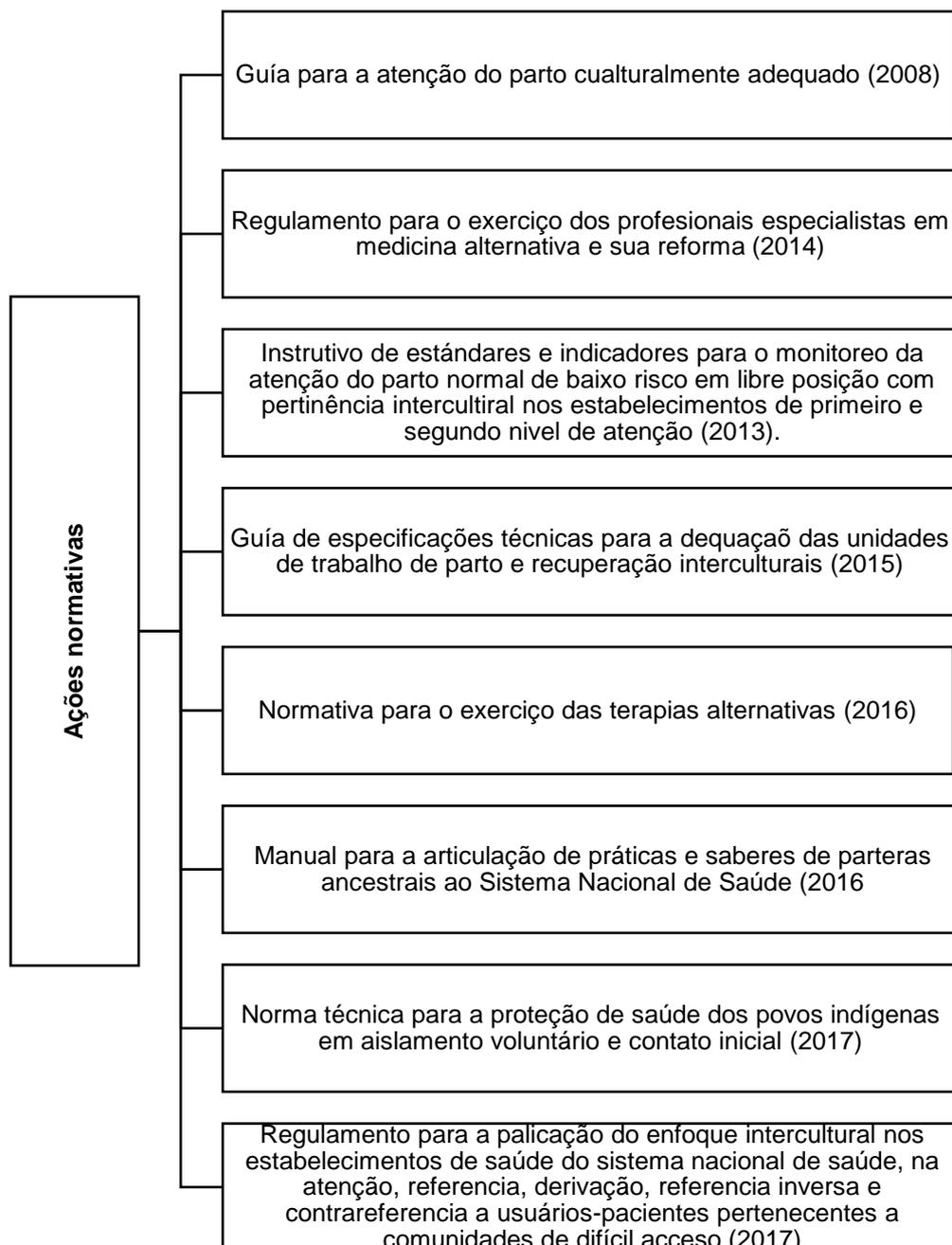
Gráfico1- Ações na transversalização e promoção do enfoque intercultural



Fonte: Elaboração própria

Gráfico 2- Ações desde a cosmovisão, ancestralidade e medicina alternativa

Fonte: Elaboração própria

Gráfico 3-Ações normativas

Fonte: Elaboração própria

O esforço do governo e mais especificamente da Direção de Saúde Intercultural por cumprir e fazer cumprir os princípios de interculturalidade na saúde tem sido grande e mostra alguns resultados. Ditos resultados estão divididos de acordo aos temas centrais das ações normativas e foram apresentados no informe anteriormente citado (Ibidem). É preciso olhar para eles como um indicador importante dentro da análise da implementação da política de saúde intercultural no país.

Sobre o parto culturalmente adequado, em livre posição e com direito a acompanhante, os resultados mostram que 6,9% dos estabelecimentos aptos para atender partos conta com 100% de equipamentos e infraestrutura para estas especificidades; enquanto 57% conta com um equipamento apenas e 36,1% não conta com nenhum tipo de adequação para este tipo de parto (Ibidem, p.4)

No tema da redução de barreiras de acesso aos serviços de saúde, a guia de supervisão ao cumprimento do Acordo Ministerial 0082 foi aplicada em 15 estabelecimentos de saúde de terceiro nível de atenção. Também foi criado um diretório com informação atualizada dos pontos centrais na saúde intercultural nos diferentes níveis (nacional, zonal e hospitais), mesmos que tem como responsabilidade fazer cumprir o Acordo Ministerial 0082 em benefício dos usuários provenientes das comunidades de difícil acesso. Os intérpretes, que são uma ponte entre os médicos tradicionais e as pessoas das comunidades, são parte do estabelecimento de saúde como trabalhadores de nómina, auto identificam-se como indígenas e falam um idioma ancestral. Dentro deste apartado também tem se incorporado talento humano dos povos e nacionalidades no MSP, baixo a figura de Técnicos de Atenção Primaria de Saúde-TAPS no período de 2013-2017, quase 300 novos TAPS pertenciam a algum povo ou nacionalidade do país (Ibidem, p.6).

No que diz respeito aos povos indígenas em isolamento voluntário e contato inicial, a partir da norma técnica que os protege, foram contratados 10 facilitadores de autoidentificação indígena, pertencentes a nacionalidade Woaorani, da Amazônia do Equador, para melhor aplicação e vigilância do cumprimento da norma. Também os membros do MSP mantem reuniões periódicas com os dirigentes e organizações da nacionalidade mencionada. Várias ações de capacitação e proteção aos usuários sobre denúncias também foram feitas em coordenação com o Ministério de Justiça.

No tema da articulação com as medicinas ancestrais das práticas e saberes das parteiras ancestrais, 388 parteiras de todo o Equador elaboraram o Manual de Articulação no 2016, e 110 têm a certificação do MSP para o exercício de sua profissão. No país, para o ano 2018, 756 parteiras eram reconhecidas e legitimadas como tais dentro das comunidades (Ibidem, p. 7).

Dentro da incorporação das medicinas alternativas 19 estabelecimentos de saúde têm 21 profissionais que oferecem algum serviço de medicina alternativa (15 de acupuntura e 6 de homeopatia), totalizando no ano 2018 um total de 18356 consultas (Ibidem).

Também a Direção Nacional de Saúde Intercultural oferece o curso virtual de interculturalidade e saúde, 18650 profissionais da turma de 2017 (último curso oferecido) aprovaram. Procurando cumprir as diretrizes criadas no campo da capacitação a funcionários públicos do MSP em temas de interculturalidade.

Nos 19 anos de institucionalização da Direção Nacional de Saúde Intercultural, vários avanços têm se evidenciado na implementação do enfoque intercultural na saúde, assim mesmo, vários são os retos que este tema tem que enfrentar para oferecer saúde de qualidade com respeito as diferentes culturas e nacionalidades no país. A variável etnia não pode ser tida como um rasgo biofísico simplesmente, e sim como um conjunto de conhecimento, cultura, história, forma de ver o mundo que deve ser respeitada e valorada no momento de brindar saúde.

2.7. A SAÚDE INTERCULTURAL NO EQUADOR NA PANDEMIA

No decorrer da presente investigação um fenômeno mundial mudou as condições de pesquisa em todos os âmbitos, a pandemia causada pela COVID-19 azotou ao longo do mundo, o Equador não ficou fora desta tragédia mundial. Vários meios de comunicação noticiaram a realidade que o país vivenciou, mostrando cidades com filas nos hospitais, mortos nas ruas e todo o sistema de saúde colapsado. Evidentemente esta situação afetaria aos povos e nacionalidades indígenas do Equador de forma particular e muito mais devastadora.

A COVID-19, doença infectocontagiosa causada por um tipo de Corona vírus recentemente descoberto, seu modo de contágio é pelas gotículas geradas quando uma pessoa infetada tosse ou espirra. O tipo de Corona vírus que causa a COVID-19 era desconhecido até finais de 2019, quando em uma localidade de China (Wuhan) apareceu o primeiro brote, agora esta doença está propagada pelo mundo e tem caráter de pandemia.

No Equador o primeiro caso confirmado de coronavirus foi identificado o 29 de fevereiro de 2020, foi o caso de uma mulher de 71 anos que tinha arribado

ao país proveniente da Espanha o dia 14 de fevereiro, para o 1 de março, 5 pessoas estavam identificadas como contagiadas, mas, com sintomas leves e 171 pessoas tiveram algum tipo de contato com a paciente “0”, segundo fontes do MSP. Para o 14 de março 28 eram os contagiados e a morte da paciente “0” foi registrada, um mês depois, o dia 16 de abril o país registra um alarmante número de 7858 infetados pela pandemia e 408 mortes, o 7 de maio foram registradas 30298 pessoas contagiadas e 1654 mortes; para o 20 de setembro o número de infetados superou os 120.000 e os mortos superaram os 11.000.

Essa realidade não ficou longe dos povos e nacionalidades que conformam o Equador, o 18 de junho, a Confederação de Nacionalidades Indígenas do Equador-CONAIE, emitiu um comunicado, denunciando que o governo não tinha publicado os dados estadísticos dos contagiados, mortos ou recuperados da COVID-19 de forma diferenciada por povos e nacionalidades; embora outras organizações de indígenas e acadêmicos tinham dados alarmantes. O fato de não ter dados detalhados desde o governo dificultou ainda mais a ação especial e necessária para a atuação dentro dos territórios dos povos e nacionalidades, segundo a própria organização (VARGAS, 2020).

A necessidade de uma ação diferenciada estava embasada em riscos reais aos quais estão expostos os povos e nacionalidades, tais como a falta de acesso aos sistemas de saúde, água potável e saneamento básico, alguns dos fatores que poderiam estar associados a altas taxas de mortalidade pela COVID-19 poderiam ser também a desnutrição e todos os tipos de doenças parasitárias que persistem nestes grupos étnicos.

Embora todas as comunidades e povos tenham sido afetados, os da região amazônica foram os que mais sofreram nesta pandemia, mas também os que melhor tem se organizado para acionar ao Estado e demandar respostas. A Confederação de Nacionalidades Indígenas da Amazônia Equatoriana-COFENAIE em colaboração com a ONG Amazon Watch, a Fundação Aldeia e a universidade São Francisco de Quito criaram uma ferramenta digital que permite visualizar o impacto da pandemia nas comunidades indígenas da Amazônia equatoriana, para o 21 de setembro de 2020, a cifra foi de 2946 casos positivos da COVID-19 nos seus territórios (CONFENAIE et al., 2020).

A COFENAIE denunciou nacional e internacionalmente ao Equador por sua atuação na pandemia no que diz respeito às suas ações com os povos

indígenas, argumentando que a situação de várias comunidades precisava de ações urgentes e diferenciadas, já que o contágio massivo poderia se converter na desapareção total destes povos. Foi salientado também que a atividade extrativista nestas zonas não parou durante a emergência sanitária, o que significou que várias pessoas se locomovessem pelos arredores dos territórios das comunidades, aumentando assim a possibilidade de contágio.

Como resultado destas denúncias, no âmbito nacional a CONFENAIE conseguiu que um tribunal provincial ordenasse ao MSP que realize mais provas da COVID-19 nos territórios das nacionalidades, assim como que ofereça uma atenção à saúde diferenciada; a sentença também mandou outros ministérios cumprir com a entrega de comida e vigilar as atividades mineras na zona. Como resultado destas sentenças o MSP publica o Protocolo com Pertinência Intercultural para Prevenção e Atenção da COVID-19 nos Povos e Nacionalidades Indígenas, Afroequatorianos e Montubios do Equador (EQUADOR, 2020).

Este protocolo contém várias recomendações para a atenção diferenciada nas comunidades e povos indígenas durante a pandemia e reconhece que eles têm um risco de contágio e propagação da COVID-19 alto o que traz também um índice alto de morbimortalidade em pouco tempo, colocando em risco sua supervivência. O texto diz:

Os povos e nacionalidades, indígenas, afroequatorianos e montubios do Equador, desde a análise dos determinantes de saúde biológicos, ambientais, culturais, comportamentais e sociais apresentam um alto grau de vulnerabilidade que dificulta melhorar suas condições de vida, especialmente de saúde, devido à falta de acesso aos serviços básicos, situação econômica precária, contaminação ambiental problemas de acessibilidade geográfica, dificuldade na comunicação entre outros (EQUADOR, 2020, p. 6, tradução da autora).

O protocolo foi desenvolvido pelo MSP em conjunto com outras instituições públicas, pelos representantes da Organização Panamericana de Saúde (OPS) por parte dos organismos internacionais e por representantes sociais das comunidades e povos originários. O texto propõe ações específicas de saúde no momento da pandemia nos territórios ocupados pelos indígenas e está estruturado em 6 pilares estratégicos.

Os eixos do protocolo são os seguintes: mecanismos de coordenação, planificação e monitoramento; comunicação de risco; vigilância epidemiológica;

provisão de serviços de saúde essenciais no primeiro nível de atenção; respostas frente às situações especiais dos povos e nacionalidades; e, inclusão social, econômica e assistência humanitária em comunas, comunidades, bairros ou recintos de povos e nacionalidades (Ibidem, p. 11).

De uma forma geral este protocolo segue os princípios de interculturalidade que o modelo nacional de saúde MAIS-FCI, assim como as recomendações da OPS e também tem fundamento nos distintos instrumentos legais e normativos do país, com isso o que se trata de evidenciar é que o Protocolo de Emergência não vai modificar a política, e sim vai a trazer elementos de ação específica no contexto da COVID-19; mas esses elementos de ação, de ser eficazes, poderiam se manter em um cenário pós-pandemia. À continuação serão apresentados os aportes que se consideram importantes deste protocolo para a política de saúde intercultural baixo o princípio de que os mesmos podem se manter no tempo.

Os registros de doenças desagregadas por nacionalidades e povos deveria ser feita para todas as doenças que atingem o país de forma recorrente para obter ações diferenciadas e oportunas. O registro de pessoas contagiadas pela COVID-19 não está desagregado, o Protocolo propõe que o MSP realize esta diferenciação nos dados, e esta foi uma das demandas mais fortes feitas pela CONAIE e COFENAIE no contexto da pandemia, já que um registro de dados detalhado por nacionalidades evidenciaria a urgência da ação governamental no oferecimento de saúde. A elaboração de informes epidemiológicos sobre as doenças que mais afetam os equatorianos de forma desagregada, por autoidentificação étnica de nacionalidades e povos, poderia dirigir a atenção da ação da política pública para tratamentos e programas de prevenção específicos.

No protocolo é proposta a criação de um sistema de vigilância comunitária, onde tanto as instâncias do governo descentralizado, quanto as organizações comunitárias e instituições involucradas na proteção dos povos e nacionalidades identifiquem situações que podam afetar à saúde dos membros da comunidade, com um sistema interno de notificação organizado e um fluxo de comunicação constante com o pessoal sanitário a fim de garantir a ação oportuna e diferenciada na emergência sanitária (Ibidem, p.16). Este “Sistema de Vigilancia Comunitaria” aparenta ser uma ferramenta nova de participação e

monitoramento bastante útil nos territórios e povos indígenas, a partir da sua implementação, se poderia manter em contextos pós-pandemia, já que até antes não se tinha um mecanismo organizado de vigilância interna e comunicação dos problemas de saúde.

O protocolo se constitui em uma ferramenta que tenta responder à emergência sanitária de forma diferenciada, oferece ferramentas importantes à saúde intercultural nos termos anteriormente salientados e inclui os lineamentos gerais da política pública. Também evidencia como o determinante social da raça é um elemento que vulnera o acesso à saúde nos povos indígenas do país, realidade que ficou manifesta no contexto da COVID-19 e que demanda uma ação emergente por parte do Estado não só para esse contexto e sim para contextos posteriores.

Por outro lado, no contexto da pandemia, uma figura toma força e protagonismo na implementação de saúde intercultural, os Técnicos de Atenção Primária em Saúde, funcionários do MSP que trabalham diretamente na linha de frente, são parte das comunidades e fazem trabalho de campo o 90% do seu tempo. Os TAPS foram o primeiro contato das comunidades e seus contagiados com o sistema de saúde e foram a maior contenção para que o vírus não se dissemine de forma mortal nos povos indígenas.

Os TAPS, ao trabalhar com prevenção e promoção de saúde, e ao ter a completa aceitação das comunidades foram um elemento chave para educar à população na prevenção do contágio, no tratamento e posterior processo de vacinação nas populações indígenas do país e são um sujeito chave na análise da implementação da política nesta tese.

3. MODELO TEÓRICO ANALÍTICO

O presente capítulo tem por objetivo apresentar uma revisão teórica do campo das políticas públicas e propor um modelo analítico para a análise de implementação das mesmas. Utilizando os principais argumentos do modelo *bottom-up*, a burocracia de nível de rua, a burocracia representativa, o enfoque interseccional e as teorias feministas do conhecimento situado e do ponto de vista, neste capítulo se desenvolve o principal aporte da tese.

3.1. POLÍTICAS PÚBLICAS

As políticas públicas constituem um campo de estudo relativamente novo nas ciências sociais. Surgem a partir da década dos 1950 aos 70 como um tema acadêmico. Lasswell (1955), Pressman e Wildasvky (1973) constituem as primeiras referências nesta área. Suas reflexões giram em torno à atuação do governo na resposta aos problemas sociais.

Como vários conceitos nas ciências sociais, o de políticas públicas não é um conceito unívoco. Os autores desenvolvem elementos diversos sobre elas, dependendo do foco do seu interesse. Mas, a maioria de acadêmicos identifica-as como ações (ou inações) do Estado para solucionar certos problemas públicos. A conotação da análise das políticas públicas tem a ver com o problema da tomada de decisões e a atuação das autoridades públicas relacionadas com assuntos de interesse social.

Harold Lasswell em 1955 na obra *The Policy Orientation* levanta o debate sobre a importância do estudo das políticas públicas dentro da ciência da política. Refere-se a este estudo como a disciplina que explica os processos de elaboração e execução das políticas com base na ciência, na interdisciplinaridade e ao serviço das sociedades democráticas (LASSWELL, 1951). Rose (1984), por sua vez, argumentou que as políticas são um ciclo de ação destinado a solucionar problemas, onde o não atuar deve ser levado em conta também como uma possível solução.

Muitas vezes as políticas públicas se entendem como o sinônimo de ação do governo, nesta linha Dye (1984), em concordância com Rose (1984) indica que elas são também o que o governo decide não fazer. Ainda tendo como centro a ação, Meny e Thoenig (1992) tratam as políticas públicas como os atos das autoridades públicas no seio da sociedade e salientam como essas ações

conformam o programa das autoridades públicas; o autor Luis Aguilar (1993), tenta ir além de essa ação unicamente estatal, ao dizer que políticas públicas são decisões do governo que incorporam a opinião, participação, corresponsabilidade e o dinheiro dos privados como cidadãos e contribuintes.

Manuel Tamayo (1997) refere-se às políticas públicas como objetivos, decisões e ações do governo para resolver os problemas que em um momento determinado os cidadãos e o próprio governo consideram importantes. Já Eugenio Lahera (2004) diz que as políticas públicas são o curso de ação e fluxos de informação relacionados com um objetivo público definido democraticamente, desenvolvidos pelo sector público e, frequentemente, com a participação da sociedade e do sector privado.

Existem vários enfoques para analisar as políticas públicas, entender as políticas públicas como um processo é um deles; autores como Pressman e Wildawsky (1973) identificam as políticas públicas como uma cadeia causal entre as condições iniciais e as futuras consequências; por sua vez, Charles Lindblom (1979) trata as políticas públicas como processos, decisões e resultados que levam intrinsecamente tensões entre as concepções do problema a resolver, entre racionalidades organizativas e de ação, e entre diferentes perspectivas

Um enfoque mais institucional, que inclui conceitos de tipo normativo é desenvolvido por Joan Subirats (1989) ao caracterizar as políticas públicas como as normas existentes sobre determinada problemática, assim como o conjunto de programas ou objetivos do governo em um campo concreto; este conceito se relaciona com o desenvolvido anteriormente por Rose (1984), quem caracteriza as políticas públicas como o mecanismo de resposta aos problemas e demandas sociais, assim como o instrumento de controle do comportamento para que o governo atinja os objetivos propostos. Como apontado, existem vários enfoques e conceitos dados às políticas públicas.

Pode-se dizer que o problema das políticas públicas é essencialmente da ciência política e tem a ver com a ação e o desempenho das autoridades políticas frente aos problemas sociais. A política pública instrumenta-se desde a perspectiva do sujeito político, que ostenta poder político e busca que as autoridades respondam suas demandas. Assim, é um conceito que trabalha com outros como coesão social, governança, democracia e participação dentro de um

contexto social determinado, resultando em uma necessária coordenação de ações entre o Estado e outros atores sociais.

A política pública refere-se sempre e tem como objetivo algo público. Expressa uma dinâmica, um processo, curso de ação, conjunto de atividades ou ações que implica como consequência determinados resultados. Precisa da definição de determinados recursos que permitam seu desenvolvimento (econômicos, financeiros, humanos, informativos, propagandísticos). Implica interação de vários atores sob a direção do governo. Está relacionada com a busca por soluções e o consenso entre as necessidades e os recursos. Também a política pública é um instrumento de construção de opinião pública e de diálogo democrático. É fundamental para a construção de um clima democrático de discussão que facilita a articulação do Estado e do sistema político com a cidadania.

3.2. POLÍTICAS PÚBLICAS COMO CICLO

Dado que esta pesquisa pretende estudar a implementação, utiliza como ferramenta analítica o ciclo de políticas públicas. Mesmo entendendo que a política não funciona de modo linear, nem ordenado, mas é um instrumento pedagógico que permite delimitar o que da política pública vai ser analisado.

Como indicado anteriormente, um dos primeiros autores a analisar a política pública desde uma ótica processual foi Harold Lasswell (1955), quem apresenta um marco analítico para o estudo das funções estatais assistenciais e prestadoras de serviço. Posteriormente, Brewer (1974), na década dos 1970, modifica o processo apresentado por Lasswell, mas mantém a ideia de que as políticas têm um começo e um término.

Presmann e Wildawsky, por sua vez, olham a política pública desde a causalidade. Para eles, a política pública é uma cadeia causal entre as condições iniciais e umas futuras consequências, entendendo as políticas como uma formulação de hipóteses que depende da consecução de determinados momentos (PRESMANN; WILDASWKY, 1973).

A realidade empírica mostrou que as políticas não necessariamente tinham um ponto de início e término, encaixando melhor na ótica cíclica. Autores como Charles Lindblom (1959) trazem a ideia de que a política nem sempre é

linear e que ela está em constante mudança, sofrendo ajustes no decorrer das etapas e até passando por mais de uma etapa ao mesmo tempo.

Mas, tanto o enfoque processual quanto o cíclico, têm vários críticos como Sabatier e Smith (1993), os quais argumentam que analisar as políticas públicas usando esses enfoques não responde à realidade, que por natureza é difícil de encaixar em etapas ou ciclos puros. No entanto, ao usar o modelo heurístico de ciclo de política pública, o pesquisador consegue simplificar o complexo para assim tentar se aproximar do objeto de estudo (PARSONS, 2007).

É importante levar em conta alguns pressupostos para a análise das políticas públicas desde o enfoque do ciclo: as políticas públicas procuram satisfazer uma demanda social identificada como prioritária e que conseguiu chegar à agenda pública. Embora corresponda ao governo a direção das ações para o cumprimento das políticas públicas, não se pode restar espaço nem representação à comunidade nem ao setor privado, considerando os julgamentos e comportamentos críticos dos atores implicados no ciclo da política (interesses e valores diversos).

3.3 IMPLEMENTAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS

Em sentido geral, o ciclo de políticas públicas tem as seguintes etapas: definição do problema, estabelecimento do problema na agenda, formulação/desenho, implementação e avaliação. Já o próprio título desta pesquisa situa o leitor na fase do ciclo da política que pretende ser analisada: a implementação.

A implementação pode ser entendida como o conjunto de ações que se desenvolvem a partir da formulação com o intuito de alcançar os objetivos da política. Essas ações tornam evidente uma interação entre atores que interpretam o desenho da política e coordenam os recursos para o cumprimento dos objetivos. No final, a implementação marca a efetividade da política pública.

A literatura clássica de implementação permite identificar três modelos de análise diferentes. O primeiro é conhecido como modelo *top-down*. Os autores que figuram são Martha Derthick (1972), Presmann e Wildawsky (1973), Van Meter e Van Horn (1975), Bardach (1977), Sabatier e Mazmanian (1981), Rein e Rabinovitz (1978). O segundo modelo trabalha desde a ótica oposta, a *bottom-up*. Walter Williams (1975), Berman e Mc. Laughlin (1974), Elmore (1978), Lipsky

(1980), Hjern e Hull (1982) representam esta geração de pensadores. Finalmente, apresenta-se uma “terceira via”, o modelo híbrido. Rein e Rabinowitz (1978), Sabatier (1986), Sabatier e Jenkins (1994), Richardson e Jordan (1979), Grantham (2001, apud VAQUERO, 2007) e O’Toole (1997) são alguns dos autores que desenvolvem este modelo.

3.3.1 O modelo *top-down*

Vale a pena assinalar que o estudo da implementação de políticas públicas leva consigo o questionamento do *Welfare State* e se contextualiza historicamente numa América dos anos 1960 e 70 que tentava lidar com a incongruência entre os objetivos e os resultados das políticas sociais do *New Welfare [Great Society e War of Poverty]*.

Esse contexto social, político e econômico americano que mostrava promessas não cumpridas por parte do Estado e deixava as esperanças no público frustradas forma a areia ideal para superar a ideia de que a política depois do seu desenho conseguiria atingir os objetivos quase automaticamente. O foco do estudo passou do desenho à implementação tentando explicar por que o Estado fracassa, não é capaz resolver os problemas sociais e mostra uma falta de coerência entre os objetivos das políticas e sua aplicação. Surge, então, o conhecido “problema da implementação”.

É por isso que os primeiros estudos de implementação de políticas públicas foram desenvolvidos a partir da lógica da incompetência do Estado e do discurso de que os fracassos eram inerentes à implementação da própria política (BARDACH, 1977). O modelo proposto pelos autores desta geração entende a implementação desde a ordem hierárquica, desde cima para abaixo. Conhece-se na literatura como o enfoque *top-down*. Ele reconhece a variabilidade do processo de implementação, mas como um fato a controlar, pois significa um obstáculo no cumprimento dos objetivos.

Em 1972, Martha Derthick em *New Towns. In-Town* tenta entender a causa das falhas dos programas federais. No seu argumento, tal falha deve-se à limitada capacidade do governo para influir nas ações dos governos locais e aos objetivos “inflacionados” (DERTHICK, 1972). Ao identificar o problema na capacidade do governo federal, a autora mostra que a discussão vai além do

desenho e da própria implementação. Tratava-se de uma discussão da estrutura federal.

Presmann e Wildawsky, em 1973, apontam as distinções fundamentais no estudo de implementação de políticas públicas, marcando o objeto de estudo e construindo as primeiras categorias e hipóteses de análise. Aliás, identificam que o “problema da implementação” ocorre quando uma política pública foi corretamente desenhada, produto de um consenso, não teve oposições e possuía os recursos suficientes, mas seus resultados não atingiram ou foram diferentes ao esperado (PRESMANN; WILDAWSKY, 1973).

Pressman e Wildwasky entendem a política pública como uma cadeia causal, então, conceitualizam a implementação como:

[...] a capacidade de realizar as conseqüências previstas logo que as condições iniciais foram cumpridas. [...] O problema da implementação não é um erro na própria aplicação, e sim na incapacidade de avançar (PRESMANN; WILDAWSKY, 1973, p. 14, tradução da autora).

É a partir do princípio causal que os autores pretendem explicar o problema da implementação desde a “complexidade da ação conjunta”. Essa complexidade, por sua vez, contém dois fatores que ajudam a identificar as causas do fracasso na implementação: a multiplicidade de participantes e perspectivas e a multiplicidade de decisões coletivas e momentos que requerem de aprovação consensual.

Já que o contexto em que os autores desenvolveram seus estudos mostrava políticas que enfrentavam uma e outra vez problemas de implementação, eles fizeram duas recomendações finais que chamam a atenção de novo ao primeiro momento: o desenho. A primeira recomendação salienta a importância de manter uma interdependência entre o desenho e a implementação da política. O desenho deve incluir (e evitar) as possíveis dificuldades na implementação, principalmente as que resultam da complexidade da ação conjunta. A segunda recomendação diz respeito à simplicidade no momento de desenhar a política, quanto mais clara esta seja e menos – causas e conseqüências - ela contemple, maior será a chance de alcançar os objetivos propostos (PRESMANN; WILDASKY, 1973).

Van Meter e Van Horn (1975), com o intuito de construir um marco teórico para a análise da implementação, tomam como ponto de partida a própria política que estabelece os objetivos e as metas a conseguir. Logo, desde a centralidade

da norma e os objetivos, os autores desenvolvem um modelo sistêmico do processo de implementação a partir de seis agrupamentos de variáveis que, segundo eles, afetam o cumprimento dos objetivos. Seu modelo inova em duas variáveis que podem afetar a implementação: a extensão da mudança de uma política e o grau de consenso em torno aos seus objetivos.

Os intentos de criar uma teoria e superar os estudos de caso para a implementação de políticas públicas foram se desenvolvendo com o aporte de outros autores. Eugene Bardach (1977) diretamente indica que seu objetivo era chegar a uma concepção precisa do processo de implementação, distinguindo-a do problema de implementação. Identifica, então, o processo de implementação como um processo de montagem, onde a política é identificada como o produto final e está composta por certas partes ou elementos que pertencem a diferentes atores.

O autor assinala que a negociação e a persuasão são o único jeito de conseguir que essas partes confluem para produzir o resultado esperado e posteriormente aponta:

Montagem e política são as duas características fundamentais do processo de implementação, as quais se deve agregar uma terceira e decisiva, ser um sistema de jogos que se relacionam entre si de maneira aberta (BARDACH, 1977, p. 38, tradução da autora).

Por jogos, Bardach entende as estratégias e técnicas que os atores utilizam no processo de implementação com o intuito de aproveitar seus recursos ou “partes” na montagem da política acordo aos seus interesses. Bardach identifica os jogos e os efeitos negativos deles dentro da política:

Os efeitos adversos são de quatro tipos: 1.- O desvio de recursos, especialmente de dinheiro, que deveriam ser usados para obter certos elementos do programa; 2.- A distorção dos objetivos da política, delimitados no mandado original; 3.- A resistência dos esforços, que de forma explícita e institucionalizada são produzidos com o intuito de alcançar um controle administrativo das condutas; e, 4.- A dissipação de energias pessoais e políticas em jogar jogos quando teria sido melhor canaliza-as em ações construtivas do programa (BARDACH, 1977, p. 66, tradução da autora).

Talvez um dos aportes mais significativos do trabalho de Bardach seja sua proposta de um método heurístico para analisar o processo de implementação das políticas públicas e o intento de criar possíveis soluções quando os “jogos” impliquem um desvio ou estancamento do processo. Este método poderia prever o êxito ou fracasso da política, dependendo do seu desenho. Neste ponto,

Bardach concorda com Derthrick, Pressman e Wildawsky no sentido de que as políticas devem perseguir objetivos claros, ser realistas e estar desenhadas de maneira que sua implementação contenha a menor quantidade de resistência possível entre os atores que a compõem, e possua mecanismos de controle rígidos que assegurem o êxito das políticas.

Seguindo com os intentos de produzir uma teoria para a análise da implementação, Rein e Rabinovitz (1978) argumentam que a implementação pode ser entendida como a convergência entre três imperativos, legal, racional e consensual. Notam que a lei é o referente de todos os atores do processo. Além disso, sinalam que a implementação tem três fases, elaboração de lineamentos, distribuição de recursos e supervisão. Essas fases são interdependentes e constituem um processo circular quase sempre cheio de obstáculos.

Continuam dizendo que é importante levar em conta as condições do entorno da implementação, composta pela importância dos objetivos, a complexidade do processo e a natureza e o volume dos recursos disponíveis (REIN; RABINOVITZ, 1978). Mantendo os pressupostos do modelo e as recomendações dos seus antecessores, finalmente concluem:

Em termos gerais, quando há propósitos claros, pertinente e concretos, quando as etapas da implementação supõem a menor complexidade e quando se possui a maior quantidade de recursos, se pode prever que os programas limitarão ao mínimo possível a discricionariedade e os desvios, com uma ampla margem de consenso (REIN; RABINOVITZ, 1978, p. 335, tradução da autora).

Sabatier e Mazmanian (1981), por sua vez, apontam que é necessário superar os estudos que até o momento tinham se desenvolvido em torno à implementação. Acham importante superar a vinculação entre o comportamento individual e o contexto político e legal da ação. Advertem que não se pode subestimar o poder da lei para estruturar o processo da implementação e recomendam dar maior atenção à tratabilidade (“*tractability*”) dos problemas aos quais se dirige uma política pública.

Dentro desta perspectiva, a lei tem a capacidade de estruturar o processo total da implementação na medida em que os objetivos sejam claros e consistentes, incorpore uma teoria que relacione as modificações do

comportamento com esses objetivos e estruture o processo de implementação, orientando-o para essas modificações (SABATIER; MAZMANIAN, 1981).

Como visto, o modelo proposto pelos diferentes autores pretende analisar o processo de implementação entendendo-o como a execução de uma decisão política. A política deve estar estabelecida em um estatuto formal, concretizado, e quanto mais clara seja, maior chance de êxito oferece. Nesse sentido, o principal papel da análise da implementação é verificar se os objetivos são cumpridos conforme ao estatuto e a estrutura normativa. Consequentemente, todo uso do modelo *top-down* terá início na decisão, e irá comparando todas as etapas em relação com os objetivos estabelecidos na lei.

3.3.2 O modelo *bottom-up*

Contrapondo a visão apresentada, surge uma geração de estudos que oferece um novo modelo de análise para entender o processo, o modelo *bottom-up*, que implica olhar a implementação desde baixo, como um processo disperso e descentralizado, que requer às vezes de delegações de poder para atingir os objetivos propostos na norma. Esse modelo tenta utilizar a discricionariedade como um instrumento para evitar o desvio da política e opõe-se aos pressupostos do modelo *top-down*.

Walter Williams (1975) propõe mudar os estudos que centravam a atenção no cumprimento rígido dos planos, salientando a importância de valorar a performance e não a conformidade da implementação com o desenho das políticas. Diz aliás que “[...] numa situação ideal, os encarregados da implementação, devem tomar a ideia básica e modificá-la segundo as condições locais específicas” (WILLIAMS, 1976, p. 843).

Berman e McLaughlin (1974) trabalham sobre essas “condições locais” propostas por Williams e substituem pelo conceito de cenário institucional, colocando-o como variável explicativa do êxito ou fracasso da política. Para explicar seu modelo, os autores introduzem duas variáveis explicativas: macroimplementação e microimplementação. A macroimplementação é entendida como o processo de geração e cumprimento das condições necessárias para que, em uma determinada localidade, as políticas possam ser efetivadas. A microimplementação, por sua vez, é o processo de efetivação local

dos pressupostos contidos na política; é a entrega dos serviços realizada de maneira especificada segundo as realidades próprias do contexto.

Bermam e Mc. Laughlin (1974) apontaram que o processo de microimplementação era decisivo para o êxito da política, levando em conta que esse êxito dependeria do que conceitualizaram como “adaptação mútua”. Sobre isso os autores manifestam: “Onde a implementação foi exitosa e onde ocorreram câmbios significativos nas atitudes e condutas dos participantes, a implementação caracterizou-se por um processo de adaptação mútua” (1974, p.169, tradução da autora).

Berman, a partir dessas ideias, desenvolveu posteriormente o modelo de implementação adaptativa (1980) com o objetivo de entender e tentar resolver os problemas da implementação. A ideia principal do modelo baseia-se na premissa de que as instituições públicas e os agentes encarregados de levar a cabo as políticas têm poder de decisão. Daí eles podem e devem ajustar suas decisões no decorrer do aparecimento dos problemas.

Outro autor referente do modelo *bottom-up* é Richard Elmore (1978), quem desenvolve seu modelo a partir da importância das organizações públicas na tomada de decisões políticas que afetam o resultado da política pública. Baixo as ideias de que as autoridades do topo não conseguem controlar, nem estabelecer nos programas todas as situações possíveis onde os agentes públicos e suas instituições devem tomar decisões ao implementar políticas. O modelo enfrenta diretamente os argumentos *top-down*.

Elmore (1978) apresentou um esquema retrospectivo para o desenho das políticas. A construção das políticas, segundo ele, deveria ser a partir das interações específicas que acontecem entre a sociedade e os governos nos níveis operativos diretos das organizações públicas locais.

O desenho retrospectivo opta por desenvolver mecanismos informais de delegação da autoridade e por recorrer à discricionariedade para dispersar o controle (ELMORE, 1979-1980). Isso dá a ideia de que quanto mais instrumentos convencionais de controle hierárquico existam, menor é a probabilidade de alcançar o êxito nas políticas (Ibidem). Este esquema entende a discricionariedade como uma variável que pode ser considerada como uma vantagem, ao ser uma ferramenta útil para dar respostas aos problemas imprevistos e adaptar a política à realidade local.

Outro aporte fundamental para o enfoque *bottom-up* constitui o trabalho de Hjern e Hull (1981), que desenvolvem seu modelo a partir do da teoria organizacional colocando as chamadas “estruturas de implementação” como unidades de análise. Também analisa o processo de implementação desde os atores que participam nele e como esses transformam não só o resultado, quanto os próprios objetivos da política.

Ainda no modelo *bottom-up* incluem-se os textos produzidos por Lipsky e Weatherly (1977). Suas reflexões giram em torno do papel que desenvolve o burocrata de nível de rua no processo de implementação. Descrevem a esse burocrata como “servidores públicos que no seu trabalho interatuam diretamente com a cidadania, e gozam de um alto grau de discricionariedade no desempenho das suas funções” (ibidem, p. 172). O referido contato que os BNR têm com os cidadãos é a fonte da sua discricionariedade. O poder de decisão é derivado da própria estrutura do seu trabalho.

Lipsky continuaria aprofundando na análise do burocrata de nível de rua e publicaria em 1980 sua obra prima *Street Level Bureaucracy, Dilemmas of the individual in public services*. Esta pesquisa fundamenta suas reflexões a partir do modelo *bottom-up* e, mais especificamente, a partir do papel do burocrata de nível de rua na implementação das políticas interculturais de saúde no Equador, levando em conta as limitações e vantagens do modelo.

Em Lipsky, tratar do burocrata de nível de rua implica entender o papel que esses indivíduos têm dentro das organizações públicas encarregadas de implementar as políticas. Eles possibilitam que a política passe da ficção ao fato, aquilo que acontece na interação entre o BNR e a cidadania é a política pública. Para a análise das políticas públicas, entender o que o BNR faz na ponta é importante para explicar o resultado da política.

Lipsky argumenta que a forma na que os BNR distribuem benefícios e sanções, estrutura e delimita as vidas e as oportunidades das pessoas. Salienta, também, que os BNR desempenham uma função crucial nos “novos direitos” dos cidadãos e aportam diretamente benefícios públicos através de serviços, ou lidam entre os cidadãos e seus novos, mas ainda não seguros, bens. Adiciona que quanto mais pobre seja a população beneficiária, maior será a influência que os BNR tenham sobre ela (LIPSKY, 1980).

As políticas interculturais de saúde no Equador encaixam-se diretamente nos dois supostos nos quais a BNR transforma-se numa variável explicativa para o êxito ou fracasso da política. Em primeiro lugar, porque respondem a direitos “novos”, só no ano 2008 que o Equador se constitui como um Estado multinacional e pluricultural, o que permite e obriga ao governo a formalizar e institucionalizar políticas públicas que respondam ao novo tipo de Estado. E, em segundo lugar, porque são políticas que estão dirigidas para a população mais pobre. Para 2014, os povos e nacionalidades indígenas alcançam uns 18,7% da população e aportam com 8,6 pontos na taxa nacional de pobreza frente aos mestiços e brancos que constituem um total de 81,3% e contribuem com 17,1 pontos (INEC, 2014b).

Os BNR trabalham em situações particulares. Tentam responder a uma quantidade ilimitada de demandas com uma quantidade bastante limitada de recursos, fato que os obriga a tomar decisões no momento. Lipsky explica assim:

Para poder lidar com as obrigações no seu trabalho, os burocratas dos níveis operativos devem achar a forma de adaptar as demandas com a realidade dos recursos limitados. [...]. Em outras palavras, procuram desenvolver práticas que lhes permitam, de alguma forma, processar o trabalho que é cobrado deles. Seu trabalho é intrinsecamente discricional. As medidas que poderiam ser adotadas para dirigir sua conduta são pouco eficientes (LIPSKY, 1980, p. 172, tradução da autora).

Como apresentado, o modelo *bottom-up* desenvolve mecanismos informais de delegação da autoridade, usa a discricionariedade para dispersar o controle de cima para baixo e, assim, procurar o êxito na implementação. Aliás, toma como ponto de partida o nível mais “baixo” onde a ação administrativa entrecruza-se com a situação que gera a política. Este modelo é recomendado nos estudos de políticas inovadoras, que utilizam tecnologias pouco claras, onde existem conflito nos objetivos e nas quais é preciso a negociação entre vários atores.

3.3.3 O modelo híbrido

Os modelos híbridos, assim como aponta Vaquero (2007), tentam pensar na melhor combinação entre os modelos *top-down* e *bottom-up*. Vários dos autores anteriormente citados fazem parte deste grupo com seus trabalhos posteriores. Sabatier (1986) e Sabatier & Jenkins (1994), utilizando a teoria cognitiva como ponto de partida, tentam complementar não só a análise do

processo de implementação, mas, também, a teoria do processo das políticas públicas, a partir da *Advocacy coalition frameworks* (ACF). Os autores procuraram sintetizar em uma só as abordagens *top-down* e *bottom-up*. A ideia principal da ACF é que a melhor unidade de análise para estudar processos políticos não era uma agência governamental ou uma política única, mas sim um subsistema de políticas.

A teoria da ACF desenvolve sete pressupostos para tentar superar os problemas identificados nos modelos que tinham sido desenvolvidos até o momento. Esses problemas para os autores foram: a caracterização linear e imprecisa dos processos políticos, o foco limitado em uma política única e não nas políticas, e a escassez de explicações causais (SABATIER; JENKINS, 1994).

Os pressupostos da ACF são: 1) os subsistemas de políticas são a principal unidade de análise para a compreensão de processos políticos; 2) o conjunto de atores intervenientes relevantes do sistema inclui cada pessoa que tenta regularmente influenciar nos subsistemas; 3) os indivíduos são racionalmente vinculados, com capacidade limitada para processar estímulos, motivados por sistemas de crenças e propensos a experimentar a “mudança maligna”; 4) os subsistemas são simplificados agregando atores a uma ou mais coalizões; 5) as políticas e programas incorporam teorias implícitas que refletem as crenças e interpretações dos atores; 6) a informação científica e técnica é importante para a compreensão dos assuntos do subsistema; e, 7) os pesquisadores devem adotar uma perspectiva de longo prazo (10 anos) para entender os processos e as mudanças nas políticas públicas (SABATIER; JENKINS, 1994).

O enfoque das redes de políticas ou *Network Approach* ajuda a desenvolver os modelos híbridos com a produção de diversos autores como Richardson e Jordan (1979), Grantham (2001, apud VAQUERO, 2007), Silke e Kriesi (2006). As redes de políticas têm valor analítico enquanto conceituam as políticas públicas como um processo que envolve uma diversidade de atores mutuamente interdependentes. Estes podem ser tanto estatais quanto sociais e privados.

Do mesmo modo, o processo de implementação pode ser influenciado pelas redes de políticas, dependendo da estrutura do poder, a conformação da

rede e o formato institucional. Grantham (2001, apud VAQUERO, 2007, p. 150) tentou construir uma alternativa para as redes de políticas, desenvolvendo uma “tipologia para as redes de implementação”, considerando essas redes inseridas em diferentes e mais dinâmicos parâmetros que as redes de políticas. Mas, segundo Vaquero (2007), mesmo que essa tipologia pareça atrativa para a análise de implementação, ainda possui pouco sustento teórico.

Tal como foi apresentado, existem diversos modelos para analisar a implementação de políticas públicas. Vários autores alinham-se a um ou a outro modelo, agregando variáveis novas ou aristas diferentes para contribuir nas análises, tudo dependendo do que se pretende observar.

O’Toole (1986) adverte que o fato de não existir uma teoria de implementação que tenha consenso explica que cada autor use teorias e variáveis diferentes, dependendo dos seus descobrimentos. Não existe modelo certo ou errado; a realidade empírica determinará qual é melhor usar.

3.3.4 O burocrata de nível de rua e a discricionarietà

Nesta pesquisa é descrito o processo de implementação das políticas de saúde intercultural no Equador mediante o enfoque *bottom-up*, já que estas políticas são relativamente recentes, diferentes das estruturas formais e institucionais desenvolvidas até então e incluem uma diversidade de atores com igualmente diversas necessidades e interesses. Aliás, as políticas interculturais estão dirigidas a atender às peculiaridades dos beneficiários, fato pelo qual se faz indispensável entender o processo desde essas mesmas peculiaridades na ponta.

Esta pesquisa pretende entender a implementação desde o elo mais baixo: a burocracia de nível de rua. Quando as políticas públicas têm como objetivo a consecução de “novos direitos”, os burocratas de nível de rua desempenham uma função crucial. Também, como aponta Lipsky (1980), quando as políticas são dirigidas aos grupos mais pobres, a influência desses servidores tende a aumentar. Os dois casos correspondem às políticas de saúde intercultural.

O burocrata de nível de rua, segundo o Lipsky, desenvolve papéis de *policy-maker*. Esses papéis são construídos a partir de dois aspectos diferentes: o grau relativamente alto de discricionarietà e sua relativa autonomia das

autoridades da organização (LIPSKY, 1980). Nesta pesquisa, o interesse surge de dita discricionariedade, como ela é usada e como ela é influenciada por elementos internos do próprio BNR e como isso, finalmente, afeta (positiva ou negativamente) a implementação da política.

A existência da discricionariedade é explicada por Lipsky a partir da própria natureza do trabalho do BNR, que envolve interação com os beneficiários e tarefas complexas, as quais a elaboração de regras, pautas ou instruções não respondem completamente. Aliás, o fato de que os BNR tenham que lidar com demandas que superam os recursos que possuem faz que eles terminem criando prioridades e afetando a vida dos cidadãos no exercício da sua discricionariedade.

Mas, como salienta o autor, a discricionariedade é difícil ou quase impossível de reduzir devido desde que os BNR trabalham em situações muito complicadas que não podem ser encaixadas em formatos programados; enfrentam situações que requerem frequentemente de respostas para dimensões humanas, para as quais é requerida observação sensível e emissão de juízos; e, finalmente, a discricionariedade promove a autoestima dos trabalhadores e induz aos clientes a acreditarem que os BNR possuem a chave do seu bem-estar, isso contribui para legitimar o Estado de bem-estar social, mesmo que os BNR não estabeleçam os limites da intervenção estatal (Ibidem).

Lipsky explica detalhadamente como a discricionariedade nasce do núcleo mesmo do trabalho do BNR. Comenta como as situações deste trabalho criam conflitos entre eles e as organizações nas quais trabalham por causa de interesses opostos e porque, justamente, o lugar que ocupam na estrutura institucional permite aos BNR manifestar seus interesses. Essa situação cria diferenças entre estes burocratas e seus superiores na medida em que consideram a existência deles legítima, mas não o seu interesse político. Assim, os BNR “tentam conservar e expandir no máximo a existência de sua discricionariedade, trata-se de uma relação intrinsecamente conflitiva, mas de mutua dependência ao mesmo tempo” (LIPSKY, 1980, p. 25, tradução da autora).

O autor dá algum vislumbre sobre características pessoais que podem afetar a discricionariedade dos BNR, e afirma diretamente que:

(...) são as características situacionais que apresentam o maior interesse para nós, desde que a efetividade das características pessoais dependem em grande parte do lugar que os burocratas de nível de rua ocupam a organização (LIPSKY, 1980, p. 24, tradução da autora).

Sobre isso, este trabalho parte da ideia de observar o burocrata de nível de rua como um *policy maker*, que possui alta discricionariedade devido à própria natureza do seu trabalho, mas tentará desenvolver e argumentar que as características pessoais influem diretamente na forma como o BNR usa sua discricionariedade, influência que vai além do lugar que o BNR ocupa nas organizações. Essas características pessoais analisadas interseccionalmente, desde o conhecimento situado e o ponto de vista tentaram complementar os apontamentos feitos sobre o uso da discricionariedade.

A bibliografia pós-Lipsky é fecunda e mostra como o modelo proposto pelo autor tem ainda grande valor para explicar o problema de implementação em diversas políticas. No livro *Understanding Street-Level Bureaucracy* (2016), apresentam-se vários estudos que aplicam o modelo *bottom-up* e o enfoque do burocrata de nível de rua. A discricionariedade é um tema central na segunda parte deste livro. Três autores apresentam suas pesquisas e refletem sobre os argumentos apresentados pelo Lipsky baixo um tema central: *Delivering services and benefits: street-level bureaucracy and the welfare state*.

Neste sentido, Carol Walter (2016) apresenta o funcionamento e as mudanças do sistema de assistência social britânico, e preocupa-se em como o uso da discricionariedade nos pagamentos da assistência social gradualmente evoluiu sob os diferentes esquemas deste sistema. O principal problema que enfrenta a assistência social britânica, como vários programas de assistência no mundo, é conciliar a necessidade de exercer a discricionariedade em esquemas que precisam o funcionamento em massa. O número de beneficiários aumentou proporcionalmente e, assim, aumentou a necessidade de pagos discricionais que são uma grande carga para a administração (WALTER, 2016, p. 60, tradução da autora).

Ao longo do tempo, o governo tentou diminuir os poderes discricionais dos servidores dentro da assistência social. “A resposta política foi reduzir e, eventualmente, remover os poderes discricionais dos funcionários que

trabalhavam na área e permitir só uma ‘discricionariedade segundo o concedido’ desde o topo” (Ibidem, p. 60, tradução da autora).

O controle da discricionariedade no sistema de assistência social britânico alcançou um relativo êxito. Vários BNR foram substituídos por computadores que fazem as avaliações de quem vai receber a ajuda social, eliminando a possibilidade de juízos individuais. Mas, ao mesmo tempo, esses controles mostraram as deficiências dos benefícios e as várias anomalias que apresenta uma política que se preocupa mais por reduzir o gasto público que por satisfazer as necessidades dos mais vulneráveis (WALTER, 2016).

Assim, também, no capítulo quatro, Stephen Harrison (2016) trata sobre a profissionalização dos BNR nos serviços sociais de saúde do sistema inglês, mais precisamente no impacto que ela tem sobre o sistema primário e secundário de saúde e os intentos do governo de burocratizar a medicina. O autor usa os elementos centrais do Lipsky e relaciona-os com o exercício da medicina profissional em dois aspectos: existência de discricionariedade profissional e racionamento da atenção médica. Salaria que esta discricionariedade profissional médica não está sujeita à supervisão burocrática, ainda que outros aspectos estejam sujeitos ao controle burocrático, o que é chamado de burocracia profissional (HARRISON, 2016).

No que diz sobre o grau da discricionariedade, Aurélien Buffat (2016), no capítulo cinco, aborda como e por que a descrição é débil ou forte no caso dos oficiais de impostos no fundo público de desemprego da Suíça. O objetivo do autor é estudar a discricionariedade em contexto e os principais fatores que influem nela. O aporte deste capítulo é o método que o autor desenvolve, mediante o estudo etnográfico. A observação direta e as entrevistas constroem o desenho da pesquisa que se mostra útil para a tese que pretende aqui ser desenvolvida.

O autor conclui que existem várias fontes de discricionariedade, e assinala quatro fatores que ajudam a explicar a variação no uso da discricionariedade na linha de frente. Esses fatores são: o tipo de tarefa, economia material dos casos, estrutura regulamentar e regras e mecanismos de controle. Enfatiza que “o grau de discricionariedade varia de uma tarefa para outra, é um fenómeno altamente dependente das tarefas” (Ibidem, p. 93, tradução da autora), por isso propõe não

falar de uma discricionariedade e sim de elas em plural, levando em conta toda a complexidade que isso implica.

Outros autores têm desenvolvido pesquisas ao redor do estudo da discricionariedade. O artigo intitulado “Punição nas linhas de frente da prestação de serviços públicos: etnia do cliente e decisões sancionadoras do responsável pelo caso no estado de bem-estar escandinavo” (PEDERSEN; STRITCH; THUESEN, 2018, tradução da autora) traz várias considerações a ter em conta para o presente trabalho.

Assim, a pesquisa em questão mostra que o uso de discricionariedade pelos funcionários públicos na tomada de decisões que afeta os clientes pode ocasionalmente estar marcado por preconceitos e disparidades raciais. Com base no Modelo de Classificação Racial (RCM) como modelo teórico, os autores examinam como a etnicidade do cliente molda as decisões dos funcionários públicos para sancionar os clientes. Os autores cruzam a variável da etnicidade do cliente com variáveis próprias do BNR (etnia, gênero e experiência de trabalho), tentando mostrar que existe uma relação condicional entre a etnia do cliente e as decisões sancionadoras dos assistentes.

O trabalho citado ajuda a explicar as maneiras pelas quais a discricionariedade burocrática pode levar a um tratamento desigual de cidadãos comparáveis de diferentes raças ou etnias em suas relações com o governo e a administração pública. O modelo de análise apresentado pelos autores trabalha teorias de economia condutual, psicologia social e administração pública e se serve do modelo de diferenciação racial para entender as diferenças no uso da discricionariedade dos BNR ao sancionar os clientes com origem étnica distinto da sua.

Por sua vez, o presente trabalho pretende entender a discricionariedade a partir de outros modelos teóricos, partindo da compreensão do BNR como um *fixer*, que cria e modifica a política pública (cria conhecimento) de uma forma subjetiva, condicionada pelo conhecimento situado e o ponto de vista. A análise da discricionariedade parte das subjetividades dos BNR e das realidades que atravessam seus corpos, influenciando na sua ação.

Aliás, não se pretende com esta pesquisa criar verdades totalizadoras, e sim, explicar, com a ajuda dos enfoques, teorias e metodologias feministas, como ocorre a discricionariedade e, finalmente, a política, em um contexto

determinado. Essa realidade observada dialogará constantemente com as hipóteses da burocracia representativa tanto para ajudar a explicar os fatos, quanto para discutir as teorias.

3.4 TEORIA DO CONHECIMENTO SITUADO

A teoria do conhecimento situado faz parte dos estudos feministas que questionam a geração objetiva do conhecimento. Sendo assim, dita teoria argumenta que o conhecimento se gera a partir da subjetividade e das práxis que atravessam os corpos. Harding (1987) e Haraway (1995) aportam com vários estudos sobre este tema. A questão que motiva suas pesquisas é a importância da subjetividade na investigação acadêmica.

A teoria feminista implica geralmente um olhar de baixo para cima, valorando a capacidade de olhar desde a periferia, sem deixar de lado o necessário cuidado de evitar romantizar e se apropriar da visão dos menos poderosos (HARAWAY, 1995). A autora manifesta que “os pontos de vista “subjugados” são preferidos porque ao parecer prometem versões transformadoras mais adequadas, sustentadas e objetivas do mundo” (Ibidem, p. 328, tradução da autora) e associa as mulheres e outros sujeitos minoritários [grupos raciais] com esses sujeitos subjugados.

A investigação feminista, tal como aponta Sandra Harding (1987), está junto a outros enfoques considerados “inferiores” insistindo na importância de estudar de baixo para cima, e não de cima para baixo. Neste sentido, salienta:

Enquanto os empregadores contratam investigações para descobrir a forma de contentar aos trabalhadores com menos poder e salário; os trabalhadores quase nunca se encontraram na situação de assumir ou contratar estudos acerca de nada, e muito menos sobre como contentar aos seus superiores com menos poder e ganancia (HARDING, 1987, p. 8, tradução da autora).

Tais afirmações parecem dialogar adequadamente com a teoria *bottom-up* e o burocrata de nível de rua. Analisar a implementação de políticas públicas desde o ponto mais “baixo”, paralelamente ao que a autora chama de “subjugado”, certamente promete e vem mostrando ser uma versão mais próxima do que é a implementação das políticas e as próprias políticas a partir deste sujeito.

A proposta da Donna Haraway não pretende nem representação nem generalização. Esta teoria não espera chegar a uma resposta homogênea sobre os diferentes temas onde pode ser aplicada, mas sim visa recolher distintas posições sobre o fenômeno de estudo que permitam mostrá-lo a partir das pessoas que o vivenciam.

O conhecimento situado implica identificar desde onde o pesquisador está se adentrando à realidade que pretende investigar. Isso, segundo a teoria, pode ser explicado a partir de certas variáveis: raça, sexo, posição social, grau de colonialidade, etc. As variáveis não são enunciadas de maneira taxativa. Cada realidade empírica mostrará que os sujeitos que pesquisam ou são pesquisados expressam seu conhecimento situado a partir de variáveis diversas (HARAWAY, 1995). Esta teoria traslada-se aos sujeitos da pesquisa no conhecido como análise situada que implica identificar as variáveis mencionadas no próprio sujeito de estudo.

Sobre isso, Haraway manifesta que:

Os conhecimentos situados requerem que o objeto de conhecimento seja representado como um ator e como um agente, não como uma tela ou um terreno ou um recurso, nunca como um escravo do amo que fecha a dialética em sua autoria do conhecimento <<objetivo>> (HARAWAY, 1995, p. 341, tradução da autora).

O BNR será visto como um *fixer* que no desenvolvimento do seu trabalho usa a discricionariedade e, assim, modifica e cria a política pública na implementação. Esse <<reparador>>, usando sua capacidade para tomar decisões, está criando conhecimento. Transformando a vontade política, e baixo este pressuposto, poderão ser identificadas nele categorias da análise situada para entender o uso da discricionariedade.

As categorias que apresenta o conhecimento situado podem ajudar a explicar como e por que o burocrata de nível de rua exerce sua discricionariedade de um ou outro jeito na implementação das políticas públicas, desde o próprio sujeito, num intento de ir além do exposto pelo Lipsky e os diversos autores que tratam a burocracia de nível de rua e pretendem explicar essa discricionariedade desde variáveis externas.

A análise situada permite entender que o sujeito de estudo atua dentro de um sistema, um lenguaje, a partir de certas premissas, em função de certos interesses, em relação a certas expectativas, e tudo isso pode ser levado em

conta no momento de analisar a realidade que vai ser conhecida. Porém, o conhecimento e a análise situada não podem ficar na simples enunciação ou definição dos sujeitos ou objetos da pesquisa. O feminismo decolonial neste ponto aporta notando a importância de identificar como os sujeitos conhecíveis e conhecedores posicionam-se na construção de conhecimento, levando em conta a geopolítica, a raça, classe, sexualidade, capital social, entre outros posicionamentos.

A feminista Patricia Hill (1998) trabalha o feminismo decolonial a partir da teoria do conhecimento situado e da perspectiva do ponto de vista. Para ela, esses enfoques têm dois componentes principais: as experiências político-econômicas e a consciência sobre a realidade material. Levando em conta que nesta tese se pretende dialogar com o burocrata de nível de rua a partir de visões distintas das hegemônicas, o estudo implica também construir um conhecimento intercultural e decolonial que tenha vozes, experiências e formas de pensar e ver o mundo consideradas como irrelevantes pela visão colonial. Para esta pesquisa a experiência vivida e tudo o que ela atravessa no BNR é fonte de conhecimento.

A teoria do conhecimento situado e o feminismo decolonial desenvolvem um conceito central para suas pesquisas, a interseccionalidade. Ela pode ser definida por Raquel Platero como:

[...] o processo que contribui a gerar consciência sobre como diferentes fontes estruturais de desigualdade mantêm relações recíprocas. É um enfoque que salienta que o gênero, a etnia, a classe ou a orientação sexual, longe de ser naturais ou biológicas, são construídas e estão inter-relacionadas. [...] essas manifestações e identidades são determinantes em cada contexto e são encarnadas nos sujeitos (PLATERO, 2014, p. 81, tradução da autora).

A autora diz que a análise interseccional simboliza e materializa a necessidade de superar a conceptualização de um sujeito único, universal e homogêneo para considerar o sujeito como plural, complexo, que é atravessado por vários fatos e pelo tanto que é interseccional. É assim que neste trabalho se entende ao BNR como um sujeito que é interseccional e que manifesta sua discricionariedade através dessa peculiaridade.

3.5 A PERSPECTIVA DO PONTO DE VISTA

A teoria do conhecimento situado é a base epistemológica para o uso da perspectiva do ponto de vista. Esta faz parte dos estudos feministas e entende

a experiência como palavra de autoridade em si mesma. A autora que desenvolveu esta perspectiva foi Dorothy Smith (2012). Este enfoque dentro das pesquisas trabalha com as experiências cotidianas que constituem a vida das pessoas, tentando entender as dimensões sociais que estão além das próprias experiências com o intuito de conhecer as atividades das pessoas reais situadas em lugares e em tempos locais e concretos (SMITH, 2012).

Esta proposta supõe o ponto de vista não como uma forma de conhecimento fixo e concluído, e sim, como um terreno na experiência desde o qual devem ser feitos os descobrimentos. O ponto de vista deve ser entendido em termos de posicionamento social do sujeito de conhecimento, de quem se conhece e a partir de quem se cria conhecimento.

Aliás, o ponto de vista pode ser aplicado também como um método que trabalha a partir das realidades da vida cotidiana das pessoas e de suas experiências para descobrir o social que se estende além das experiências (Ibidem). Geralmente a perspectiva do ponto de vista é usada em conjunto com a teoria do conhecimento situado. Uma complementa a outra e, assim, ajudam a explicar melhor o sujeito estudado em uma realidade determinada.

Esta perspectiva questiona as relações de dominação entendidas como formas de consciência e organização objetivadas, que despersonalizam os sujeitos, separa-os dos seus cenários particulares e das relações de sua vida e seu trabalho, relações que são constituídas externamente das personas e lugares particulares.

O uso desta perspectiva na pesquisa tenta, precisamente, superar o pensamento que replica relações de dominação, entendidas como aqui expostas, que olham a discricionariedade como um produto só da própria natureza do trabalho dos BNR, sem levar em conta as realidades que atravessam os corpos destes sujeitos e que afetam diretamente o uso desta discricionariedade. Se o que se pretende é entender como ocorre de fato a política, no uso da discricionariedade dos BNR, tem sentido examinar criticamente as fontes dessa dominação social.

O ponto de vista como perspectiva também sociológica mostra que as relações sociais coordenadas através do tempo e a distância estão presentes, mas em grande parte não são visíveis no mundo cotidiano das pessoas. Assim, ela tenta converter em problemática essa realidade para que seja centro das

pesquisas e fonte de descobrimentos. Segundo a Dorothy Smith (Ibidem), as pesquisas fundamentadas no ponto de vista devem ter como partida as realidades de vida das pessoas.

O BNR, ao mesmo tempo em que é parte de organizações que tentam controlar o comportamento das pessoas, padronizar a cidadania frente aos serviços públicos e que reafirmam as relações de dominação, é um sujeito histórico com capacidade de ação, um ser corporal, uma unidade que permite chegar ao conhecimento da sua natureza desde sua própria experiência, que começa, como anota Smith (Ibidem), nas realidades da vida das pessoas.

Isso finalmente ajuda a entender que a discricionariedade destes funcionários não existe só pela natureza do seu trabalho, ou na mente dos BNR, mas também existe na subjetividade deles e atravessa seu ser, sendo modificada constantemente por variáveis individuais e expressando-se de diversas formas.

Tanto o conhecimento situado quanto a perspectiva do ponto de vista ajudam na pesquisa aportando modelos que oferecem maneiras de chegar às realidades sociais através de processos respeitosos com elas. Como aponta Barbara Biglia, mesmo tendo poucos referentes que aportem para a realização de uma pesquisa com metodologia e epistemologia feminista, é um desafio ir experimentando e aprendendo a “representar” as realidades dos sujeitos pesquisados e assumir o rol de porta-vozes das palavras dos sujeitos com os quais pesquisamos, cuidando de não modificar sua mensagem (BIGLIA, 2014).

3.6 INTERSECCIONALIDADE

A interseccionalidade é uma das contribuições conceptuais mais importantes do feminismo negro estadunidense para às ciências sociais, a análise em simultâneo das categorias raça, sexo e classe social e sua intersecção na vida das pessoas foi considerada importante graças a este conceito.

O feminismo negro critica o essencialismo do conceito “gênero”, Angela Davis (1981), Audre Lorde (1982), Elisabeth Spelman (1988), entre outras afirmaram que a conceptualização do gênero tinha como referente as experiências das mulheres brancas, os modelos familiares de classe média e a

formação Cristã, ignorando como a raça, a classe, a orientação sexual e a religiosidade pluralizam e particularizam o fato de ser mulher.

A interseccionalidade foi formulada pela primeira vez por Kimberlé Crenshaw (1989), sua ideia principal foi parar com a tendência de olhar para a raça e o gênero como exclusivos ou separáveis (CRENSHAW, 1991) e levar a atenção nas “diferenças que fazem a diferença” nos distintos grupos de mulheres que experimentam a discriminação por gênero. Essas diferenças estariam relacionadas com aspectos como a classe, a casta, a cor da pele, a raça, a etnia, a religião, a origem nacional e a orientação sexual e afetam de forma única e em proporções distintas a cada grupo (CRENSHAW, 2000).

Crenshaw (1991) indicou três níveis distintos de interseccionalidade, mas todos eles interconectados: a estrutural, a política e a representacional.

No nível estrutural, a interseccionalidade como enfoque permite analisar a situação das mulheres afroamericanas que sofrem uma discriminação diferente das mulheres brancas e dos homens negros, toda vez que elas se encontram numa situação que entrelaça várias categorias de exclusão social (ser mulher, ser negra, ser pobre).

No nível político, a interseccionalidade brinda uma perspectiva para entender como desigualdades sociais se reproduzem dentro e através das normativas e das próprias políticas públicas. Utilizar a interseccionalidade na análise do direito ou das políticas públicas implicaria, como no caso desta pesquisa, por exemplo, analisar se nas políticas públicas interculturais, há burocratas de nível de rua que se identificam, entendem e agem de acordo com as diferentes realidades dos povos indígenas.

No nível representacional, a interseccionalidade permite explorar a construção cultural dos sujeitos desfavorecidos, levando em conta a medida na qual a cultura popular e o discurso público reproduzem a exclusão e a marginalização (VERLOO, 2006).

Resulta útil e importante olhar para o burocrata de nível de rua desde o paradigma da interseccionalidade para compreender melhor como ele exerce sua discricionariedade em dependência das diferentes realidades que o atravessam, olhando para categorias como raça e sexo.

3.7 BUROCRACIA REPRESENTATIVA

O tema da burocracia representativa começa a entrar nos debates dos estudos da administração nos anos 1940. Donald Kingsley (1945), Norton Long (1952), Mosher (1968), Samuel Krislov (1974) e Maier, Wrinkle e Polinard (1999) são alguns dos autores que desenvolveram este tema.

Kingsley estudou a implementação de políticas públicas inglesas depois da segunda guerra mundial. Identificou que elas eram mais bem sucedidas que as anteriores à guerra. Os resultados de suas pesquisas mostraram que a composição socioeconômica da burocracia implementadora coincidia com a dos partidos que formularam a política pública (KINGSLEY, 1945) e isso, segundo ele, explicaria o êxito na política. Para o autor, se é esperado obter êxito nas políticas, a burocracia implementadora deveria representar as elites mais importantes e não necessariamente a sociedade em geral.

Norton Long (1952) continua com os estudos de Kingsley (1945) enquanto à implementação de políticas públicas inglesas, mas supera a ideia de que a burocracia tem que representar só as elites; pelo contrário, abre a possibilidade de que o corpo civil (burocracia) represente grupos eleitorais pouco influentes politicamente; identifica nos burocratas a oportunidade de sanar possíveis deficiências da representação burocrática. Aliás, nos seus estudos, mostra que segundo sua origem, forma de ingresso, nível e pertinência a associações, os burocratas podem responder melhor aos desejos e necessidades do público em geral (LONG, 1952).

Paul Van Riper (1959) analisou e desenvolveu o argumento do Long, ele define a burocracia representativa como aquela na qual a diferença entre os burocratas como grupo e a comunidade, é mínima. Para ser representativa uma burocracia deve estar em sintonia com a sociedade da qual forma parte, no que respeita a ocupação, classe, geografia e similares (tradução da autora). Assim também, salienta entre os benefícios da burocracia representativa a oportunidade que ela brinda de mobilidade social e seu valor dentro de uma sociedade de livre competência.

Mosher (1968) desenvolve um grande aporte dentro da burocracia representativa: a classificação dela em ativa e passiva, ou representação administrativa e demográfica, respetivamente. Segundo o autor, a burocracia passiva é o reflexo da população no sentido geral, um reflexo das características

demográficas de uma sociedade determinada; por sua vez, a burocracia ativa é quando esta atua em favor dos interesses dos grupos que passivamente representa, essa atuação pode ser observada em decisões políticas ou recomendações que beneficiem ditos grupos.

De acordo com Mosher (1982), a representação passiva ocorre quando as características sociais e demográficas dos burocratas coincidem com as dos cidadãos que recebem a política; e a representação ativa quando os burocratas agem em benefício dos interesses do grupo com o qual compartilham ditas características. Dentre as características social demográficas que podem ser compartilhadas pelos burocratas e os cidadãos estão as identidades raciais, étnicas e de gênero.

A representação ativa e a passiva têm benefícios, especialmente nos burocratas da linha de frente, segundo Viana e Tokarsky (2019, p. 67) existem benefícios simbólicos e tangíveis:

Simbolicamente, a representação passiva pode refletir acesso equânime ao poder, conferindo legitimidade às instituições burocráticas (...). Além dos benefícios simbólicos, algumas pesquisas indicam que pode existir ligação entre representação passiva e ativa em que grupos sub-representados possam receber provisão de serviços mais equitativos, aumentando a representação.

Posteriormente, no livro *Representative Bureaucracy*, Krislov (1974) aborda temas das cotas, do mérito, da justiça compensatória e dos “passos remediais” dentro da administração pública e das políticas públicas. O autor questiona a representatividade de uma burocracia que não esteja composta por todos os sectores da sociedade e argumenta que todos os grupos têm direito a participar nas instituições de governo. Seu argumento principal é que todas as classes sociais devem estar representadas na burocracia. Mas, posteriormente, ele mesmo aponta que existem outras linhas divisórias como a raça, etnicidade e sexo que tem muita importância nas estruturas burocráticas contemporâneas (KRISLOV, 1974).

A burocracia representativa, segundo o autor, ajuda a entender que:

De fato, as atividades pessoais, que se encontram na realidade em um campo apartado da realização de uma simples tarefa, afetam sim o bom desempenho de uma instituição pública (KRISLOV, 1974, p. 3, tradução da autora).

Mais recentemente, autores como Andrews, Boyne e Walker (2011) tem discutido a relação entre a diversidade das organizações e o melhor desempenho institucional.

Embora a presente tese não tenha como foco o estudo da representatividade burocrática, os pressupostos que esta teoria apresenta para a análise da discricionariedade ajudam ao melhor entendimento e reforçam os argumentos da análise situada, interseccionalidade e do ponto de vista. Entender que a burocracia representativa tem a ver não só com a composição da burocracia, e sim também com as repercussões que dita representação tem na formulação e implementação das políticas públicas é transcendental.

Aliás, a burocracia representativa leva em conta as atividades pessoais dos servidores, como fatores que influem no seu desempenho. Ao entender essas atividades pessoais como condicionadas às realidades individuais, questões como gênero, raça, classe, emergem na reflexão.

Assim, também, se o melhor desempenho dos servidores é o cumprimento ou não das funções designadas, a discricionariedade surge como categoria fundamental. Poder-se-ia dizer, então, que de fato, questões dependentes do conhecimento situado e do ponto de vista afetam o uso da discricionariedade.

A influência dos valores e visões dos burocratas afeta as decisões que eles tomam no decorrer do seu trabalho, apontam os autores Meier, Wrinkle e Polinard (1999). De acordo com eles, quanto mais valores e visões compartilham os burocratas com os clientes, melhor será o resultado da política. Agregam que uma das fontes destes valores é o processo de socialização, e dentro dele uma das relações mais perduráveis é a da raça e a etnia (MEIER; WRINKLE; POLINARD, 1999).

As categorias identificadas nos BNR mediante uma análise interseccional, que tem como base o conhecimento situado e a perspectiva do ponto de vista, serão analisadas em relação à burocracia representativa. O principal aporte desta teoria à pesquisa se dá na hipótese principal. Enquanto mais características (da análise situada e do ponto de vista), os burocratas compartilham com os beneficiários das políticas, melhor a política será implementada, entendendo como êxito da política a atenção das necessidades dos próprios beneficiários.

3.8. DELINEAMENTO DO MODELO ANALITICO

Esta pesquisa se desenvolve dentro da análise de políticas públicas, usando o ciclo de políticas. Aborda o estudo da implementação, desde o modelo *bottom-up*, e chega ao burocrata de nível de rua, olha para ele como um *fixer*, e é a partir do entendimento do uso da discricionariedade nesse sujeito, analisada de forma interseccional com base na teoria do conhecimento situado e a perspectiva do ponto de vista, que responde às questões que motivam esta investigação.

Para explicar como o burocrata de nível de rua exerce sua discricionariedade as questões que atravessam sua subjetividade são centrais, é neste ponto que a pesquisas pretende trazer sua contribuição no campo da análise.

Sendo que o objetivo central de esta tese é descrever a implementação da política intercultural de saúde a partir da teoria do burocrata de nível de rua e sua discricionariedade mediante uma perspectiva interseccional, com o intuito de entender melhor sua influência sobre os resultados da política, a análise é feita em 5 momentos.

A descrição da política pública de saúde intercultural é o primeiro passo para iniciar a análise, conhecer sua história e as normas que a regulam, as instituições que estão vinculadas no seu desenvolvimento e os aspectos que a política pretende abranger seguindo determinados princípios dá a ideia clara do que está sendo pesquisado. Partir de este ponto delimita o objeto do estudo: a política em questão. Aqui é importante também descrever como foi elaborada a política, seu desenho, com uma perspectiva mais normativa.

No segundo momento, é importante entender como é feita a implementação de dita política, igualmente olhando para as instituições responsáveis, as secretarias, os ministérios e os funcionários que devem implementá-la. Com o uso dos modelos descritos que entendem a política pública como um ciclo com diferentes etapas cada uma delas entrelaçadas.

Já no terceiro momento a descrição centra-se no burocrata de nível de rua, com ajuda do modelo *bottom up* a intenção é explicar a implementação da política desde estes servidores públicos, com foco na discricionariedade para entender como são tomadas as decisões na linha de frente.

O modelo analítico descrito até aqui é tradicionalmente utilizado dentro das pesquisas de implementação de políticas públicas que focam sua atenção no burocrata de nível de rua; mas, os fatores que podem explicar como a discricionariedade é operada ainda não têm sido explorados a fundo, é neste ponto que a pesquisa propõe um quarto momento de análise.

No quarto momento, mediante uma análise interseccional, e tendo como base o conhecimento situado e o ponto de vista, a discricionariedade é analisada a partir das peculiaridades do burocrata, as realidades diferentes que atravessam sua existência e que influem de formas determinadas no momento de tomar diferentes decisões.

Mas este “salto” da teoria das políticas públicas às teorias feministas tem um elo que permite o desenvolvimento da análise: a burocracia representativa, o quinto elemento na análise. A burocracia representativa enfoca as características próprias do burocrata como raça, sexo, classe social, considerando que elas são importantes para que a sociedade seja representada e tenha identificação com as ações políticas. A premissa principal da burocracia representativa é que se os burocratas compartilham a identidade com os grupos sociais aos quais representam, agirão no seu benefício (burocracia representativa ativa).

A burocracia representativa, então, justifica o porquê é importante olhar para essas categorias no sujeito de estudo; as teorias feministas, por sua vez, brindam um enfoque diferente na análise delas, tentando aportar no estudo da discricionariedade com um olhar que ainda não foi esgotado.

O modelo proposto tenta compreender melhor como a discricionariedade é afetada pelas experiências e situações do burocrata e como elas finalmente afetam à implementação da política pública.

4 A IMPLEMENTAÇÃO DO ENFOQUE INTERCULTURAL EM SAÚDE

A partir do ano 2008, quando se institucionaliza o enfoque intercultural no Equador, com a declaração constitucional do caráter plurinacional e intercultural do país, muitos foram os esforços por parte do Ministério de Saúde para materializar esta normativa. Desde a criação da Direção Nacional de Saúde Intercultural –e todas as instituições que a precederam- até o MAIS-FCI. Neste contexto, a saúde foi considerada um direito fundamental garantido pelo Estado, e um eixo fundamental na construção do Bom Viver ou *Sumak Kawsay*.

A Constituição do 2008, no seu artigo 32 estabelece o exercício do direito à saúde com base no exercício de outros direitos para garantir o objetivo final do país: o *Sumak Kawsay*; desta forma a saúde se constitui em:

Um direito garantido pelo Estado, cuja realização vincula-se com o exercício de outros direitos entre eles o acesso à água, à alimentação, à educação, à cultura física, ao trabalho, à seguridade social, aos ambientes saudáveis e outros que fortalecem o bom viver. (ECUADOR, 2008a. Tradução da autora)

Assim também, os planos nacionais de desenvolvimento desenhados desde a nova Constituição até a atualidade estabelecem políticas e metas que visam melhorar a qualidade de vida dos equatorianos individual e coletivamente, em harmonia com a natureza. Neste sentido, o processo saúde-doença assume um enfoque social e multidimensional que traz consigo novos desafios ao setor da saúde, voltando a mirada à grupos que historicamente foram esquecidos: os povos e nacionalidades indígenas do país.

Para compreender como é oferecida a saúde intercultural se faz necessário olhar para os documentos ou normativas principais que o Ministério de Saúde Pública desenvolveu para a implementação do enfoque intercultural. Ditos documentos são: o Manual do Modelo de Atenção Integral do Sistema Nacional de Saúde Familiar, Comunitário e Intercultural-MAIS-FCI (ECUADOR, 2013), o Decreto Ministerial 0082-2017 que contém o Regulamento para a Aplicação do Enfoque Intercultural nos Estabelecimentos de Saúde do SNS, na atenção, referencia, derivação, referência inversa, e contra referência aos usuários/pacientes provenientes de comunidades de difícil acesso (ECUADOR, 2017) e a Guia Técnica para a Atenção do Parto Culturalmente Adequado (ECUADOR, 2008d).

4.1. MANUAL DO MODELO DE ATENÇÃO INTEGRAL DO SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE FAMILIAR, COMUNITÁRIO E INTERCULTURAL-MMAIS-FCI

O Ministério de Saúde Pública do Equador disponibilizou o manual do Modelo de Atenção Integral do Sistema Nacional de Saúde Familiar, Comunitário e Intercultural (ECUADOR, 2013) onde tentou articular o enfoque intercultural no modelo de saúde e na rede pública integral de saúde em 2012. No documento o MSP salienta a importância de compreender, respeitar e incorporar os conhecimentos e as práticas de saúde ancestrais e medicinas alternativas. Igualmente, reconhece as limitações que esta tarefa tem apresentado no decorrer da história do país e os prejuízos que isso causou aos povos e nacionalidades indígenas e montubios do Equador. O manual representa uma ferramenta indispensável na análise de implementação da política de saúde intercultural dado que oferece os lineamentos gerais que todo o sistema deve levar em conta ao tratar a interculturalidade.

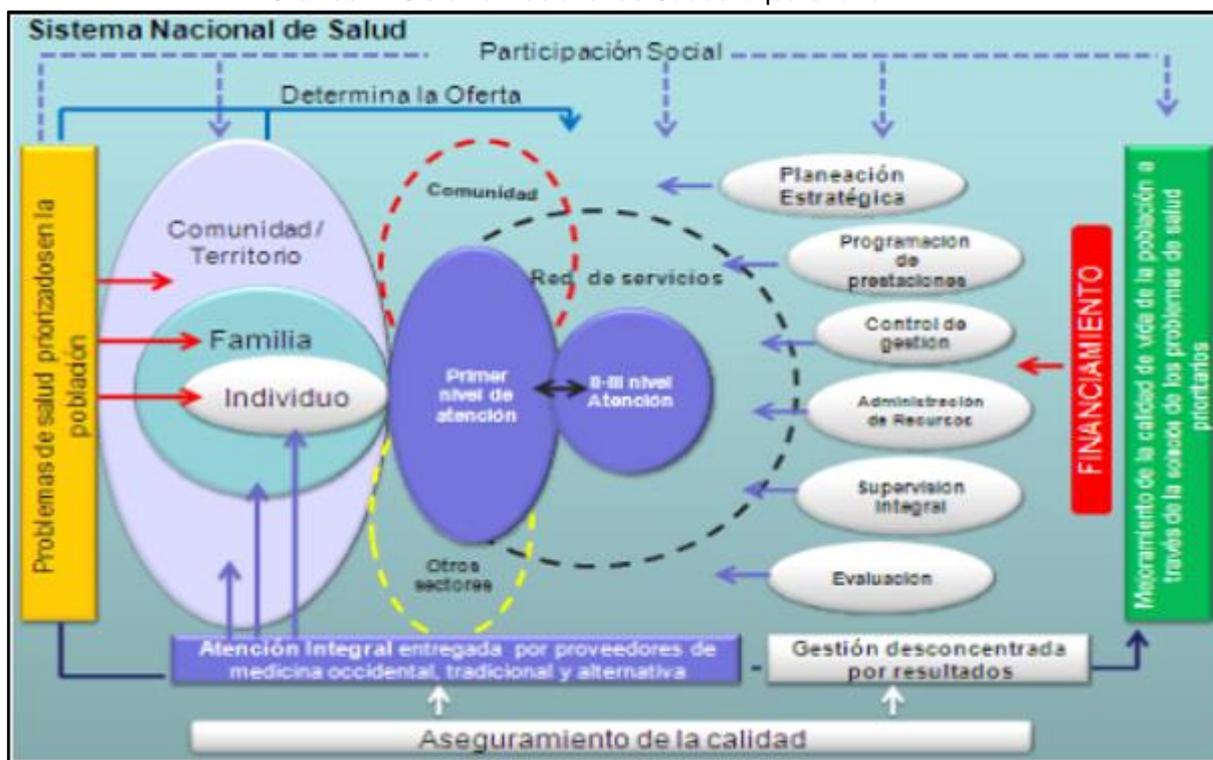
O MMAIS-FCI procura dar cumprimento à várias normativas, ampara-se na Constituição da República do Equador do 2008, o Plano Nacional para o Bom Viver 2009-2013, a Lei Orgânica de Saúde, a Agenda Social 2009-2011, os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio e as próprias diretrizes e princípios do MSP. Embora a própria lei determine que o MAIS-FCI e seu manual devem ser atualizados quadrienalmente, a última versão de ambos é do ano 2012.

No campo conceitual, o MMAIS-FCI adota o conceito apresentado pela OMS de saúde, entendendo-a como o completo bem-estar físico, mental, espiritual, emocional e social, e não somente a ausência de doença ou enfermidade. Sendo assim, ter saúde significa ter as necessidades básicas satisfeitas: econômicas, sociais, culturais, nutricionais, sanitárias, afetivas etc. procurando um bem-estar holístico, como o *Sumak Kawsay* procura.

O documento em questão apresenta uma nova visão sobre a Atenção Primária de Saúde (APS), focada no desenvolvimento dos sistemas de saúde, da epidemiologia comunitária, da participação social e do enfoque intercultural como um valor ético e político do reconhecimento cultural. O MMAIS-FCI organiza o SNS equatoriano, desse modo, se faz necessário verificar as generalidades desta organização para compreender melhor como acontece a implementação do objeto desta pesquisa: a saúde intercultural.

Desde o próprio nome, a interculturalidade permeia o manual ao apresentar um modelo com abordagem familiar, comunitário e intercultural. O documento é um conjunto de políticas, estratégias, delineamentos e ferramentas que organizam o Sistema Nacional de Saúde-SNS, sustentam e incorporam a atenção primária em saúde-APS) e permitem a integralidade na atenção nos três níveis de saúde.

Gráfico 4- Sistema Nacional de Saúde Equatoriano



Fonte: MSP, 2012.

O gráfico 4 mostra o SNS Equatoriano e como o MMAIS-FCI define o papel dos atores do setor público e privado, os membros da rede de saúde e a comunidade para trabalhar em ações conjuntas que ofereçam soluções integrais às necessidades e problemas de saúde da comunidade nos diferentes níveis de atenção.

4.1.1. A Integralidade no MAIS-FCI

O sistema de saúde no Equador é integral, isso se relaciona com vários aspectos que o MMAIS-FCI desenvolve: integralidade à pessoa, ao território, aos programas, às ações dos diferentes setores, na participação da comunidade e na gestão institucional do MSP. O enfoque integral organiza o SNS, assim como

seus programas e gastos sociais a partir de arranjos institucionais que garantem a integração entre os níveis, setores e atores (ECUADOR, 2013).

Desta forma, o propósito do MMAIS-FCI é:

Orientar o atuar integrado dos atores do Sistema Nacional de Saúde à garantir os direitos de saúde e o cumprimento das metas do Plano Nacional de Desenvolvimento para o Bom Viver, melhorar as condições de vida e saúde da população equatoriana através da implementação do Modelo Integral de Saúde Familiar, Comunitário e Intercultural (MAIS-FCI) sob os princípios da Estratégia da Atenção Primária de Saúde Renovada, e transformar o enfoque médico biologista à um enfoque integral de saúde focado no cuidado e recuperação da saúde individual, familiar e comunitária como um direito humano (Ibidem, p. 56, tradução da autora).

Sendo assim, o MMAIS-FCI responde diretamente ao plano nacional de desenvolvimento, mostrando uma organização hierárquica estabelecida, ao mesmo tempo que declara ser um modelo diferente, que pretende transformar todo o enfoque médico vigente, respeitando os enfoques comunitários no processo saúde-doença. Nesta declaração o MMAIS-FCI anuncia por vez primeira no contexto equatoriano a busca pela integralidade na saúde, reconhecendo o enfoque intercultural explicitamente. Dito reconhecimento é resultado do próprio contexto equatoriano ao 2012 e dos arranjos que diferentes atores sociais e líderes comunitários conseguiram na época da Revolução Cidadã.

O objetivo geral do MMAIS-FCI é:

Integrar e consolidar a estratégia da Atenção Primária de Saúde Renovada nos três níveis de atenção, reorientando os serviços de saúde para a promoção da saúde e prevenção da doença, fortalecer o processo da recuperação, reabilitação da saúde e cuidados paliativos para oferecer uma atenção integral, de qualidade e de profundo respeito pelas pessoas na sua diversidade e entorno, com ênfase na participação organizada dos sujeitos sociais (Ibidem, tradução da autora).

A integralidade volta a ser o centro sob o qual todo o modelo de atenção de saúde vai ser construído, se fala novamente de uma renovação do modelo vigente até então e do respeito à diversidade das pessoas. Criando um ambiente onde os saberes e conhecimentos ancestrais podem coexistir, ser reconhecidos e valorados. A integralidade procura, desde uma visão multidimensional e biopsicossocial da saúde individual e coletiva, a inter-relação e complementariedade entre os diversos sistemas médicos (medicina formal/medicina ancestral/medicina alternativa).

4.1.2. Objetivos estratégicos

A análise dos delineamentos gerais do MMAIS-FCI se faz necessário e útil para entender como posteriormente é estruturada a saúde intercultural e a quais princípios ou estratégias ela responde. Sendo assim, os objetivos estratégicos que persegue o modelo e que explica o manual são:

1. Reorientar os serviços de saúde do enfoque curativo para uma abordagem centrada na promoção e cuidado integral da saúde. Garantindo uma resposta no processo de recuperação da saúde, reabilitação, cuidados paliativos; incorporando os enfoques de interculturalidade, geracional e de gênero. Fortalecimento da vigilância epidemiológica comunitária.
2. Implementar estratégias para o desenvolvimento e gestão do talento humano a través de processos de capacitação continua, a carreira sanitária e a formação nos serviços. No primeiro e segundo nível devem ser incorporados especialistas em medicina familiar e comunitária y técnicos de APS.
3. Organizar os serviços do setor público conforme os padrões estabelecidos pelo Ministério de Saúde Pública.
4. Organizar o Sistema Único de Informação em Saúde em Coordenação com Sistema Comum de Informação do Ministério de Saúde Pública.
5. Fomentar a participação plena da comunidade e dos coletivos organizados (Ibidem, p. 57, tradução da autora).

Aliás, o MMAIS-FCI delega às Secretarias e Subsecretarias o cumprimento e seguimento dos objetivos estratégicos específicos, no que respeita ao objetivo 5 que salienta a participação como facilitadora do exercício de direitos e responsabilidades na saúde; assim como também a integração dos saberes ancestrais para que os indivíduos, famílias, comunidade e grupos organizados sejam sujeitos ativos na construção e cuidado da saúde (ECUADOR, 2013); é a Direção Nacional de Interculturalidade, Direitos e Participação Social na Saúde o organismo nacional responsável diretamente. Isso representa um orçamento específico destinado à dita direção para o desenvolvimento deste quesito.

4.1.3. Componentes

Os componentes do MMAIS-FCI são quatro: Provisão de Serviços, Organização, Gestão e Financiamento (EQUADOR, 2013). A coerência entre estes componentes em conjunto com uma atuação coordenada com todos os atores que compõem o SNS, permite o logro dos objetivos do MAIS-FCI.

4.1.3.1. Provisão de Serviços

Quando se fala da componente provisão, em relação com o enfoque intercultural, entende-se como uma estruturação da oferta dos serviços de saúde em concordância com o perfil epidemiológico da população equatoriana, levando em conta as necessidades específicas que resultam da análise interseccional, salientando elementos como gênero e raça (componente intercultural). Quatro elementos fazem parte deste componente: grupos destinatários da atenção em saúde; conjunto de prestações por ciclo de vida; cenários de atenção; e, modalidades de atenção (Ibidem, p. 61).

Dentro do elemento cenários de atenção, desenvolve-se a atenção intercultural, entendida como a garantia da complementariedade dos conhecimentos, saberes, práticas de medicina ancestral, complementar e alternativa de saúde (Ibidem, p.64). Tal garantia deve dar-se em todos os níveis de atenção, com o objetivo de garantir a participação das comunidades de povos e nacionalidades indígenas e o pleno exercício dos seus direitos.

Neste ponto, se faz importante refletir sobre o fato de o MMAIS-FCI tratar de complementariedade e não de integração dos conhecimentos de saúde; esta é uma grande discussão na arena da interculturalidade. A complementariedade diz respeito à coexistência de modelos de atenção em saúde, visões ou enfoques de conhecimentos sobre uma realidade específica; já a integração pretende uma absorção ou assimilação de um modelo dentro de outro, o que implica a sua subordinação. No MMAIS-FCI procura-se chegar à convivência entre os conhecimentos e práticas tradicionais e ocidentais no processo saúde-doença a partir da complementariedade.

4.1.3.2. Organização

O segundo componente do MMAIS-FCI, Organização do Sistema Nacional de Saúde, indica como está organizada a atenção no nível I, II, III e IV, e como deveria funcionar o trabalho em redes. Dito componente compreende três elementos: homologação e tipologia, organização territorial na rede pública e complementar, organização e funcionamento da rede pública e complementar (ECUADOR, 2013).

4.1.3.2.1. Homologação e Tipologia

O gráfico 5 mostra como está organizado o sistema de saúde segundo os níveis. Todos os estabelecimentos do SNS estão classificados dentro deles segundo sua capacidade resolutiva. Os níveis funcionam como um conjunto articulado a partir das diretrizes da planta central, o Ministério de Saúde Pública. A organização dos serviços de saúde em níveis de atenção, permite organizar a oferta de serviços para garantir a capacidade resolutiva e continuidade requerida para das respostas às necessidades e problemas de saúde da população (ECUADOR, 2013, p.85).

Gráfico 5-Níveis de Atenção no Sistema Nacional de Saúde Equatoriano



Fonte: ECUADOR,2013

Desta forma, o nível de atenção é um conjunto de estabelecimentos de saúde que baixo um marco normativo, legal e jurídico, estabelece níveis de complexidade para a resolução das necessidades de saúde da população, conforme ao tipo de serviço que oferecem, condições de qualidade em infraestrutura, equipamento e talento humano. A finalidade desta organização é garantir o aceso escalonado segundo os requerimentos dos usuários até a resolução dos problemas de saúde. O fluxo do usuário é determinado estritamente segundo a normativa do Sistema de Referência e Contrarreferência emitida pelo MSP.

Por outro lado, cada nível tem suas próprias unidades operativas, que vão desde o posto de saúde até os hospitais de especialidades; assim como também, existe o serviço de apoio no diagnostico nos diferentes níveis, contando com

laboratórios, estabelecimentos de imagem, laboratórios fisiológico-dinâmicos e diversas unidades moveis.

O Primer Nível de Atenção é a porta de entrada do usuário e deveria responder ao 80% das necessidades da população realizando a referência e contrarreferência aos estabelecimentos dos outros níveis conforme as necessidades dos usuários, fortalecendo a atenção primaria em saúde e implementando os princípios de prevenção de doenças e promoção de saúde.

4.1.3.2.2. Organização Territorial

A organização territorial da rede de saúde divide os 283560 km², 24 províncias e quase 18 milhões de pessoas em 9 coordenações zonais e 140 distritos. As coordenações zonais têm suas missões e funções determinadas pelo Ministério de Saúde Pública e são:

Coordenar, controlar e planificar na zona as ações referentes à vigilância da Saúde Pública, a vigilância e controle sanitário, a provisão dos serviços de atenção individual, prevenção de doenças, promoção da saúde e igualdade, a governança da saúde, e participação social, a implementação do modelo de atenção na rede pública e complementaria de saúde (EQUADOR, 2013, p. 91, tradução da autora).

Gráfico 5-Organização territorial



Fonte: ECUADOR, 2013.

Além das direções zonais, mantem-se direções provinciais de saúde que, igualmente representam as autoridades sanitárias e implementam, planificam e controlam as ações de saúde nas zonas, distritos e circuitos. Por sua parte, a direção zonal de saúde é responsável por desenvolver técnica e gerencialmente a rede de serviços de saúde na sua zona de influência.

4.1.3.3. Financiamento

O MAIS-FCI tenta brindar aos profissionais todas as ferramentas necessárias para a oferta de saúde pública, sendo assim, indica como deve ser o processo de financiamento para a que os planos e programas de saúde sejam implementados. Segundo isso, cada instituição involucrada no SNS possuirá seu respetivo orçamento. E esse orçamento virá das instituições do setor saúde que conformam a rede pública: Ministério de Saúde, IESS, Forças Armadas e Policia. O setor privado possui seus próprios fundos (EQUADOR, 2013).

Embora os critérios para a alocação dos recursos financeiros deveriam responder tanto aos gastos históricos quanto à capacidade de gasto das instituições; assim como também aos critérios da população (território, estrutura demográfica, nível socioeconômico), características culturais (medicina tradicional, alternativa e complementaria) e critérios de necessidade de saúde (perfil epidemiológico e determinantes da saúde) a realidade mostra várias dificuldades neste aspeto.

Para entender melhor esta realidade no quesito intercultural quatro coordenadoras zonais responsáveis pela implementação do enfoque intercultural foram entrevistadas para o desenvolvimento desta tese e concordaram com que a falta de dotação orçamentaria é um dos principais motivos para que a saúde intercultural não alcance seus objetivos. Assim comenta a Dra. Cabrera da coordenação zonal de saúde 6 sobre o assunto (informação verbal):

Anteriormente teníamos recursos asignados para ello (salud intercultural), contábamos con un equipo más sostenible, antes éramos 5 personas, ahora es sólo una, teníamos asignado un fondo para trabajar con pueblos y nacionalidades, ahora el presupuesto para interculturalidad es muy limitado, casi no hay porque el presupuesto para promoción es mínimo (ENTREVISTA 2).

A Dra. Andy da coordenação zonal de saúde 2 falando do tema específico da articulação das parteiras no Sistema Nacional de Saúde menciona

(informação verbal) que o fator dos recursos é determinante neste processo, ao indicar que:

Uno de los mayores desafíos es conseguir los incentivos económicos que ellas (parteras) demandan para tener una mejor articulación con el MSP, en todas las reuniones las parteras solicitan tener algún tipo de remuneración por el esfuerzo y el trabajo que realizan, este tema se ha convertido en un nudo crítico para nosotros. Orellana es la única provincia que brinda un incentivo económico a las parteras, pero no desde el Ministerio de Salud, si no desde los gobiernos autónomos descentralizados; Orellana da un incentivo económico a las parteras desde las juntas parroquiales, estos incentivos son gestionados directamente entre las asociaciones de parteras y las autoridades locales, se intenta que estos reconocimientos económicos sean sostenibles y no dependan de la voluntad política. En Napo se está intentando hacer lo mismo, pero es un proceso largo, a pesar de actualmente contar con el apoyo de la Prefecta, es algo que demora un tiempo pues algunas autoridades no dan apertura, aducen que es un tema del MSP, pero si se trabaja conjuntamente se podrían ver mejores resultados. Para mí es complicado cuando me enfrento a las demandas de las parteras, que desean tener los mismos reconocimientos que las de Orellana, pero es una cuestión de voluntad política (ENTREVISTA 3).

A Direção Nacional de Saúde Intercultural tem passado por várias reestruturações no longo de décadas, conforme analisado no Capítulo 1 deste trabalho, essas constantes modificações terminaram por reduzir os recursos destinados à implementação da saúde intercultural; na atualidade esta direção comparte recursos com a unidade de Direitos Humanos, Equidade, Interculturalidade e Participação Social, não tem recursos próprios, o que dificulta seu acionar.

4.1.4. Enfoque intercultural

O foco principal que o manual apresenta no quesito intercultural tem a ver com a complementariedade e a articulação entre os enfoques de saúde (ocidental e ancestral/alternativa). Neste sentido manifesta que:

Para o setor da saúde o desafio fundamental é incorporar transversalmente o enfoque intercultural no modelo de atenção e gestão, e que os recursos da medicina tradicional e das medicinas alternativas sejam complementários (Equador, 2013, p. 45, tradução da autora).

Para operacionalizar a abordagem, intercultural no sistema de saúde no Equador, o MAIS-FCI propõe algumas estratégias fundamentais como: 1) formação e capacitação dos recursos humanos; 2) criar atitudes e condições para garantir uma interação com os usuários, respeitando seus conhecimentos e práticas na saúde; e, 3) adequação cultural dos serviços em conjunto com os

atores da medicina ancestral e alternativa, mesmos que ajudarão a recuperar, fortalecer e potenciar seus saberes e práticas visando a oferta de uma saúde integral (EQUADOR, 2013). Porém o documento não explicita como tais estratégias serão implementadas de forma direta, mas a análise do documento permite caracteriza-las brevemente da seguinte forma.

4.1.4.1. Formação e capacitação dos recursos humanos

Como vários especialistas têm salientado, um dos maiores obstáculos a serem superados na saúde intercultural é a formação e capacitação dos profissionais de saúde. A Academia, com um enfoque meramente biomédico, não oferece disciplinas que analisem ou reflitam sobre a interculturalidade, a coexistência de outras formas de afrontar os processos de saúde-doença, nem reconhece os conhecimentos ancestrais neste sentido; ainda mais, os rejeita considerando-os como inferiores. Das grades de medicina das principais universidades do país que foram analisadas, nenhuma oferece aos alunos disciplinas afines com o tema em questão.

Nesta realidade, e como o MMAIS-FCI já determina, vários cursos de capacitação são fornecidos aos profissionais de saúde em temas de interculturalidade. Existe a diretriz direta para que cada equipe integral de saúde esteja capacitada no tema intercultural e assim possa “se complementar com os recursos humanos da medicina ancestral e alternativa” (ECUADOR, 2013, p.118, tradução da autora). Dita capacitação é oferecida em cursos virtuais que todos os profissionais de saúde, independentemente do nível de atenção devem aprovar. O curso “Interculturalidade, saúde e bom trato” é um requisito obrigatório para os médicos que cursam o ano de saúde rural, espera-se que dessa forma todo profissional que obtém a licença para exercer no país tenha os conhecimentos básicos do enfoque intercultural.

4.1.4.2. Criação de atitudes e condições para garantir a interação com os usuários, respeitando seus conhecimentos e práticas na saúde

Nesta estratégia voltam ao foco muitos dos pontos que foram indicados na análise do MMAIS-FCI, para garantir a interação com os usuários e o respeito à suas práticas na saúde, em primer lugar deve estar garantida a participação das comunidades, das famílias e dos indivíduos. Para isso é preciso que, por um

lado, a comunidade este organizada; e, por outro lado, existam profissionais que sirvam como pontes entre o sistema de saúde e a comunidade, o caso dos TAPSS.

Aliás, o diálogo com os agentes de sabedoria ancestral também é importante no cumprimento desta estratégia, as capacitações que o MSP fornece e as respectivas certificações são um intercâmbio de conhecimentos onde ressalta o respeito à diversidade.

4.1.4.3 Adequação Cultural

A adequação cultural tem a ver principalmente com a adaptação da infraestrutura e equipamento nos estabelecimentos de saúde para brindar atenção culturalmente adequada, evidenciado isso em salas de parto vertical, habitações para hospedagem de pessoas de comunidades distantes ou de difícil acesso, criação de hortas familiares nos mesmos postos de saúde, entre outros.

A criação de sinalização em língua nativa e a presença de profissionais que falam a língua materna das pessoas de povos e nacionalidades também se enquadra dentro deste apartado, a busca por um espaço familiar onde as pessoas se sintam acolhidas ajuda a implementar o enfoque intercultural.

A saúde intercultural é um tema complexo, requer do entendimento de uma realidade diferente, o que demanda também espaços diferentes; para isso, o MMAIS-FCI estabelece que para a prestação de serviços aos grupos familiares y às comunidades, deve existir um espaço físico determinado pela própria comunidade e será identificado como o “espaço de encontro comunitário para à saúde”, neste lugar serão realizadas ações extramurais tais como: férias de saúde, atenção médica programada, etc. sob responsabilidade dos TAPSS.

É importante salientar que a abordagem intercultural diz respeito a coexistência entre o SNS e as diferentes práticas ancestrais existentes, mesmas que respondem a culturas sanitárias distintas, onde os prestadores de saúde têm diversas origens, conhecimentos e formas de entender o processo de saúde-doença. Mas, estes prestadores de saúde compartilham a credibilidade e o reconhecimento dos usuários como profissionais nas suas respectivas áreas. A implementação da interculturalidade, neste sentido, visa reduzir as barreiras culturais de acesso à saúde.

4.1.4.4 A participação como um recurso da comunidade

Ainda dentro do enfoque intercultural, o MMAIS-FCI possui um apartado dedicado aos recursos da comunidade, neste sentido, salienta a importância da participação das famílias, a corresponsabilidade e a integração dos seus recursos e capacidades em função da construção de condições de vida saudáveis. A ênfase é colocada na participação da comunidade na tomada de decisões nos processos de planificação, gestão, avaliação e supervisão na implementação do MAIS-FCI (ECUADOR, 2013).

A participação da comunidade precisa de vários fatores atuando ao mesmo tempo, o MSP ciente da realidade diversa dos povos e nacionalidades indígenas do Equador, criou a figura dos TAPSs, que trabalham dentro das Equipes de Atenção Integral de Saúde como facilitadores na prestação dos serviços de saúde nas comunidades, gestores da implementação do MMAIS-FCI e promotores da participação das comunidades.

4.1.4.5. Os TAPSs na implementação do enfoque intercultural

A partir do indicado, pode se distinguir a figura dos TAPSs e sua importância na implementação da política de saúde intercultural, eles são considerados como o eixo primordial do MAIS-FCI. Estes funcionários pertencem ao primer nível de atenção e sua função é fazer trabalho de campo nas comunidades, visitas domiciliares e captação de pacientes que precisem atenção; além do levantamento de dados das fichas familiares e dos fatores de risco da população, entre outros.

Os TAPS foram vinculados ao MSP no ano 2013, para o 2017 o país contava com mais ou menos 2000 destes funcionários, em fevereiro de 2017 se realizou o primeiro encontro nacional de TAPSs, a então Ministra de Saúde Espinosa (ECUADOR, 2017?) salientou a labor estratégica dos técnicos no seu contato com a comunidade, labor que permitiu fortalecer a participação social e a corresponsabilidade na saúde, como eixos de um modelo de saúde sustentável.

A formação dos TAPSs é responsabilidade de três instituições: o MSP, a Secretaria Nacional de Educação Superior, Ciência Tecnologia e Inovação e o Instituto Equatoriano de Crédito Educativo e Bolsas. Durante dois anos as

peçoas que foram selecionadas desde o MSP para se formarem como TAPS devem receber uma formaçoão 40% teórica e 60% prática, nas comunidades.

Os TAPSs são uma espécie de ponte entre o MSP e a comunidade, muitas vezes são pessoas das próprias comunidades que conhecem as realidades desde dentro; eles vão como bolsistas até os centros de formação e depois voltam para aplicar os conhecimentos adquiridos como funcionários do MSP. Seus objetivos principais são a promoção da saúde e a prevenção das doenças. Em palavras da Dra. Andy, responsável pelo enfoque intercultural na Zona 2:

Una de las estrategias que se ha montado desde hace varios años en las unidades operativas es la creación de la figura de los técnicos de atención primaria de salud, ellos pertenecen a las comunidades y son nuestros vínculos con la comunidad, nos ayudan a difundir los programas y proyectos; estos técnicos son nuestros voceros en las comunidades, gracias a ellos podemos llegar a más personas. Los técnicos de atención primaria en la salud realizan las visitas domiciliarias junto a los agentes ancestrales y las parteras, todos ellos realizan un trabajo voluntario (ENTREVISTA 3).

O MMAIS-FCI ressalta que uma das suas estratégias é a formação dos TAPSs, eles são funcionários do MSP que:

(...) apoiarão e integrarão a equipe integral de saúde, são pessoas da comunidade, quem desenvolverá atividades de promoção da saúde, prevenção das doenças ou complicações, e notificarão à equipe se identificarem algum risco potencial na comunidade (ECUADOR, 2013, p. 117, tradução da autora).

Cada comunidade deveria contar com um TAPSs, eles ajudam ao desenvolvimento de todas as atividades programadas na Rede Social Comunitária. Para ser um TAPS a obrigatoriedade de possuir o aval da comunidade é imprescindível, os líderes comunitários elegem a alguém que possa cumprir esse papel conforme sua trajetória e serviço em território. Estes profissionais recebem formação contínua dentro das unidades básicas de saúde, com o intuito de garantir o conhecimento necessário das práticas e protocolos da saúde ocidental e uma maior participação da comunidade nos processos de saúde-doença.

Existe um nó crítico na relação dos TAPSs e o MSP, o tema do vínculo contratual-laboral, no início os TAPSs atuavam como voluntários do MSP e segundo o MAIS-FCI eram os municípios e distritos os responsáveis pelo reconhecimento do seu trabalho “na forma que eles acordarem, sob seus usos e costumes” (ECUADOR, 2013, p.171, tradução da autora). Sendo assim, muitas

vezes os TAPSs não recebiam remuneração alguma por seu trabalho e não eram considerados funcionários do MSP.

Desde o 2016 os TAPSs foram vinculados como recursos humanos do MSP, mas continuam na luta por o reconhecimento dos seus direitos trabalhistas e sua função dentro do SNS. Este é um problema atual que está sendo discutido na Assembleia Nacional, pela ação do Colégio Nacional dos TAPSs do Equador, com Danny Choez na presidência, quem para o desenvolvimento de esta pesquisa brindou uma entrevista em que indicou (informação verbal):

Desde el 2016 venimos laborando dentro del Ministerio como parte del Sistema Nacional dentro del primer nivel de atención, actualmente actuamos en las unidades de salud de primer nivel, en los centros de salud tipo C y tipo B, estamos estratégicamente laborando en las unidades de salud en donde ha existido mayormente la dificultad de que las comunidades, el individuo o la familia tengan acceso a la salud pública, nosotros disminuimos e intentamos eliminar esas grandes barreras que han existido entre la comunidad y los servicios de salud (ENTREVISTA 6).

Sobre o papel que desenvolvem os TAPS na implementação da saúde intercultural, o entrevistado manifesta que:

Por el propio hecho de que los TAPS, desde su perfil son profesionales que deben ser parte de la comunidad, justamente por eso conocemos tanto la cultura mismo como el idioma. Existían situaciones en las cuales la salud no llegaba como tenía que llegar a las comunidades, ya sea por el idioma, ya sea porque las comunidades tienen miedo a llegar a los servicios de salud por diferentes situaciones, incluso por la propia cultura, en donde sus ancestros tenían para curarse determinadas costumbres para curarse, para sanarse, para parir. En estas realidades el TAP juega un papel sumamente importante. [...] Nos ha costado bastante, incluso por el mismo sueldo que recibimos, por la labor que hacemos y los recorridos en territorio; nos han picado culebras, nos han picado tarántulas, pero lo hacemos, es parte del trabajo en comunidad. (ENTREVISTA 6).

O papel que os TAPSs desenvolvem na implementação do MMAIS-FCI e no quesito intercultural é transcendental, ao ser parte das próprias comunidades e trabalhar desde e para elas, se convertem em uma ponte que ajuda a brindar a saúde de uma forma mais respeitosa. Atualmente os TAPSs se encontram em uma luta por se manter como profissionais dentro do MSP, só existiram duas turmas que formaram quase 2 mil profissionais; mas segundo informes técnicos da Associação de TAPS, é preciso aproximadamente 10 mil profissionais para abastecer a demanda real do país. Por sua importância dentro da implementação da saúde intercultural e sua cercania com as comunidades, os TAPSs foram selecionados como sujeitos de estudo nesta pesquisa.

4.1.4.6. Os agentes da medicina ancestral

São conhecidos como agentes da medicina ancestral, agentes comunitários de saúde ou sábios da saúde ancestral o educador de saúde, a parteira comunitária, o promotor da saúde comunitário, os curandeiros, yachaks, cuypiyachaks, hierbateros, sobadores etc. Todos esses sábios coexistem com o SNS e podem trabalhar em conjunto com o MSP sempre que aprovem uma certificação em saúde, os cursos de certificação até a atualidade são majoritariamente oferecidos para as mamas parteiras, para o 2020, 1351 mamas parteiras tinham sua certificação (ECUADOR, 2020).

Quando os gestores comunitários ou agentes da medicina ancestral tem a certificação do MSP, não são parte dele, só tem um reconhecimento de que podem realizar suas atividades em saúde em conjunto ao SNS; não são trabalhadores do MSP nem recebem salário ou reconhecimento por seu trabalho. Embora o MMAIS-FCI determine que poderão receber insumos, equipes e materiais dependendo da sua função na saúde comunitária, esses implementos vão desde canetas até produtos de higiene e sanitização e manuais ou guias de saúde (ECUADOR, 2013), mas não contempla recursos financeiros, já que o sistema de pagamento entre os gestores comunitários e a comunidade é diferente e vai acorde a seus costumes.

Os objetivos de trabalhar em conjunto com os gestores comunitários, segundo o MMAIS-FCI são:

- a. Ser o vínculo entre o Sistema Nacional de Saúde e as comunidades.
- b. Acompanhar e fortalecer os processos de promoção da saúde a nível local.
- c. Participar no diagnóstico, priorização, planificação e execução das atividades dos Planos Locais de Saúde.
- d. Estabelecer mecanismos de coordenação/diálogo entre os terapeutas tradicionais e os serviços de saúde.
- e. Liderar o processo de informação, educação, comunicação dentro da comunidade para a mudança de conhecimentos, atitudes e práticas.
- f. Apoiar o estabelecimento de um sistema de referência e contrarreferência entre os serviços de saúde e a comunidade (Ibidem, p.124, tradução da autora).

O trabalho com os gestores pode ser feito, segundo as indicações do MMAIS-FCI, de dois formas: diretamente com o estabelecimento de saúde ou através dos TAPSS em coordenação com os gestores de saúde comunitária e outros atores (promotores de saúde e seus planos comunitários de saúde,

terapeutas tradicionais como agentes de saúde local, juntas administradoras da água, sistemas de informação comunitária de saúde, responsáveis do manejo de lixo na comunidade). Cada equipe de atenção integral em saúde deve ter seu próprio plano para trabalhar com os gestores comunitários onde saliente o diagnóstico inicial da comunidade e conte com um listado dos gestores comunitários capacitados e reconhecidos pela comunidade e as prioridades de atenção (ECUADOR, 2013).

Os profissionais de saúde tem algumas diretrizes que seguir para trabalhar em conjunto com os agentes comunitários de saúde, entre elas estão: sensibilização e capacitação ao pessoal de saúde para o trabalho com as comunidades e com os agentes comunitários de saúde; promoção para a criação de associações de agentes comunitários de saúde na busca por uma relação horizontal; incorporar à mesa de concertação aos diferentes agentes comunitários de saúde; incentivar a participação dos agentes comunitários no processo de planificação de saúde nas comunidades.

A promoção para a criação de associações de agentes comunitários, especificamente das parteiras reconhecidas pelo MSP é uma das diretrizes que melhor tem sido desenvolvida. Para o 2020 existiam 1352 parteiras certificadas, pertencentes à diferentes associações do país (EQUADOR, 2020). A institucionalização das parteiras em associações é uma ferramenta fundamental para a luta pelos direitos, nas palavras da Dra. Andy:

Es importante hacer valer los derechos, empoderar a las parteras, recomendarles que creen una asociación, que sean jurídicas para que con ello puedan reclamar sus derechos dentro de los derechos colectivos y no vean vulneradas (ENTREVISTA 3)

4.1.5. Avaliação de resultados

A avaliação dos resultados da implementação do MAIS-FCI tem a ver com o enfoque integral na atenção e a produtividade nos serviços de atenção, mensurada no número de atenções, número de fichas familiares, coberturas obtidas etc. O objetivo primordial é obter resultados de alto impacto social no nível distrital e zonal (EQUADOR, 2013).

Ao falar de resultados de alto impacto social, o MMAIS-FCI faz referência à melhora nas condições de saúde da população, essas melhoras deveriam ser mensuráveis e verificáveis em indicadores como: redução de mortes e deficiências evitáveis, diminuição da morte materno-infantil, diminuição de

doenças prevalentes, e potenciação das condições, estilos de vida e espaços saudáveis, etc. Teoricamente, esses resultados deveriam estar alinhados com os objetivos do Plano Nacional de Desenvolvimento, para assim dar uma lógica ao planejamento nacional no quesito saúde, e assim mesmo, deveriam ser atualizados conforme o Plano é atualizado, mas já foram apresentados três Planos Nacionais diferentes nos últimos 9 anos; e o MAIS-FCI não tem atualização desde o 2012, também não existiu até agora uma avaliação de resultados apresentada pelo MSP no que respeita à saúde intercultural em relação ao MAIS-FCI ou aos Planos.

4.1.6. Fases e atividades na implementação do MAIS-FCI

O MMAIS-FCI apresenta as diferentes fases de planificação, organização e execução na implementação, mas, mesmo tentando ser um documento completo e até rígido neste sentido, ainda no ano 2021 os funcionários do MSP estão no processo de implementação do modelo. A Lcda. Lema, responsável do enfoque intercultural no Distrito de Saúde de Cotacachi, pertencente à Direção zonal 1 disse o seguinte sobre o assunto (informação verbal):

Trabajamos también en la implementación del modelo de atención MAIS-FCI que nos indica que debemos trabajar con el enfoque intercultural en salud, (...) su última actualización fue en el 2012 pero aún nos encontramos intentando operativizarlo en las comunidades (ENTREVISTA 4).

Enquanto as atividades para implementar o MAIS-FCI no SNS, o documento oferece uma série de diferentes opções dependendo das fases de atenção e sua capacidade resolutiva, assim como as ferramentas que poderiam ser utilizadas em cada atividade. Este ponto é muito prático para os servidores de saúde, já que esclarece como e com que recursos implementar. Também oferece diretrizes para os níveis médios relacionados à organização das equipes de saúde, a quantidade de postos que deve existir e o número de funcionários por quantidade de população, sempre indicando que todas as equipes de atenção integral em saúde devem coordenar com os gestores comunitários em saúde (educador de saúde, parteira comunitária, promotor da saúde ou líder comunitário, curandeiros, yachak, cuypiyachak, hierbateros, sobadores etc.).

O MMAIS-FCI procura ser tão completo que inclui vários anexos que explicitam, entre outras coisas, como fazer as atividades de campo com as comunidades e brinda também as fichas modelo para serem preenchidas nas

visitas domiciliares e nas atividades extramurais, onde se detalha as atividades, os responsáveis, o tempo, os materiais e recursos a serem utilizados em cada caso particular.

4.2. ACORDO MINISTERIAL 0082-2017

Em maio do 2017, a então ministra de saúde, Verónica Espinoza, assinou o Acordo Ministerial 0082-2017 com o Regulamento para a Implementação do Enfoque Intercultural nos Estabelecimentos de Saúde do Sistema Nacional de Saúde, na Atenção, Referência, Derivação, Referência Inversa e Contra Referência aos Usuários/Pacientes Provenientes de Comunidades de Difícil Acesso, documento que tem por objetivo regular a inclusão do enfoque intercultural em todo o SNS, principalmente para as pessoas das comunidades de difícil acesso, com o intuito de diminuir as barreiras e garantir o exercício do seu direito à saúde integral (ECUADOR, 2017).

O acordo 0082 constitui um dos mais importantes referentes para a implementação do enfoque intercultural e ajuda a sua articulação no sistema nacional de saúde de forma muito específica. O documento define o enfoque intercultural como:

O entendimento da vivência da saúde como um processo construído desde as cosmovisões, imaginários e práticas culturais, como a medicina ancestral, e em particular na saúde sexual e reprodutiva (Ibidem, p. 2, tradução da autora).

Sendo assim, o enfoque intercultural abrange de forma integral a ideia de diversidade cultural e entende a experiência de saúde e doença como o resultado de um processo cultural específico, dentro do qual o respeito pelas diferentes práticas e a igualdade entre elas deveria ser o centro. Nesta definição é dada uma ênfase especial à saúde sexual e reprodutiva porque o papel das parteiras e do parto culturalmente adequado é um dos temas mais desenvolvidos dentro do MSP, assim como o mais bem organizado e difundido, como será explicado posteriormente.

4.2.1. Âmbito de aplicação do Acordo

O regulamento trata das pessoas que pertencem a comunidades de difícil acesso, mas sendo que essas comunidades não se encontram taxativamente catalogadas, e depende das direções distritais sua identificação, delimitação

territorial e setorização; entendessem que a maioria das comunidades indígenas e povos originários se encontram nesta categoria.

Pablo Ortiz (2020) no capítulo Equador do livro intitulado “Mundo Indígena: 2020”, indica que a maior parte dos indígenas equatorianos, os Kichwas andinos, vivem principalmente nas 6 províncias da serra centro-norte do país, deles 78,5% habita na zona rural; por outro lado os Shwar têm maior presença nas 3 províncias da Amazônia centro-sul, eles junto com o povo Cofan, Saapara, Siona, Siekopai, Shiwiar, também da Amazonia, vivem em um 90% nas zonas rurais e nas zonas de parques ou reservas naturais; os Tagaeri e Taromenane, povos em isolamento voluntário, moram em zonas declaradas intangíveis do território; os povos afroequatoriano, montubios, Épera e Manta se encontram principalmente na costa do país, em sua maioria nas zonas rurais (ORTIZ, 2020). Sendo o Equador um país em vias de desenvolvimento, com um PIB por abaixo da média dos países latino-americanos, falar de zonas rurais é falar de zonas de difícil acesso, nossos povos e nacionalidades ocupam seus territórios originários, territórios isolados, com poucas vias acessíveis; essa realidade se aprofunda nas comunidades da Amazônia.

Frente ao contexto acima descrito, o Acordo 0087 pode e deve ser implementado em todas as comunidades onde habitam povos e nacionalidades indígenas, visando a um acesso à saúde universal, acorde ao princípio de interculturalidade.

O documento em análise indica vários aspectos em detalhe que contribuem para a implementação da política e que não estavam contemplados no MAIS-FCI nem no manual, tais como o uso de recursos linguísticos, comida e hospedagem, vestimenta, mobilização e transporte, articulação da biomedicina com a medicina ancestral para o cuidado integral e até prevê como deve ser o processo de alta para pacientes de comunidades de difícil acesso, assim como o seguimento aos usuários/pacientes e a atenção domiciliar (ECUADOR, 2017).

4.2.2. Recursos Linguísticos

O Acordo dispõe que todo o pessoal administrativo e os profissionais da saúde que brindam qualquer serviço dentro do SNS aos usuários/pacientes que pertencem a comunidades de difícil acesso, deveriam conhecer palavras e expressões básicas da língua utilizada pelas comunidades da zona na qual se

encontra o serviço de saúde (posto, hospital etc.) com o intuito de facilitar a atenção e a aproximação com o paciente e sua família.

Levando em conta os desafios que isso implicaria, o Acordo determina que o profissional ou administrativo, em caso de não falar a língua nativa das comunidades, deve responder em espanhol claro e entendível a todas as dúvidas que o paciente ou a família apresentem no atendimento e se for necessário o uso de dicionários (elaborados pela Direção Nacional de Saúde Intercultural) ou a intermediação com os facilitadores linguísticos deve ser ativada.

A figura do facilitador, intérprete ou mediador cultural deve ser utilizada no caso de o paciente/usuário não falar espanhol e esse papel pode ser desempenhado por um familiar, dirigente comunitário ou TAP que conheça a língua nativa. O Acordo é muito ambíguo neste ponto e deixa observar que, na realidade, esses facilitadores não estão organizados, não podem ser identificáveis e também podem ou não ser parte do SNS, dependendo do caso eles existem ou não. Sobre isso, a entrevistada Dra. Inga, responsável pelo enfoque intercultural na direção zonal 3 diz (informação verbal):

Fue casi una obligación la autocapacitación en el idioma kichwa básico, los saludos, las palabras básicas, porque, y siguiendo con la comparación, si estás en el extranjero y alguien te saluda en tu idioma, sientes inmediata identificación, te sientes bien, te sientes parte del lugar. Esto concientizó un poco a los profesionales, comenzaron a saludar a los usuarios en su propia lengua, eso fue un logro significativo en el personal operativo que quedó implementado. [...] puede parecer que no, pero el idioma es uno de los elementos más importantes en la implementación de salud intercultural, pero no tenemos un compromiso de los profesionales en este aspecto, es muy débil la salud intercultural (ENTREVISTA 5).

A Dra. Andy, com o mesmo cargo na direção zonal 2, diz ao respeito:

Cabe mencionar que una de las barreras que tienen los profesionales de salud es el idioma, en Napo la mayoría de la población habla kichwa, los profesionales no conocen el idioma y se dificulta la atención; por ello es tan importante el intercambio de experiencias, donde se intenta que el profesional tenga un acercamiento a la lengua, a la alimentación, a la cultura de la población que atiende; así puede entender varios aspectos y comportamientos en la comunidad, como por ejemplo, porque una persona toma una bebida determinada y cómo hacer que ésta acompañe a la medicación (ENTREVISTA 3).

Dentro dos recursos linguísticos, o ponto forte e que se evidencia na totalidade de centros de atenção do SNS é a sinalização, apresentada em espanhol e na língua das nacionalidades e povos presentes no território onde se

encontra dito centro, assim procuram facilitar o acesso à saúde nesta população; mas outro empecilho se apresenta na frente: segundo estudos do Instituto Nacional de Estadísticas e Censos (INEC, 2010a), em média 27,3% da população indígena é analfabeta, por tanto não vai conseguir ler a mencionada sinalização.

Fica evidente o esforço que o MSP vem realizando com a criação de Acordos, Decretos, Manuais e Modelos; mas também, fica evidente que a atenção aos povos e nacionalidades indígenas deve ser integral, nos campos da educação, da economia, da vivenda, e claro da saúde, para falar de uma verdadeira integração em um país intercultural e plurinacional como o Equador.

4.2.3. Comida e Hospedagem

O Acordo Ministerial 0082, neste apartado, salienta a importância de entender a interculturalidade como algo integral, que vai além do atendimento por uma determinada doença e que procura compreender o mundo onde essa pessoa está inserida, assim, recomenda aos profissionais de saúde ter o conhecimento do régimen alimentício das pessoas das comunidades que atendem com o intuito de fazer recomendações nutricionais de acordo com as realidades de cada comunidade (ECUADOR, 2017, p. 3-4).

A comida e a hospedagem são extensíveis aos familiares do paciente até que ele possa retornar a sua comunidade e devem ser gerenciados pelo trabalhador social ou o funcionário designado para isso, neste ponto evidencia, de novo, que não há profissionais específicos para realizar o trabalho em questão, e que depende do que cada instituição de saúde determina no momento de precisar esse serviço, o que torna mais difícil o seguimento ou monitoramento da implementação da política.

Sobre as mulheres grávidas e parturientes especificamente, o Acordo dispõe que os profissionais de saúde brindem a elas no trabalho de parto, parto e pós-parto as facilidades para o ingresso e consumo de alimentos e bebidas, conforme a sua realidade cultural, tal como determina na Guia Técnica para a atenção do Parto Culturalmente Adequado.

4.2.4. Vestimenta

Neste ponto, o Acordo indica que os profissionais de saúde dos estabelecimentos que atendem pessoas das comunidades e povos indígenas de difícil acesso devem permitir aos pacientes/usuários o uso da sua vestimenta tradicional, levando em conta que ela é um signo fundamental da sua cultura e identidade, sempre que isso não coloque em risco a vida da pessoa enquanto a higiene e biossegurança. Em qualquer caso, podem ser feitas adequações procurando o respeito a cultura da comunidade do paciente/usuário.

4.2.5. Mobilização e Transporte

Sobre a mobilização e transporte, o documento analisado manifesta que no caso que o paciente/usuário em estado de saúde crítico precise ser trasladado a outro estabelecimento de saúde, deve ser trasladado em transporte institucional do MSP; no caso de precisar ser trasladado a seu domicilio na comunidade de difícil acesso, a gestão desse transporte deve ser feita por a autoridade local em conjunto com o distrito de saúde.

4.2.6. Articulação do sistema de saúde biomédico com a medicina ancestral

O Capítulo VI do Acordo 0082 é um dos mais importantes na discussão da saúde intercultural porque trata a articulação do sistema de saúde biomédico com a medicina ancestral, para alcançar uma atenção integral. Para esta articulação dois fatores devem ser tomados em conta: por um lado, o reconhecimento do sistema de medicina ancestral e por outro lado, a articulação dos homens e mulheres de saúde ancestral com o SNS.

Neste sentido e para garantir que os profissionais tenham o conhecimento que permita a implementação da saúde intercultural no país, o Acordo obriga a todo o pessoal que trate com pessoas de povos e nacionalidades indígenas, a serem aprovados no curso virtual sobre Saúde Intercultural, oferecido pelo MSP. Desde o 2016 até abril de 2019 (último dado registrado) se ofertaram 5 editais do curso, com um total de 52.472 profissionais aprovados (CERD, 2019).

Neste curso se capacita aos profissionais para coordenar e intercambiar conhecimentos com os homens e mulheres de sabedoria da medicina ancestral, mediante o diálogo de saberes. Este diálogo é muito importante e oferece um espaço para ter um encontro entre iguais com os sábios ancestrais, assim como

evidencia a responsável pelo enfoque intercultural da Coordenação Zonal 6, Dra. Cabrera:

Algo que me parece muy importante es el diálogo de saberes que hemos conseguido mantener entre los agentes de medicina ancestral y los profesionales de salud, a través de estos diálogos conseguimos avanzar, aunque sea de a poco; como resultado de estos momentos varios profesionales se interesan por el tema intercultural y les gusta, además muchos se han dado cuenta que lo que hacen los compañeros y compañeras agentes es similar a lo que hacemos los profesionales de salud.

En una ocasión en este diálogo de saberes estaban presentes los agentes, las parteras y los profesionales ginecólogos; una de las compañeras se percató y decía –pero si la partera está haciendo las maniobras de Leopold, ¿ella sabe que está haciendo las maniobras de Leopold? -, entonces yo le dije no sabe el nombre técnico, pero sabe cuándo y cómo usarlas, y sí, eran las maniobras de Leopold. Ese tipo de reconocimiento del saber del otro es necesario y para llegar a él hace falta una reflexión desde la propia formación de los profesionales de la salud para poder brindar atención de calidad donde hay diversidad de la población (ENTREVISTA 2).

Estes espaços de encontro com os profissionais da saúde e os sábios das comunidades, antes da pandemia eram realizados de forma presencial nos próprios postos de saúde ou nos espaços que a comunidade destinava para essa finalidade. No contexto da pandemia causada pela COVID-19, esses encontros foram cancelados, e, em poucas comunidades, os responsáveis pela saúde intercultural nos postos de saúde e nas direções conseguiram fazer encontros on-line, pelas próprias limitações no quesito conectividade presentes nas comunidades. Mesmo antes desta limitação os responsáveis nas direções já identificaram outros limitantes para a realização deste “diálogo de saberes”. Assim identificou a Dra. Cabrera:

Como le comentaba, en la época del censo salimos puerta a puerta para identificar a los agentes, una vez que les teníamos identificados, se les invitaba a participar en el intercambio de saberes en coordinación con los establecimientos de salud del área a la que correspondían. Como coordinación zonal 6 de salud tenemos 450 agentes ancestrales de salud identificados, de los cuales 250 poseen lo que llamamos certificación comunitaria, esta certificación se obtiene a partir de un trabajo en asambleas en donde la comunidad identifica y reconoce a estos agentes como parteras, hierbateros, etc. A la par, en diálogos o intercambios de conocimiento de los que le comenté, a los que estos agentes acuden de forma voluntaria, porque no tenemos fondos para darles ningún tipo de incentivos, al finalizar el año, como coordinación les otorgamos certificados de asistencia (ENTREVISTA 2).

Essa falta de incentivo traz consigo a relutância dos sábios ancestrais em participar neste tipo de encontros, não porque haja algum interesse envolvido, mas pelas próprias dificuldades que os sábios devem enfrentar para participar

nestes encontros (mobilização, barreiras de idioma, preconceitos etc.). Esta realidade foi apresentada anteriormente com o caso das parteiras.

Na medicina ancestral as bênçãos e limpezas energéticas ou curas feitas pelos shamanes, curandeiros, hierbateros e demais sábios ancestrais, são uma prática comum e até imprescindível quando a pessoa sente mal-estar. Os profissionais do sistema de saúde biomédico devem permitir que essa prática ancestral seja executada nos estabelecimentos de saúde brindando todas as facilidades necessárias; de não poder ser realizado o atendimento no estabelecimento de saúde, os profissionais estão permitidos a facilitar a saída e o retorno do paciente/usuário desde estabelecimento de saúde até o lugar onde o sábio ofereça as curas (EQUADOR, 2017).

Com o intuito de brindar uma atenção integral, os profissionais de saúde, previa autorização do paciente/usuário, estão facultados para intercambiar com os gestores comunitários informação sobre o estado do paciente, de uma forma clara e simples, procurando uma atenção integral e complementar para restabelecer a saúde no paciente.

4.2.7. O Processo de Alta

Levando em conta que os pacientes/usuários provenientes de comunidades de difícil acesso, que são parte de povos ou comunidades indígenas tem uma cosmovisão diferente do processo de saúde-doença, o Acordo visa abarcar todas as particularidades possíveis neste processo, sendo assim, estabelece um capítulo inteiro para o caso da alta a estes pacientes.

Neste capítulo é considerado o tema da alta voluntaria, quando a pessoa em base a suas considerações culturais solicita a alta, o pessoal de saúde é obrigado a concedê-la, excetuando o caso de perigo à saúde pública ou quando a integridade física ou psicológica do paciente/usuário corra risco imediato.

Por outro lado, pensando no momento posterior ao atendimento dos pacientes/usuários provenientes de comunidades de difícil acesso, o Acordo estabelece como dever ser feito o seguimento nestes casos, onde os profissionais de saúde devem manter uma comunicação com os sábios da saúde das comunidades sobre o estado do paciente.

No caso do paciente que precise atenção de emergência e se negue a acudir a um estabelecimento de saúde, as equipes de atenção integral de saúde

devem oferecer a atenção requerida de forma domiciliaria, sempre informando à família do paciente e aos líderes comunitários, assim como aos sábios da saúde sobre os riscos aos que fica exposta a pessoa que precisando, não procura os serviços de saúde. Mas em nenhum caso, o paciente pode ser obrigado a receber a atenção médica, no caso de aceitar ser atendido, os profissionais da saúde devem fazer o posterior seguimento do paciente.

O Acordo 0082 tenta ser bastante abrangente e claro sobre como deve acontecer a implementação do enfoque intercultural no Equador, pelo menos no caso das comunidades de difícil acesso. Porém, fica limitado por quanto tem comunidades, povos e nacionalidades indígenas que não vivem em territórios de difícil acesso e também porque existem muitas pessoas pertencentes a esses grupos humanos que vivem nas cidades. Como deve ser a prestação de saúde nestes casos não fica claro, mas o enfoque intercultural, em princípio deveria ser implementado em todos os níveis e em todo o território. Sendo assim, o Acordo deveria ser aplicável em qualquer instituição de saúde do país.

Já na observação se torna evidente que o enfoque intercultural possui várias limitantes, desde a assinação de recursos, responsáveis de execução, formação dos profissionais da saúde e barreiras linguísticas, até a folclorização do tema ressaltando aspectos pitorescos como a celebração dos Raymis³, valorização da vestimenta ou comidas; mas, sem articular realmente toda a cosmovisão nem as práticas dos povos nos processos de saúde-doença.

Se evidencia também, como uma limitante, a priorização em certas áreas específicas da saúde, como o caso da saúde da mulher gestante, contemplado na Guia Técnica para a Atenção ao Parto Culturalmente Adequado, documento que será analisado a continuação.

4.3. GUIA TÉCNICA PARA A ATENÇÃO AO PARTO CULTURALMENTE ADEQUADO

A Guia Técnica para a Atenção ao Parto Culturalmente Adequado é um documento subsidiário para a análise da implementação da política de saúde

³ Os Raymis são festas andinas celebradas em solstícios e equinócios, principalmente pelos povos Kichwas. Existem 4 Raymis: Inti, Kayak, Pawcar e Coya Raymis as festividades se relacionam diretamente com a natureza e o processo de lavoura, são rituais de agradecimento ao sol, lua e terra.

intercultural no Equador; embora trate-se de saúde intercultural, é de uma parte muito específica dela, a saúde da mulher grávida e o atendimento diferenciado que por conta da sua identidade cultural deve receber na gravidez, parto e pós-parto.

O documento foi criado em agosto de 2008, pelo MSP como estratégia para a redução da morte materna e neonatal considerada uma política prioritária dentro do Ministério e que pretendia reduzir a morte materna em um 30% e a morte neonatal em 35% para cumprir com os objetivos do milênio. Na elaboração da guia participaram profissionais da saúde: médicos, obstetras, ginecologistas e enfermeiras; também sábios ancestrais: parteiras e curandeiros; assim como antropólogos e membros da sociedade civil, com a finalidade de ter uma visão completa da realidade a ser regulada (ECUADOR, 2008d).

Segundo os dados apresentados na Guia, a maioria de mulheres e recém-nascidos que morrem por problemas decorrentes da gravidez, parto ou pós-parto são indígenas ou afroequatorianas, pobres e que moram principalmente nas áreas rurais do país (Ibidem).

As necessidades socioculturais diferenciadas das mulheres indígenas e afroequatorianas demandavam por décadas uma atenção igualmente diferenciada; na falta dela, as mulheres preferiam não acudir aos centros de saúde do MSP e parir nas casas, com as parteiras, o que as colocava em risco. Essa realidade obrigou a criar mecanismos de articulação entre a atenção institucional de saúde e as práticas ancestrais das diferentes comunidades no Equador.

A atenção ao parto culturalmente adequado involucra a atenção da mãe e do recém-nascido e tenta incluir nela o enfoque intercultural, de gênero, direitos e equidade na busca pela maior participação destas mulheres na atenção institucional do parto. Dos últimos dados que o país conta a partir do Censo Demográfico e de Saúde Materno Infantil, levantado no 2004 e publicado no ano seguinte, se evidencia que um 40% das mulheres localizadas em províncias como Bolívar, Chimborazo, Cotopaxi e Esmeraldas, e um 30% das mulheres amazônicas pariram seus filhos em casa, em condições consideradas de risco (CEPAR, 2005).

Muitas das razões pelas quais as mulheres decidem não acudir às instituições de saúde para o atendimento ao parto tem a ver com as diferenças

e barreiras culturais que encontram nestes estabelecimentos relacionadas com um complexo conjunto de conhecimentos, atitudes e práticas (Ibidem, p.33). Para enfrentar essa realidade se fez necessária uma mudança estratégica na atenção biomédica, a Guia apresenta os principais elementos para essa mudança no que tem a ver com: o atendimento interpessoal para a usuária e sua família; o acompanhamento durante o parto; a livre posição no parto; o uso de agasalhos e vestimenta tradicional; o acesso a alimentos; direito a informação; e, devolução da placenta (ECUADOR, 2008d).

4.3.1. Atendimento interpessoal

A Guia determina que o atendimento interpessoal é o ponto primordial na atenção, a forma como o pessoal de saúde se relaciona com as mulheres indígenas e afrodescendentes na gravidez, parto e pós-parto deve evitar o relacionamento vertical, onde os fatores poder, raça e classe sejam utilizadas em detrimento das mulheres. O atendimento segundo a Guia deveria ser cordial e sumamente respeitoso com a realidade social e cultural da paciente/usuária e sua família (ECUADOR, 2008d). O racismo, fruto do processo histórico colonial é um problema grande a ser enfrentado para conseguir este trato mais respeitoso, as construções étnico-raciais e coloniais arraigadas na sociedade equatoriana devem ser combatidas para conseguir uma verdadeira mudança que seja traduzida em políticas públicas viáveis e os profissionais de saúde devem acompanhar essas mudanças.

4.3.2. Acompanhamento

Sobre o acompanhamento durante o parto, a Guia estabelece que, respondendo à cosmovisão indígena na qual a saúde é uma questão holística, onde o cuidado da saúde inclui o cuidado do corpo, a proteção do espírito e o resguardo das emoções, contexto onde o parto é um evento social que tem a ver com a comunidade inteira e seus conhecimentos; a mulher e a parteira são consideradas protagonistas e como tal devem ser tratadas.

No ambiente hospitalar a mulher indígena ou afroequatoriana é colocada sozinha na frente de um sistema que desconhece suas tradições e não leva em conta sua cultura; por causa disso, a Guia determina que a mulher possa estar

acompanhada do marido, irmã, mãe ou parteira e que receba as visitas que deseje, sempre que sua saúde e a do filho ou filha estejam estáveis.

4.3.3. Livre Posição

O tema da livre posição no parto é também abordado na Guia e conforme as necessidades e requerimentos das mulheres indígenas e afrodescendentes do Equador, se salienta a importância de deixar que a mulher escolha a posição que ache mais confortável, respeitando a fisiologia natural do parto, a forma vertical e suas variantes. Para isso, as adequações pertinentes que devem ser feitas nas instituições de saúde com os implementos físicos necessários e a capacitação para este tipo de atendimento também é indicada na Guia.

4.3.4. Vestimenta e agasalho

A vestimenta e o agasalho que as mulheres decidem utilizar na hora do parto conforme indica sua cultura e suas tradições deve ser respeitada. Para os indígenas, da serra principalmente, o tema da temperatura corporal é um elemento muito importante na saúde, por isso um equilíbrio entre o frio e o calor na hora do parto pode ser determinante. A vestimenta hospitalar, segundo as mulheres indígenas, é fria e faz que percam a força necessária na hora de parir, assim também a habitação hospitalar e o leito onde a mulher fica com seu filho ou filha não é um lugar cálido, conforme é a habitação tradicional na sua casa, perto do fogo, onde ganham seus filhos da forma tradicional, por isso é indispensável criar condições culturalmente adequadas para estas mulheres no momento do parto.

4.3.5. Alimentação

O tema da alimentação na hora do parto e no pós-parto na medicina ancestral é importante, já que proporciona a força que a mulher precisa nestes momentos; mas, para a medicina ocidental implementada no Equador, a mulher não pode ingerir nenhum tipo de alimento desde que ingressa na instituição de saúde se se encontra em trabalho de parto. Isso é diferente para as mulheres de comunidades ou povos indígenas e afros do Equador, a Guia indica aos profissionais de saúde que a mulher pode e deve ser alimentada se assim requer no trabalho de parto e no pós-parto, sempre que sua saúde esteja estável.

4.3.6. Informação

O assunto da informação é um tema central, a mulher e sua família tem o direito de receber a informação sobre o que está acontecendo na hora do parto e do pós-parto em uma linguagem clara e entendível; assim como os profissionais da saúde tem o dever de estar informados das disposições desta Guia e da sua implementação para brindar às mulheres as opções requeridas na hora do parto segundo sua cultura.

4.3.7. Placenta

Para algumas culturas do Equador existe a “personificação” da placenta, neste sentido, existem vários ritos e cerimônias que são realizadas com esse órgão depois do parto e que tem relação com o futuro da vida do recém-nascido segundo as crenças ancestrais. Desta forma, se faz imprescindível a devolução da placenta para as mulheres e famílias que assim requeiram, considerando os protocolos de biossegurança necessários (ECUADOR, 2008d).

4.3.8. O papel das parteiras e parteiros

Por outro lado, o protagonismo que as parteiras e os parteiros adquirem neste Guia se faz evidente e é importante para a implementação do parto em livre posição, e na política de saúde intercultural como um todo. Ainda que a prática destes agentes de saúde intercultural não é um serviço fornecido dentro do MSP e estes sábios não sejam parte do sistema de nacional de saúde. O mesmo acontece com os shamanes, curandeiros, cuypachaks e demais sábios da medicina ancestral.

4.3.9. Organização e normativa

O Guia, no intuito de abarcar na sua totalidade o tema do parto culturalmente adequado, trata sobre como deveriam estar organizadas as instituições de saúde para brindar este serviço. Desde o componente humano e sua capacitação, até os recursos materiais (insumos, equipes e medicamentos) que devem possuir de forma que a atenção esperada seja oferecida.

Em relação à normativa propriamente dita, o Guia estabelece 15 diretrizes para ser implementadas na hora do parto que sintetizam todas as indicações anteriormente mencionadas, desde o recebimento no estabelecimento de saúde

até a consulta pós-parto uma semana depois, com a participação ativa da mulher, o parceiro e a parteira ou parteiro/a escolhido.

Posteriormente, o Guia detalha o protocolo de atendimento de acordo as etapas do parto, determinando a adequação do local do parto, como deve ser feito o diagnóstico e as medidas iniciais, que medidas devem ser tomadas na hora do parto, na etapa expulsiva, no alumbramento, no primeiro contato com a mãe, como e quando deve ser grampeado o cordão umbilical, a massagem uterina, a atenção ao recém-nascido, a devolução da placenta, o atendimento pós-parto, as opções de anticoncepção que podem ser tomadas e as alertas do recém-nascido para ser observadas na casa. Tudo isso na companhia do parceiro e da parteira ou parteiro.

A guia disponibiliza também nos anexos o modelo de história clínica que pode ser utilizada; explica o índice de Bishop para o seguimento da dilatação; detalha como deve ser feita a valoração da pélvis feminina; as posições que a paciente pode escolher na hora do parto e que posição deve, segundo o caso, tomar o profissional de saúde; e trata também sobre o papel do acompanhante (ECUADOR, 2008d).

Este documento é muito importante e, de fato, muitos avanços têm sido evidenciados a partir da sua implementação, sobretudo na redução da morte materno-infantil, assim como no aumento do uso das instituições de saúde por parte das mulheres de povos e nacionalidades indígenas e afroequatorianas.

Estas políticas específicas, dirigidas às mulheres de grupos vulnerados, constituem grandes avanços na luta pela desigualdade, mas ainda o caminho é muito longo. Muitos movimentos demandam também uma atenção diferenciada para homens indígenas e negros, para pessoas com deficiência que são indígenas e negras, para grupos LGBTIQ indígenas e negros, e demais minorias dentro das minorias, que precisam uma atenção diferenciada e adequada à sua realidade diversa. Sem deixar de lado também as mulheres mestiças e as consideradas brancas, que demandam por uma atenção mais humana na hora do parto, que deixe práticas desatualizadas no passado e que respeite as novas evidências.

O parto, a vida, a reprodução humana são sim um eixo fundamental quando se fala de saúde; mas não é o único fator a ter em conta, o discurso de poder se justifica nos avanços que o atendimento culturalmente adequado tem

trazido em relação ao parto; mas não enfrenta os desafios que ainda tem na atenção intercultural da saúde, que vai além do parto, das parteiras, de ter uma ou outra posição na hora de parir. A dívida com os povos e nacionalidades indígenas para conseguir uma atenção adequada é enorme e isso ficou evidenciado na pandemia causada pela Covid-19, onde inclusive o Estado equatoriano por sua deficiente atuação foi demandado internacionalmente por genocídio dos povos indígenas da Amazônia.

5. MARCO METODOLÓGICO

No presente capítulo são descritas as características metodológicas da pesquisa, técnicas e instrumentos utilizados para coletar dados, assim como os sujeitos de estudo que participaram e como foi estruturada a análise.

Esta pesquisa é de tipo não experimental, de caráter exploratório e descritivo, trabalha dentro do enfoque qualitativo e apresenta um modelo analítico que combina as teorias e metodologias do enfoque feminista com as metodologias utilizadas tradicionalmente no estudo da burocracia de nível de rua.

5.1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS-CONHECIMENTO SITUADO

Como autora desta pesquisa, eu me permito falar em primeira pessoa neste apartado da tese, para, em coerência com as teorias, enfoques e técnicas feministas utilizadas, fazer uma declaração do meu conhecimento situado e meu ponto de vista, que sem dúvidas, permeiam este trabalho científico.

Como mulher, equatoriana e mestiça, me interessei desde os inícios da minha vida acadêmica em estudar as políticas públicas. Na graduação, de uma forma bastante geral, fiz uma análise dos princípios do Plano Nacional para o Bom Viver e sua concordância com a corrente política do Socialismo do Século XXI; posteriormente, no mestrado, que cursei em um país estrangeiro, aprofundei no estudo das políticas interculturais de saúde e justiça dentro do Plano Nacional, estar fora do país me fez procurar temas que possam ser específicos do Equador, que façam do meu país um lugar único e que possa mostrar isso para os outros; já no doutorado, também cursado no exterior, esse desejo de mostrar meu país e estudá-lo como algo particular foi aprofundado.

Tenho certeza de que várias características particulares de minha pessoa poderão ser identificadas no longo desta tese, questões como o nível de educação por exemplo, que me permitiu ter duas graduações, uma em direito e outra em ciência política, se fazem presentes quando constantemente olho para a norma ou para assuntos de poder, participação política etc. Assim também, categorias como raça, nacionalidade e feminismo são muito presentes em mim como pesquisadora e explicam por que foi este tema de tese escolhido.

Meu ponto de vista, entendido como as múltiplas realidades que me atravessam e a partir das quais observo o fenômeno estudado, fazem que este

trabalho seja único e tente descrever uma situação determinada, em um momento determinado, a partir de um olhar singular, ao tempo que apresenta cientificamente um modelo analítico que pode ser utilizado em outros estudos sobre BNR. Aliás, ser mãe, viver um contexto como a pandemia e pesquisar desde as limitações que isso pode trazer em momentos específicos nos que tenho que lidar com o cuidado da casa, da filha, dos familiares doentes, de mim mesma e da pesquisa, também são particularidades constitutivas desta tese.

Da mesma forma, o fato de que minha língua materna é o espanhol e que as entrevistas foram feitas neste idioma; mas, que a tese é escrita em uma língua diferente é um elemento que atravessa esta pesquisa e que foi em vários momentos um grande desafio pessoal.

Sendo assim, com meu conhecimento situado e desde meu ponto de vista apresento hoje este trabalho que analisa a implementação da saúde intercultural desde o BNR e proponho um modelo analítico que ressalte e valorize as particularidades destes sujeitos.

5.2. ÁREA DE EXECUÇÃO DA PESQUISA

Esta pesquisa foi executada na área de atenção primária de saúde do Equador, a qual está conformada por 1988 Unidades Básicas e Centros de Saúde, localizados nas 9 direções zonais que conformam o território nacional, dentro delas trabalham vários profissionais de saúde, médicos, técnicos de enfermagem, enfermeiros, dentistas e TAPS, estes últimos são os burocratas de nível de rua selecionados como sujeitos de estudo, pelas próprias particularidades que apresenta seu lugar de trabalho.

Na atualidade existem 2050 TAPS vinculados ao MSP, considerando a grande quantidade de possíveis sujeitos de estudo, foi selecionado de forma direta, por critérios de oportunidade e representação um TAPS com o qual iniciou o estudo, os demais sujeitos foram indicados por seus colegas, sendo um total de 6 TAPS os que participaram, localizados em diferentes unidades básicas de saúde, de diferentes zonas do Equador.

5.3 MÉTODO

A etnografia para o estudo das políticas públicas foi o método utilizado e as principais ferramentas que a etnografia ofereceu para o desenvolvimento desta pesquisa foram entrevistas semiestruturadas e produções narrativas.

Lipsky (2018, apud ENAP, 2018) e Dubois (2018, apud ENAP, 2018) apontam diretamente que a forma de estudar a implementação e a burocracia de nível de rua é mediante a observação. Entender os comportamentos, analisar o exercício da discricionariedade e relacioná-lo ao êxito das políticas exige ir até onde as coisas acontecem. Enxertar-se no campo é o melhor jeito de mostrar realmente que e como acontece finalmente a política. Dadas as circunstâncias da pandemia, a observação em campo que foi projetada em um início não foi implementada, se programaram entrevistas semiestruturadas e encontros virtuais com os participantes onde a observação foi também uma estratégia utilizada.

Desta forma, a tese coletou dados a partir de entrevistas e produções narrativas, enquadradas dentro da etnografia. Tanto a teoria quanto o próprio campo ajudaram a criar as categorias de análise que serviram para tratar os dados segundo os objetivos.

Porém, quando se trabalha com teorias do conhecimento situado e ponto de vista, algumas categorias apresentam-se como ponto de partida: classe social, gênero, raça, etnia, língua.

5.4. COLETA DE DADOS

Existiram dois tipos de dados coletados: os secundários, a partir de análises bibliográficas e documentais; e os primários, a partir de entrevistas semiestruturadas com burocratas de nível médio e nível de rua e produções narrativas das realidades junto aos TAPSSs.

5.4.1. Dados secundários: análise bibliográfica e documental

A coleta de dados secundários a partir de análise bibliográfica e documental procurou estruturar um marco teórico e metodológico a partir do qual construir e propor um modelo analítico para esta pesquisa.

Identificar o estado da arte em estudos sobre implementação de políticas públicas e sobre burocrata de nível de rua foi o momento inicial com o intuito de

compreender os avanços dos estudos, assim como as possíveis lacunas, para aportar ao desenvolvimento do conhecimento da área.

A revisão bibliográfica-teórica sobre políticas públicas, ciclo de políticas, implementação, modelos de análise de implementação e burocracia de nível de rua, delimitou a pesquisa. Posteriormente, a análise bibliográfica de teorias e enfoques feministas sustentou o modelo analítico proposto, salientando a importância de olhar para as subjetividades dos burocratas e como elas influem no exercício da discricionariedade. Neste ponto, recorrer as teorias e argumentos principais da burocracia representativa se fez necessário para conseguir conjugar as teorias selecionadas.

A análise a profundidade dos documentos sobre políticas de saúde intercultural, modelos de atenção, leis e decretos, apresentou a realidade da saúde intercultural no Equador, os atores, avanços e desafios que enfrenta. A partir desta análise foi possível argumentar a seleção do TAPS como sujeito de estudo, levando em conta que seu trabalho exige um contato direto com as comunidades e que seu nível de discricionariedade é alto.

5.4.2. Dados primários: entrevistas semiestruturadas e produções narrativas

As entrevistas semiestruturadas foram em dois níveis de burocratas: nível médio e nível de rua. A entrevista inicial foi a nível central, com o então Coordenador Nacional de Promoção de Saúde Intercultural, em setembro de 2019. Este encontro permitiu ter uma visão geral do estado da política de saúde intercultural, assim como da trajetória que ela tinha dentro do MSP e das ações que estavam sendo realizadas para fortalecê-la no momento.

Posteriormente, foram entrevistadas quatro burocratas de nível médio, indicadas pelo primeiro entrevistado, responsáveis pela implementação do enfoque intercultural em diferentes direções zonais do Equador a inícios do 2020. Estas entrevistas brindaram uma perspectiva a nível zonal dos desafios que a saúde intercultural atravessava, assim como dos atores que participam diretamente na implementação desta política, neste caso os TAPSs.

Foi assim como a pesquisadora identificou e selecionou aos TAPSs como sujeitos de estudo, e deu início as entrevistas e encontros com o TAPS 5, o primeiro encontro ajudou a conhecer em primeira mão a situação dos TAPSs

dentro do MSP, o processo de seleção para ser um TAPS, o papel que eles têm na implementação da saúde intercultural e seu trabalho nas comunidades.

O TAPS 5 indicou ao TAPS 1 para continuar com as entrevistas, ele por sua vez indicou ao TAPS 2, quem indicou ao TAPS 3, quem indicou ao TAPS 4. O caso da TAPS 6 foi diferente, a pesquisadora ao perceber que nenhum TAPS indicava uma colega mulher, acudiu ao TAPS 5 novamente para indicar expressamente uma colega mulher. Dois TAPSs foram indicados por seus colegas, mas não participaram do estudo, a pesquisadora tentou reiteradamente contatar a um TAPS indígena kichwa de Chimborazo, quem manifestou não ter acesso à internet suficiente para participar e a uma TAPS afrodescendente de Esmeraldas, quem manifestou não ter interesse em participar da pesquisa.

Todos os TAPSs foram realizados dos encontros, um onde se implementou o roteiro da entrevista e outro onde foi discutida sua transcrição com o intuito de construir conjuntamente os resultados, discutir e ajustar as produções narrativas dos sujeitos.

5.5. AMOSTRAGEM

O processo para estabelecer o plano de amostragem foi iniciado a partir da entrevista semiestruturada com o sujeito inicial. Como mencionado no apartado anterior, o entrevistado indicou quatro responsáveis pelo enfoque intercultural no nível médio nas direções zonais para continuar com a pesquisa.

Posteriormente, a partir das entrevistas realizadas às burocratas indicadas, a pesquisa continuou com a figura do TAPS como um ator central na implementação da saúde intercultural. Assim, a autora contactou ao presidente dos TAPSs para conhecer melhor o papel deste ator, como resultado desta entrevista, chegou se a delimitar o sujeito de estudo.

Como esta pesquisa é um estudo de casos múltiplos e o universo apresentava milhares de possibilidades de estudo, a seleção de sujeitos foi a partir de indicação de pares.

5.5.1. Caracterização dos participantes da pesquisa

5.5.1.1. Atores de nível médio

O primeiro entrevistado foi o então Coordenador Nacional de Promoção da Saúde Intercultural em setembro de 2019, o MsC. Jhon Arias, na fase

exploratória. A pesquisadora teve a oportunidade de se encontrar com ele e realizar uma entrevista presencial na Direção Nacional de Saúde Intercultural com sede em Quito. O MsC. Arias trabalha na Direção Nacional de Saúde Intercultural desde 2015 quando desempenhou funções de analista de cosmovisão ancestral e alternativa, no 2016 ficou responsável pela coordenação da gestão de cosmovisão e medicina ancestral e alternativa e no mesmo ano ficou como diretor nacional encarregado, no 2018 foi o coordenador de promoção de saúde intercultural e atualmente é o diretor nacional de promoção em saúde. Quando entrevistado suas funções principais eram a coordenação, elaboração, revisão, monitoramento e seguimento da política pública de saúde intercultural, com ênfase na saúde materna.

As quatro participantes de nível médio, indicadas pelo MsC. Arias, responsáveis pela implementação da saúde intercultural das direções zonais 1, 2, 3, 6, foram a Lic. Lema, e as Dras. Andy, Cabrera e Inga respectivamente. Com elas as entrevistas foram aplicadas virtualmente em março do 2021.

A função destas burocratas é a de coordenar e vigiar o cumprimento das normativas relacionadas com o enfoque intercultural nos distritos e unidades de saúde que formam parte das direções zonais; assim como coordenar encontros e atividades com os sábios de saúde ancestral para trabalhar conjuntamente em capacitações, intercambio de conhecimentos e mapeio de problemas de saúde nas nacionalidades das zonas.

5.5.1.2. Burocratas de nível de rua- Caracterização dos TAPSs

Os técnicos de atenção primária em saúde, foram identificados como atores centrais na implementação da política de saúde intercultural, eles são parte das comunidades e seu trabalho é diretamente em campo, conhecem a realidade que vivenciam os povos e nacionalidades por dentro e por fora.

Os TAPSs compartilham com as comunidades onde trabalham a mesma nacionalidade, origem social, língua, costumes e cosmovisões, seu conhecimento situado e seu ponto de vista são ativados quando eles executam a política desde seu lugar de técnico. O processo de criação dos TAPSs, os convênios, requisitos, responsabilidades e normativas que os respaldam se apresentam e analisam no longo da tese. Neste ponto serão caracterizados os TAPSs que participaram da pesquisa.

Foram um total de 6 técnicos os participantes selecionados a partir de critérios de oportunidade, representação e designação dos pares, dos quais, cinco se identificam como homens e uma como mulher, com uma média de idade de 36 anos, um solteiro, dos em união estável, dois separados e uma casada, cinco deles tem filhos, pertencem a distintas nacionalidades e trabalham em diferentes direções zonais do país. O quadro a continuação resume estas caracterizações.

Quadro 1-Caraterização dos TAPSs

TAPS	Gênero	Idade	Estado civil	# de filhos	Direção zonal	Nacionalidade
TAPS 1	M	34	Divorciado	2	6	Shwar
TAPS 2	M	31	União estável	2	4	Montubio
TAPS 3	M	40	Divorciado	3	3	Mestiço
TAPS 4	M	36	Solteiro	0	2	Kichwa Amazónico
TAPS 5	M	36	União estável	2	8	Montubio
TAPS 6	F	38	Casado	2	2	Kichwa da Serra

Fonte: Elaboração própria

No que se refere as direções zonais, que indicam o setor do país onde o TAPSs trabalha, se ponderou como importante caracterizar as localidades de forma mais específica, já que explicam o contexto do BNR, aliás, Zona foi considerada uma categoria do conhecimento situado no capítulo 6.

A zona 2 está constituída pelas províncias de Napo, Pichincha (excetuando o DMQ) e Orellana, os TAPS 4 e 6 trabalham em diferentes locais desta zona. O TAPS 4 trabalha na província de Napo, paróquia Muyuna, comunidade Pumarumi, possui um clima cálido húmido, tem 7 mil habitantes identificados como kichwa amazônicos, assentados na ribeira do rio Tazayacu, a comunidade não tem água potável nem serviço de esgoto, a sinal de internet e telefonia celular é escassa, a distância entre a comunidade e o posto de saúde é curta, 5 minutos em carro, a distância entre a comunidade e a capital provincial é 15 minutos em carro e também não tem linhas de transporte público.

A TAPS 6 trabalha na província de Pichincha, município de Cayambe, paróquia de Cangahua, com 28 comunidades e 9 bairros, possui uma população aproximada de 16 mil pessoas indígenas, 9 TAPS atendem estas zonas rurais e de difícil aceso, o território conta com uma linha de ônibus; a infraestrutura desta

zona é precária, sem serviços básicos para as comunidades mais apartadas que se encontram a uma distância de uma hora e meia em carro do Centro de Saúde.

A zona 3 abarca as províncias de Cotopaxi, Chimborazo, Pastaza e Tungurahua, nesta zona trabalha o TAPS 3, especificamente na província de Chimborazo, serra central, município de Guano, comunidade Langos Imaculada, zona rural, com uma população de 2700 pessoas de origem mestiço, possui água potável e esgoto, sistemas de irrigação para a agricultura, vias de acesso sem transporte público, desde a comunidade até o posto é necessário usar transporte particular e a distância é de 10 minutos em carro e até a capital da província, a distância é de 20 minutos.

A Zona 4 compreende as províncias de Manabi e Santo Domingo dos Tsáchilas nesta Zona o TAPS 2 cumpre suas funções, na região costeira do país, na província de Manabí, comunidade São Joao de Manta, de zona rural, com uma população de 1453 pessoas de origem mantenho, povo montubio, não possui serviço de água potável nem esgoto, conta com vias de acesso e uma linha de ônibus, o que melhora o acesso até o posto e até a capital da província em busca de atenção médica.

A Zona 6 com as províncias de Azuay, Canar e Morona Santiago é o lugar do TAPS 1, ele é da região amazônica, província de Morona Santiago, paróquia Don Bosco, comunidad Cosuimi, com 498 habitantes de origem Shwar, localizados na ribeira do rio Cusuimi, possuem vias de acesso de segunda ordem, a comunidade é considerada de difícil acesso, sem transporte público, o posto de saúde está dentro da comunidade, a capital provincial está a 2 horas em carro.

Zona 8 e a zona 9 abarcam as duas cidades principais do país Guayaquil e o Distrito Metropolitano de Quito, o Taps 5 está na Zona 8, província de Guayas, cidade de Guayaquil, comunidade de El Fortín, dentro de uma zona considerada de alto perigo por tráfico, mas que possui todos os serviços básicos, conta com transporte público e proximidade a hospitais especializados.

5.5.1.3. Roteiro de entrevistas

A coleta dos dados primários, a partir de entrevistas semiestruturadas com burocratas de nível médio-BNM (ENTREVISTAS 1, 2, 3, 4 e 5), assim como as realizadas aos TAPSs (ENTREVISTAS 6, 7, 8, 9, 10, 11 e 12) brindaram vários elementos para compreender como acontece a implementação de saúde

intercultural, os objetivos que têm cumprido, os desafios que ainda enfrenta e identificar o papel do TAPS neste processo. O roteiro das entrevistas realizadas aos burocratas de nível médio e nível de rua encontrasse nos apêndices M e N da tese.

As entrevistas semiestruturadas se realizaram na sua maioria de forma virtual, dado o contexto da pandemia, excetuando a primeira e foram implementadas em períodos diferentes, correspondentes aos estados da pesquisa. As entrevistas aos BNM aconteceram entre setembro de 2019 e inícios de 2021. As entrevistas e encontros virtuais com os TAPSs aconteceram entre agosto e novembro de 2021. Todas as entrevistas semiestruturadas tiveram os respectivos áudios gravados, transcritos e analisados e se apresentam no final do trabalho. No caso das entrevistas semiestruturadas com os BNM, foi utilizada a análise de conteúdo; no caso dos TAPSs foram utilizadas as metodologias feministas do conhecimento situado e ponto de vista, que serão explicadas no próximo apartado.

5.6. ANÁLISE DE DADOS

Nas entrevistas semiestruturadas realizadas aos BNM foi implementada análise de conteúdo, entendida como um método que aponta a descobrir o significado de uma mensagem, seja um discurso, história de vida, ou entrevista; de forma específica se trata de um método que consiste em classificar e codificar os diversos elementos de uma mensagem em categorias, com a finalidade de apresentar de forma adequada seu sentido (MAYER; QUELLE, 1991).

Logo da transcrição das entrevistas, os textos obtidos foram submetidos à análise a partir de categorias criadas pela pesquisadora para entender a realidade da política de saúde intercultural no Equador. As categorias se mostram no quadro a seguir.

Quadro 2- Categorias de Análise nas entrevistas a BNM

TEMA	CATEGORIAS
Política Pública de saúde intercultural	-Conhecimento -Desafios -Logros
Papel dos Atores	-Trajetória -Experiência -Interesses -Responsabilidades

Fonte: Elaboração própria.

Por sua vez, as entrevistas semiestruturadas realizadas aos BNR foram aplicadas em dois momentos: sendo um deles a entrevista propriamente dita; e, um segundo encontro onde foi implementada a produção narrativa.

As entrevistas semiestruturadas foram analisadas a partir do conhecimento situado e o ponto de vista, estes enfoques metodológicos feministas não propõem categorias de análise taxativamente, indicam que é a própria realidade das pessoas que fornece elas. Sendo assim, e com ajuda de outras teorias e conceitos das ciências sociais, a pesquisadora organizou os dados obtidos nas entrevistas nas categorias expostas nos quadros a seguir.

Quadro 3- Categorias de análise nas entrevistas aos BNR (conhecimento situado)

CONHECIMENTO SITUADO	
CATEGORIA	SUBCATEGORIA
NACIONALIDADE	MONTUBIO
	KICHWA DA SERRA
	KICHWA AMAZÔNICO
	SHWAR
	MESTIZO
GÊNERO	FEMININO
	MASCULINO
TRAJETÓRIA LABORAL	VOLUNTÁRIO
	ONG
	SETOR PÚBLICO
	SETOR PRIVADO
ORIGEM SOCIAL	ALTA
	MEDIA
	BAIXA
CONHECIMENTOS	CIENTÍFICOS DE SAÚDE
	ANCESTRAIS

	REALIDADE SOCIAL
VALORES	RELIGIOSOS
	COMUNITÁRIOS
	HUMANOS
COLONIALIDADE	PODER
	SABER
CAPITAL	SOCIAL
	SIMBÓLICO
	CULTURAL
	ECONÔMICO
ZONAS	ZONA 1
	ZONA 2
	ZONA 3
	ZONA 4
	ZONA 5
	ZONA 6
	ZONA 7
	ZONA 8
	ZONA 9

Fonte: Elaboração própria.

Quadro 4- Categorias de Análise das entrevistas aos BNR (Ponto de Vista)

PONTO DE VISTA	
CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
SENTIDO DE PERTENENÇA	LABORAL
	COMUNITÁRIO
USO DA LINGUAGEM	TÉCNICO
	COMUNITÁRIO
PARTICIPAÇÃO EM GRUPOS DE TRABALHO	GESTANTES
	IDOSOS
	PRIMEIRA INFÂNCIA
	HORTAS FAMILIARES
	ADOLESCENTES
	VACINAÇÃO
	DOENÇAS CRÔNICAS
ATIVIDADES	LABORAIS NÃO NORMATIVAS
	LABORAIS NORMATIVAS
	PESSOAIS FAMILIARES
NÍVEL DE EDUCAÇÃO	ENSINO MEIO
	GRADUAÇÃO
AUTOPERCEPÇÃO COMO AGENTE DE CAMBIO	SIM
	NÃO
PARTICIPAÇÃO POLÍTICA	ALTA
	MEDIA

	BAIXA
CARGA LABORAL	ALTA
	MEDIA
	BAIXA
NÍVEL ECONÔMICO	ALTO
	MÉDIO
	BAIXO

Fonte: Elaboração própria.

As categorias identificadas foram relacionadas com as atividades desenvolvidas pelos TAPs, estas últimas foram caracterizadas como de baixa, média e alta discricionariedade, apresentadas no Quadro 5:

Quadro 5-Atividades, nível de discricionariedade e categorias⁴

ATIVIDADES		DISCRECIONARIEDADE							CATEGORÍAS	
		TAPS 1	TAPS 2	TAPS	TAPS 3	TAPS 4	TAPS 5	TAPS 6		TAPS 7
NORMATIVAS	1. Identificar os sinais de alerta e fatores de risco do processo de saúde-doença do indivíduo, família, comunidade e refere à equipe de atenção integral de saúde	B	B	B	B	B	B	B	B	C
	2. Organizar insumos para a implementação de estratégias e técnicas de promoção, prevenção dentro dos lineamentos da atenção primária de saúde para resolver os principais problemas de saúde do indivíduo, família e comunidade, com enfoque intercultural, geracional, de gênero e de direitos.	M	M	M	M	M	M	M	M	C, N, G, TL, OS, V, Z, L
	3. Processar e implementar estratégias e metodologias para apoiar na melhor nutrição da sua comunidade nos lineamentos da atenção primária de saúde.	M	M	M	M	M	M	M	M	C, N, G, TL, OS, V, Z, L
	4. Aplicar técnicas e ferramentas epidemiológicas comunitárias, para colaborar na elaboração da análise situacional de saúde e as propostas na intervenção para a solução dos problemas de saúde do indivíduo, família e comunidade.	M	M	M	M	M	M	M	M	C, N, G, TL, OS, V, Z, L
	5. Desenvolver insumos para a implementação do plano de ação para promover os fatores protetores da saúde, determinantes da saúde e minimizar os fatores de risco no	M	M	M	M	M	M	M	M	C, N, G, TL, OS, V, Z, L

⁴ Codificação do quadro: A discricionariedade foi identificada como A=Alta, M=Media e B= Baixa. Considerando Alta quando maior seja a capacidade do TAPS de tomar decisões individuais na hora de realizar as atividades, sejam estas normativas (indicadas nos acordos ou manuais) ou não normativas (relatadas pelos TAPS nas entrevistas e encontros), e baixa quando menor seja dita capacidade. O nível de discricionariedade foi relacionado às categorias de análise propostas, mesmas que foram codificadas da seguinte forma: N=Nacionalidade; G=Gênero; TL=Trajetória Laboral; OS= Origem Social; C=Conhecimento; V=valores; COL=Colonialidade; CP=Capital; Z=Zonas; SP=Sentido de Pertença; L=Uso da Linguagem; NED=Nível de Educação; AC=Auto percepção como agente de cambio; PP=Participação Política; NEC=Nível Económico; GT=Grupos de Trabalho; e, CL=Carga Laboral. A categoria Atividades ficou fora da análise já que é a que informa sobre o resto.

	processo saúde-doença nos diferentes estabelecimentos de saúde, educativos, laborais, familiares e comunitários.									
	6. Realizar atividades de articulação intersectorial.	M	M	M	M	M	M	M	M	C, TL, CP, PP, SP
	7. Realizar as atividades solicitadas pelo seu chefe imediato dentro do seu campo de profissão.	B	B	B	B	B	B	B	B	C, OS, COL, CP, NEC, CL
NÃO NORMA TIVAS	1. Utiliza seus recursos económicos e logísticos para brindar atenção em saúde (compra de medicinas, transporte, entrega de dinheiro para alimento)	A	A	A	A	A	A	A	A	C, N, OS, V, SP, AC
	2. Brinda seu contingente para oferecer aos pacientes condições de vida saudáveis (limpeza de casas de adultos maiores).	A	A	A	A	A	A	A	A	C, N, OS, V, SP, AC
	3. Trabalha fora dos horários estabelecidos, sem levar em conta finais de semana ou feriados (atende ligações para dar informação, faz acompanhamento presencial nos hospitais de ser necessário).	A	A	A	A	A	A	A	A	C, N, TL, OS, V, SP, AC, CL
	4. Colabora nas atividades diárias das famílias (lavouira, preparação de alimentos).	A	A	A	A	A	A	A	A	C, N, OS, V, SP, AC
	5. Recomenda o uso de medicina ancestral chás, limpas, etc.	A	A	A	A	A	A	A	A	C, N, OS, V, SP, AC, L

Fonte: Elaboração própria.

Finalmente, no que diz respeito sobre as produções narrativas, como salientam Balasch e Montenegro (2003), estas têm a ver com a produção de textos conjuntos entre pesquisadores e participantes, para isso são programados encontros nos quais se fala ou comenta diferentes aspectos do fenômeno investigado; sendo assim, não se recolhem unicamente as palavras dos participantes e sim a forma na qual eles desejam que seja mostrada sua visão. Para os encontros com os TAPSs, foi apresentada previamente a transcrição da entrevista semiestruturada, a partir dela foram discutidos tópicos relacionados com as categorias identificadas.

Várias pesquisas que desenvolvem a análise situada e a perspectiva do ponto de vista dentro da etnografia utilizam a proposta metodológica das produções narrativas. As produções narrativas como metodologia foi proposta inicialmente pela autora Kathryn Watterson (1996). Na sua pesquisa que visava identificar os efeitos que a prisão produz nas mulheres, ela propôs dar aos sujeitos de estudo a oportunidade de falar por si mesmos sobre suas experiências e sentimentos no intento de superar as metodologias tradicionais qualitativas da entrevista e os grupos de discussão. Assim, a perspectiva narrativa aponta que o mundo está composto por narrativas e narrações. As narrativas não são somente histórias que relatam os fatos do passado; elas têm um papel fundamental como construtoras de significados.

Esta pesquisa pretende entender o uso da discricionariedade dos BNR através das práticas narrativas que mediam e articulam sua realidade social. As narrativas não são tratadas como um material puramente empírico, que é objeto de análises no sentido habitual. Eles são tratados com a mesma relevância teórica que os textos acadêmicos, e junto com a própria perspectiva da pesquisadora irão mostrando o fenômeno pesquisado.

O Capítulo 6 desta tese desenvolve a profundidade a análise dos dados recolhidos nas entrevistas a profundidade e produções narrativas, assim como a análise das relações dos quadros, categorias, níveis de discricionariedade, atividades, etc. com o intuito de dar cumprimento aos objetivos propostos e compreender a discricionariedade dos BNR a partir das subjetividades que os atravessam.

6. A SAÚDE INTERCULTURAL DESDE O BUROCRATA DE NÍVEL DE RUA, OS TAPS COMO A PONTE COM A COMUNIDADE

O modelo de atenção integral em saúde com enfoque familiar, comunitário e intercultural MAIS-FCI e seu manual, assim como o Ministério de Saúde Pública do Equador com seus acordos e decretos, em concordância com as disposições do Plano de Desenvolvimento e seguindo as diretrizes da Constituição da República, visa implementar a saúde intercultural de uma forma transversal e integral. A partir da análise destes documentos e normativas pode-se afirmar que a política de saúde intercultural na realidade é um enfoque que deveria permear toda a assistência de saúde no Equador.

Neste sentido, todos os funcionários do MSP, em todos seus níveis e instituições devem possuir os conhecimentos suficientes para brindar atenção desde um enfoque intercultural, de acordo com o contexto e os usuários/pacientes que atendem.

Mas, a necessidade e urgência de evidenciar o enfoque intercultural se faz importante nas comunidades onde maioritariamente vivem pessoas pertencentes a povos ou nacionalidades indígenas dentro do Equador, assim como nos serviços de saúde que são ofertados nestes territórios. Segundo a informação do MSP são as unidades integrais de atenção em saúde as que respondem primariamente às demandas desta população, o primer nível de atenção.

Em um primeiro momento, a presente pesquisa visava realizar um estudo de caso em diferentes comunidades do país, em diferentes níveis de atenção a partir do trabalho de campo. A realidade mundial no contexto da pandemia, obrigou adequar a pesquisa a estudos de caso mais acessíveis e que, ao mesmo tempo, permitissem evidenciar como acontece a implementação da saúde intercultural a partir do modelo analítico proposto. Sendo assim, as unidades integrais de saúde foram o nível de atenção elegido para a análise.

Nestas unidades integrais de saúde existe uma variedade de profissionais que brindam atenção nas comunidades: médicos, enfermeiras, assistentes de enfermagem, dentistas e técnicos de atenção primaria de saúde. A quantidade de servidores depende da população que atendem e está determinada no MMAIS-FCI. Todos eles são burocratas de nível de rua,

encontram-se em contato direto com a comunidade executando a política de saúde pública e tomando a diário decisões que afetam a vida das pessoas.

Com quase a totalidade dos médicos, enfermeiros, obstetras e dentistas destas unidades integrais de saúde acontece um fenômeno interessante, são profissionais recém-formados que devem servir por um lapso de um ano para obter a licença profissional e exercer legalmente no país. O ano de saúde rural é obrigatório e as vagas são distribuídas em todo o território, principalmente nas zonas mais recônditas e no setor rural; como são milhares de profissionais formados cada ano, muitos deles terminam fazendo o ano de saúde rural em hospitais e não somente nas unidades integrais de saúde.

O fato destes profissionais serem recém-formados e não ter estabilidade no posto que trabalham cria algumas situações difíceis de afrontar no tema saúde intercultural. Por um lado, existe o fato de que a formação na Academia não trata temas de interculturalidade, diversidade cultural, respeito por os saberes ancestrais ou conhecimento sobre quem são e que fazem os distintos sábios da saúde ancestral; por outro lado, a falta de estabilidade, sendo profissionais que mudam cada ano, não permite que o vínculo entre eles e a comunidade seja estabelecido.

Por sua vez, os Técnicos de Atenção Primária em Saúde TAPS têm como missão principal a promoção da saúde e a prevenção de doenças nas comunidades, são pessoas originarias das comunidades, que trabalham no seu próprio território. Sua figura é mais estável no tempo e seu conhecimento sobre a medicina integral, comunitária e intercultural é central na sua formação. São eles, como burocratas de nível de rua, os sujeitos de estudo nesta pesquisa.

O trabalho de campo realizado a partir de entrevistas semiestruturadas e produções narrativas com seis TAPS, trabalhadores de diferentes unidades integrais de saúde, localizadas em diversas zonas do Equador, permitiu implementar o modelo analítico desenvolvido nesta tese, que visa entender melhor como é exercida a discricionariedade dos BNR a partir das particularidades individuais destes sujeitos.

6.1. OS TAPS NA IMPLEMENTAÇÃO DA SAÚDE INTERCULTURAL

No 2013 o governo assinou um acordo tripartito de cooperação institucional entre o MSP, a Secretaria Nacional de Educación Superior, Ciencia

y Tecnología (SENSECYT) e o Instituto Ecuatoriano de Crédito Educativo e Becas (IECE), cujo objetivo principal foi a formação técnica dos TAPS, respondendo a uma estratégia para fortalecer o primeiro nível de atenção de saúde e consolidar a implementação do MMAIS-FCI; a formação foi gratuita e ofertada em 17 diferentes institutos técnicos em todo o país.

Os TAPSs são responsáveis da prevenção e promoção de saúde; na atualidade, depois de dois turmas formadas, o país conta com 2050 TAPSs em território. O rol deste técnico, como parte das equipes de atenção integral de saúde, permite fortalecer a participação social e a corresponsabilidade em saúde como eixos de um modelo de saúde sustentável, levando em conta que o programa dos TAPSs foi dirigido a candidatos da comunidade local, principalmente a mulheres, pessoas com deficiência, de povos e nacionalidade indígenas e do grupo LGBTIQ (ECUADOR, 2019).

A seleção para ser um TAPS passou por um processo interno nas comunidades, os futuros profissionais deviam acreditar diante do MSP que tinham a aceitação e o respaldo da comunidade para trabalhar em temas de saúde, isso mediante abaixo assinados e cartas emitidas pelos líderes comunitários; depois de uma análise deste requisito, uma entrevista pessoal, aprovação de um curso de nivelção e aprovação de um exame de conhecimentos gerais, a pessoa podia ingressar nos institutos com uma bolsa de estudo para se formar como TAPS.

O intuito de colocar o primeiro requisito foi precisamente que a comunidade tenha um vínculo prévio com o futuro profissional e que isso facilite o acesso à saúde nestes territórios. Neste sentido, o TAPS foi se transformando em uma ponte entre a comunidade e os estabelecimentos de saúde de primer nível, muitas vezes foi o contato inicial e até o primeiro contato das pessoas com o sistema de saúde.

O presidente dos TAPSs, Danny Choez, fala deste processo nos seguintes términos:

Nosotros desde el momento en que nos formamos como TAPS, debemos cumplir algunos requisitos para acceder a esta formación, además del título de bachiller, estos requisitos son contar con las firmas necesarias de la comunidad, ser un líder comunitario, ser un actor social en el sector y luego de ser formado como TAPS debe volver a su comunidad a servir a la misma, este es un compromiso y así se cumplió en su mayoría, algunos compañeros fueron cambiados de

plaza, pero en su mayoría volvimos a servir en la comunidad de la cual salimos (ENTREVISTA 6).

Uma vez dentro do MSP, os TAPSs, tanto nas unidades de saúde urbanas, quanto nas rurais, devem cumprir com um 10% de atividades dentro dos postos de saúde e um 90% de atividades fora deles. Entre as atividades desenvolvidas dentro das unidades estão: organizar material para a promoção de saúde, oferecer palestras sobre temas de saúde aos pacientes que se encontram aguardando os atendimentos, coleta de cartilhas da saúde da gestante, atualização de dados da análise situacional de saúde das comunidades, entre outras. Entre as atividades realizadas fora das unidades de saúde estão: identificar fatores de risco de saúde na comunidade, aplicar técnicas e ferramentas epidemiológicas comunitárias, visitar nos domicílios às mulheres grávidas, idosos e deficientes para verificar seu estado de saúde, entre outras. O fato de realizar 90% de atividades fora do posto evidencia a importância do trabalho direto na comunidade que os técnicos realizam, fortalecida por quanto eles são membros das comunidades e tem conhecimento suficiente do funcionamento das mesmas (ECUADOR, 2013).

As funções dos TAPSs se encontram detalhadamente especificadas em um documento de 90 páginas, desenvolvido pelo MSP intitulado “Atividades essenciais de promoção e prevenção por parte dos Técnicos de Atenção Primária de Saúde- TAPS” (ECUADOR, 2018b, tradução da autora). Para a análise da pesquisa as atividades foram identificadas e agrupadas segundo o perfil do posto e são as seguintes:

- a.- Identificar os sinais de alarma e fatores de risco no processo de saúde-doença do indivíduo, família, comunidade e referir à equipe de atenção integral de saúde.
- b.- Organizar insumos para a implementação de estratégias e técnicas de promoção, prevenção dentro dos lineamentos da atenção primária de saúde para resolver os principais problemas de saúde do indivíduo, família e comunidade, com enfoque intercultural, geracional, de gênero e de direitos.
- c.- Processar e implementar estratégias e metodologias para apoiar na melhor nutrição da sua comunidade nos lineamentos da atenção primária de saúde.
- d.- Aplicar técnicas e ferramentas epidemiológicas comunitárias, para colaborar na elaboração da análise situacional de saúde e as propostas na intervenção para a solução dos problemas de saúde do indivíduo, família e comunidade.
- e.- Desenvolver insumos para a implementação do plano de ação para promover os fatores protetores da saúde, determinantes da saúde e minimizar os fatores de risco no processo saúde-doença nos diferentes estabelecimentos de saúde, educativos, laborais, familiares e comunitários.

f.- Realizar as atividades solicitadas pelo seu chefe imediato dentro do seu campo de profissão (ECUADOR, 2018b, tradução da autora).

À ditas atividades suma-se a articulação intersetorial da qual o TAPS é responsável, a qual faz referência à identificação de atores e recursos no território e as ações que podem ser desenvolvidas em conjunto com outras carteiras de Estado.

Além das atribuições descritas no Manual, o TAPS realiza outras atividades que, pela costume e necessidade terminaram sendo desenvolvidas. São intérpretes, tradutores, faxineiros, condutores, mensageiros, conselheiros etc. Dado que os para ser TAPS foi um requisito ser líder comunitário ou ter o aval da comunidade, eles tinham um histórico de relação, um passado, onde realizavam atividades de serviço às famílias, atividades que continuam fazendo no seu papel de profissional do MSP.

6.2. MODELO ANALÍTICO

Conforme descrito do capítulo 2, o intuito desta pesquisa é analisar a implementação da política pública a partir do Burocrata de Nível de Rua, utilizando o modelo *bottom-up*; e explicar como é exercida a discricionariedade, mediante o uso de ferramentas proporcionadas pelas teorias feministas, que permitem olhar para categorias internas ao sujeito e como estas influem no seu atuar. O presente capítulo tem como finalidade implementar o momento 4 do modelo analítico a partir de uma análise interseccional entre as categorias do conhecimento situado e o ponto de vista, e sua relação com a burocracia representativa.

Como a própria teoria do BNR estabelece, a metodologia idônea para a análise destes sujeitos é o trabalho de campo, neste sentido, os dados foram recolhidos a partir da observação, das produções narrativas e de entrevistas semiestruturadas com seis Técnicos de Atenção Primária em Saúde, pertencentes a unidades integrais de saúde de todas as regiões do país.

6.2.1. Categorias de análise

O BNR é um sujeito interseccional, a história vivida por ele é a fonte principal de conhecimento para entender o uso da discricionariedade, e proporciona as categorias a serem levadas em conta neste sentido. Ditas categorias, ao responder a teorias sociais preexistentes conformam um marco

referencial de análise; mas, não são o objeto de estudo desta pesquisa, pelo tanto, não serão aprofundadas e sim explicadas conforme as necessidades da investigação e da metodologia previamente descrita.

6.2.1.1. Categorias da Análise Situada

6.2.1.1.1. Nacionalidade

A nacionalidade é entendida, de forma geral, como o atributo jurídico que caracteriza a um indivíduo como membro constitutivo de um território. O dicionário jurídico Porrúa conceitua a nacionalidade como um vínculo jurídico e político da pessoa com o território (CARBONELL, 2020).

O Equador ao ser um país plurinacional aceita e convive com a ideia de que no mesmo território coexistem vários grupos sociais com nacionalidades diferentes. O Conselho de Desenvolvimento de Nacionalidades e Povos do Equador, entende a nacionalidade como:

Povo ou conjunto de povos milenários, anteriores e constitutivos do Estado equatoriano, que se autodefinem como tais, tem uma identidade histórica comum, idioma, cultura, que vivem em um território determinado, possuem suas próprias instituições e formas tradicionais de organização social, económica, jurídica, política e exercem sua própria autoridade (CODENPE apud INEC, 2006, p. 14, tradução da autora).

Existem 14 nacionalidades e 20 povos no Equador, dentro da análise situada identificar a qual povo ou nacionalidade pertence o sujeito de estudo é transcendental, informa ao pesquisador sobre história, identidade e conhecimento situado do TAPS, nacionalidade é um dos lugares desde donde o sujeito exerce a discricionariedade.

Dos dados obtidos foram identificadas nos sujeitos de estudo quatro nacionalidades (Shwar, Kichwa Amazónica, Indígena ou Kichwa da Serra) e dois povos (Montubio e Mestiço), mesmos que serão brevemente caracterizados, em relação com sua geopolítica e práticas em saúde intercultural.

A nacionalidade **Shwar** se encontra localizada em Peru e Equador, na Amazônia equatoriana, ocupam territórios das províncias de Pastaza, Morona Santiago e Zamora Chinchipe, são o povo indígena amazónico mais numeroso, com aproximadamente 110.000 habitantes, assentados em 668 comunidades, sua língua é o Achuar-Chimcham. A partir do ano 1964 a nacionalidade Shwar está organizada em federações, no mesmo ano começou seu vínculo político

com o Estado⁵. As atividades econômicas principais da nacionalidade Shwar são agricultura, caça e pesca. Os Shwar têm práticas medicinais e de saúde próprias de sua cultura, preferindo a medicina natural sobre a ocidental e lutando para que o conhecimento não se perca (CONAIE, 2014a).

A nacionalidade **Kichwa Amazônica** está localizada no noroeste da Amazônia equatoriana, nas províncias de Napo e Sucumbíos, sua língua principal é o Kichwa, possui aproximadamente 70.000 habitantes. Esta nacionalidade tem como atividade econômica principal a agricultura, complementada pela caça e pesca. São originários do povo Kichwa da serra, que chegou até a Amazônia como consequência da conquista espanhola. A prática da medicina ancestral é forte nesta nacionalidade, conta com uma grande presença de parteiras, shamanes e curandeiros. A Associação de Mulheres Parteiras do Alto Napo é uma das mais importantes representantes de sábios ancestrais do país (CONAIE, 2014b).

A nacionalidade **Kichwa da Serra ou Indígena** é a mais numerosa dentro das nacionalidades do Equador, com uma população aproximada de 605.760 habitantes, conformada por 19 povos que vivem principalmente na serra central do país, possuem uma língua em comum: o Kichwa, mas cada povo tem seu próprio dialeto, tem uma história em comum de exploração e expropriação de suas terras ancestrais por parte dos conquistadores, suas atividades econômicas principais são agrícolas e têxteis. Como consequência da conquista, a maioria das pessoas desta nacionalidade são católicos, mas mantem suas tradições, costumes e festas ancestrais, como a celebração dos Raymis, as limpas e bênçãos (CONAIE, 2014c).

O povo **Montubio** é originário dos mestiços equatorianos, se encontra disseminado em várias províncias da Costa: Guayas, Los Ríos, El Oro e Manabí, sua língua é o espanhol, tem uma população aproximada de 1.070.728 habitantes. O nome deste povo faz referência ao morro (monte em espanhol), aos rios (fluvius) e à vida (bio), o montubio é um homem ou mulher do campo, do morro. Possui suas formas próprias de administração política, a traves de um

⁵ A partir do início do vínculo político, a nacionalidade aceita que pertence a uma unidade nacional, político administrativa mais grande: o Equador. Adota sua Constituição e leis, mantendo as suas próprias.

conselho eleito a cada 4 anos. Sua atividade económica principal é a agricultura, têm um alto grau de identidade regional e cultural, são o segundo grupo humano com maior densidade, só depois dos mestiços (CEVALLOS, 2017).

Os **Mestiços** são o grupo humano maioritário do país, o último censo informa que um 72% da população equatoriana se identifica como mestiça (INEC, 2011). Ser mestiço é uma concepção ambígua. Na origem, o mestiço foi o resultado da mistura da raça indígena com a espanhola. Atualmente o que é ser mestiço no Equador é um tema de tese em si mesmo.

Se identificar como mestiço é, por um lado, reconhecer em si uma origem de povos indígenas; e por outro lado, reconhecer também uma origem europeia espanhola. A análise do último censo concluiu que a partir da Revolução Liberal do 1895, com Eloy Alfaro na frente, o sentido de ser mestiço foi revalorizado e se constituiu na base da identidade nacional equatoriana (Ibidem).

O TAPS 1 se identifica como Shwar (informação verbal), da província de Morona Santiago e faz referência às carências desta nacionalidade quando fala da sua própria experiência sendo Shwar:

Soy de una comunidad marginada, yo pertenezco a la nacionalidad Shwar, hablo idioma shwar como idioma materno y hablo español como un medio de relación y comunicación. (...) En la Amazonía tenemos muchísimos recursos, aquí hay petróleo, hay minas, hay todo, en fin. Pienso que no está bien que siendo así, las familias amazónicas estén viviendo en ese estado crítico de vulnerabilidad, de extrema pobreza, de pertenecer al quintil 1 más pobre de la población (ENTREVISTA 8).

O TAPS 4 é da nacionalidade Kichwa Amazónica, seu autoreconhecimento como tal faz que ele tenha uma identidade forte e marcada, que o motiva a trabalhar e procurar mudanças na realidade (informação verbal). Neste sentido manifesta que:

Yo soy un Kichwa Amazónico, de la provincia de Napo. (...) Como TAPS, como Colegio de TAPS, como kichwa Amazónico que soy, quiero llevar la importancia de este tema de salud intercultural a la Asamblea. (...) Los TAPS sabemos la lengua, las costumbres, la alimentación de nuestras comunidades, sabemos cómo funcionan por dentro, nos posicionamos frente a las injusticias, porque somos parte de la comunidad, por eso protestamos frente a los prejuicios de las grandes fábricas que destruyen el medio ambiente (ENTREVISTA 11).

O TAPS 3 se identifica como mestiço (informação verbal), vive e trabalha em uma zona rural e agrícola de alta densidade indígena, que reconhece suas raízes kichwas puruhaes mas que se considera mestiça. Ele caracteriza sua comunidade desta forma:

Es una comunidad rural de una de las parroquias del cantón Guano, la mayoría de la población es mestiza, yo me considero mestizo también, somos de origen Puruha, pero mestizos. (...) Casi todas las familias que viven en la comunidad se dedican al comercio agrícola, viajan con legumbres para la costa (ENTREVISTA 10)

Os TAPS 2 identificam-se como montubio (informação verbal), tem uma identidade sumamente marcada, reconhece a importância de ser montubios, participar das festas, tradições e costumes do seu povo. Salienta a importância de valorar e reproduzir nas gerações os conhecimentos tradicionais de sua comunidade. Expressa este sentir e pensar nos seguintes términos:

La mayoría de la población de mi comunidad se auto identifica como mestizo, pero a mi criterio la mayoría tiene raíces del pueblo Manteño, de la cultura manteña, con las costumbres, creencias como fiestas de Pedro y Pablo; tienen mucho parecido con las comunas de Montecristi. Somos un pueblo montubio como quien dice y hay que tener orgullo de eso (ENTREVISTA 9).

O TAPS 5 indica que é recente sua autoidentificação como montubios (informação verbal), ele é diretivo da associação do povo e esse fato levou-o a se identificar como tal, sendo assim salienta que:

Hoy por hoy, y no sé si está por demás decirlo, hoy por hoy y desde la semana pasada que hubo una elección a nivel nacional; le comento, existen mayoritariamente tres pueblos en el Ecuador, no sé si usted tenga conocimiento, son el pueblo indígena, el pueblo afro y el pueblo montubio; entonces, el presidente del pueblo montubio del Ecuador, Manuel Gonzaga, fue reelegido justamente la semana pasada en las elecciones que se celebraron en la ciudad de Milagro, yo estuve dentro de su lista participando y gracias a Dios salió reelecto y ahora tengo el cargo de Secretario Nacional de este conglomerado. (...) Por ello yo me auto identifiqué actualmente como montubio (ENTREVISTA 7).

A TAPS 6 se auto identifica como Kichwa (informação verbal), indígena da serra:

Yo hablo poco kichwa y entiendo igual poco, me considero indígena kichwa de la sierra, mis raíces vienen de descendencia indígena y yo me considero y manifiesto ser indígena (ENTREVISTA 12).

Para os sujeitos de estudo a questão da raça e da nacionalidade importa, é um elemento da sua identidade que têm presente, que faz parte do seu conhecimento situado e que levam em conta diariamente.

6.2.1.1.2. Gênero

O gênero, desde uma perspectiva sociológica é entendido como uma construção social a partir da qual são atribuídos simbolicamente expectativas e valores que culturalmente homens e mulheres deveriam ter. Como Berger e

Luckman (2006) salientam, a partir da aprendizagem cultural do sistema patriarcal, as pessoas exibem papéis de identidade que foram assignados baixo a etiqueta de gênero. No desempenho de ditos roles os indivíduos participam do mundo social, e ao ser internalizados, cobram sentido socialmente.

Existe uma preponderância do masculino e uma subalternidade do feminino o que conforma os ingredientes principais que definem as relações de poder entre homens e mulheres e é a origem da violência de gênero (MAQUEDA, 2006). Mas nem todos os homens nem todas as mulheres são iguais, as teóricas da interseccionalidade, como desenvolvido no capítulo 2 desta tese, chamam a atenção para a análise em conjunto de categorias como gênero e raça. Neste sentido, ser homem Shwar por exemplo, é diferente de ser homem ou mulher mestiço.

No Equador se tem um registro de 2.050 formados e vinculados ao MSP, existe informação estadística das zonas e províncias donde eles trabalham; porém não existe um registro de TAPSs por sexo, gênero nem orientação sexual. O decreto 0066-1019 estabeleceu que o programa estava dirigido de forma especial para grupos prioritários, mas não foi identificada uma base de dados que evidencie tal indicação.

Os TAPSs que participaram deste estudo foram selecionados por seus próprios colegas, a partir de um processo de referência direta, excetuando o TAPS 5, quem foi selecionado pela pesquisadora a partir do critério de representatividade e acesso.

Dos sujeitos de estudo, 5 se identificam com o gênero masculino e o sexo homem e uma com o gênero feminino e o sexo mulher. O fato de os TAPSs referenciar em sua maioria a colegas homens evidencia uma ideia de superioridade masculina; se faz referência de quem é considerado importante, representativo ou que vale a pena ser levado em conta, ocorrência que aciona uma reflexão sobre como é ser mulher dentro dos TAPSs.

Todos os TAPSs foram perguntados se consideram ter alguma diferença entre seu trabalho e carga horaria em relação com seus colegas do sexo oposto, os homens não percebem esta diferença, encontram diferenças em outros níveis, mas não na categoria gênero.

Assim, a resposta do TAPS 2 indica que as diferenças existentes acontecem por conhecimentos técnicos, disponibilidade de tempo ou entrega ao serviço, mas não pela questão gênero:

En realidad, sí creo que hay una diferencia con algunas compañeras en cuanto al trabajo y la carga horaria porque, por ejemplo, hay algunos compañeros que tenemos un poquito más de conocimiento en otra área, hay algunos que tienen su fuerte en un área y otros en otra. Por ejemplo, yo tengo un poquito de fuerte en lo que es el área de TIC's un poco lo de computación y todo eso se me da. Entonces por tener diferentes conocimientos, ahora en pandemia me han dicho que colabore en el área de digitación del proceso de vacunación, o si me toca quedarme un poquito más tarde para colaborar yo sí me quedo. En cambio, a algunas compañeras solamente les solicitan que ayuden en la coordinación, en la parte de la logística, ya terminan su jornada, se van y ya culminan. (..) Pienso que todo depende de lo servicial que puede llegar a ser uno, lo que uno puede hacer y hasta qué punto puede hacerlo, siempre depende de eso. (ENTREVISTA 9).

O TAPS 3 não identifica diferenças entre o trabalho e a carga horaria que ele desenvolve em comparação ao trabalho de suas colegas:

Creo que solamente todos necesitamos más tiempo para realizar nuestras actividades de trabajo de forma general. Todos tenemos un horario de trabajo cargado, no veo diferencias (ENTREVISTA 10).

A realidade das comunidades é muito complexa, vários sujeitos trabalham em territórios de difícil acesso ou considerados de alto perigo. O TAPS 5, desde seu lugar de técnico e coordenador do coletivo, identifica que a questão gênero sim faz diferença, sobretudo na alocação dos profissionais segundo o contexto de cada comunidade:

Eso más bien es referente a la circunstancia laboral en la que se encuentran, porque hay realidades y realidades, en el manual del TAPS y en el manual del MAIS-FCI las actividades a realizar serían las mismas, pero en la realidad pues existen factores que determinan la labor que las compañeras deben cumplir. En base que hay lugares lejanos, de difícil acceso, sin condiciones que para las compañeras mujeres se dificulta un poco, más bien han existido acciones o soluciones en las que por la dificultad de acceso o peligrosidad del sector o de la comunidad, estos sectores han sido cambiados a los compañeros varones, más bien es eso, por peligrosidad o por ser lugares de muy difícil acceso se ha dado trato diferente (ENTREVISTA 7).

Por sua vez, a TAPS 6 manifesta uma resposta diferente, para ela ser mulher na sua área de trabalho é consideravelmente diferente de ser homem no mesmo espaço por conta do machismo ainda muito presente nas comunidades:

Es complicado, porque cuando se ingresa a las comunidades, por el hecho de ser mujer, y aquí va la frase: "nadie es profeta en su propia tierra", creo que todavía existe eso del machismo, en las comunidades donde se trabaja, la mayoría de los líderes son varones. Tomando en cuenta que hablar de salud es bastante complicado, que, en las

Asambleas comunitarias, cuando decimos que vamos a dar una información, nos dicen que bueno, pero como último punto, o que bueno, pero rapidito. Al llegar y hablar con el presidente de la comunidad y decirle yo soy la TAPS de este sector, nos dicen ah, bueno, mucho gusto y hasta allí llegamos. Esto es complicado, es bastante duro, como digo yo, es más práctico hacerse a la gente que hacerse a los directivos, y ganarse a las familias que a los espacios en donde los actores sociales se desarrollan (...) Pero como técnico mujer, sí es difícil, incluso se ve esto del morbo, de que no le hago caso porque es mujer, quizá sabe o quizá no. Entonces sí es más complicado. Es más complicado también porque aparte del trabajo que se tiene en el Ministerio, tenemos el trabajo en la casa, que el trabajo de una mujer no se termina a ningún momento, nunca (APÉNDICE L).

O fato de ser mulher, mãe e profissional traz uma carga de trabalho extra que a TAPS 6 relata assim:

Por ejemplo, yo me puse a estudiar para TAPS cuando mi nena tenía dos años, y pasarle dejando a la nena donde mi mami a las cuatro de la mañana que me iba, porque viajaba 3 horas y media para llegar a las 8 al instituto, regresar a las 5 que salíamos de allá, a las 8 de la noche le recogía a mi nena de donde mi mami, llegar a la casa, revisarle a mi otro hijo los deberes, alistar las cosas para el otro día, terminaba a las 11 de la noche recién de hacer las cosas de la casa y a esa hora recién ponerme a hacer los deberes que tenía que presentar al otro día. Sí es duro, como le digo, como TAPS a veces también no validan mucho nuestra voz o nuestro trabajo, por el hecho de ser mujeres, nos ponen incluso cargas más grandes, más responsabilidades, porque saben que somos multifuncionales y que podemos hacer varias cosas a la vez, entonces es haga no más, dará haciendo esto o lo otro. Llegamos a la casa a seguir trabajando y a atender a la familia (ENTREVISTA 12).

6.2.1.1.3. Trajetória laboral

A trajetória laboral faz referência a experiência previa dos TAPS nas diferentes áreas de trabalho, como indica Jiménez (2009) a trajetória laboral pode ser definida como as distintas etapas pelas quais transcorre o indivíduo ao finalizar sua formação profissional ou ao inserisse no mercado laboral.

Esta categoria informa sobre a mobilidade social do indivíduo, foram identificadas 4 áreas donde os TAPS se mobilizaram antes de sua inserção ao MSP: Voluntários, ONGs, Setor Público e Setor Privado. Da análise dos dados oferecidos pelos sujeitos de estudo posso se identificar que todos tiveram uma mobilidade ascendente na sua trajetória laboral, como manifestado pelos TAPSs, seus trabalhos anteriores tinham menor remuneração e/ou estabilidade, ou não eram o que a gostavam de fazer, nem um lugar onde podiam se sentir realizados.

O TAPS 1 indica que antes trabalhou no setor público, na área de educação intercultural bilíngue, pelo que já possuía experiência em implementar

temas de interculturalidade, mas não era o lugar onde se sentia realizado profissionalmente:

Antes de ser TAPS yo me formé como docente, trabajé un periodo, pero no me gustaba mucho y luego ingresé a trabajar en el municipio. en ese entonces se hizo la llamada a los TAPS, me gané la beca y comencé a estudiar (ENTREVISTA 8).

O TAPS 2 na sua juventude, enquanto se encontrava estudando outra profissão trabalhou no setor privado para custear a faculdade, manifesta que sempre esteve perto da área da saúde porque sua família trabalha nela, e por conta disso se vinculou como voluntario em diferentes programas:

(..) siempre colaboraba con el Centro de Salud, siempre estuve colaborando en los temas de salud y las personas del Centro siempre me llamaban cuando había campañas de vacunación o alguna actividad que requería de apoyo y yo iba. Muchas veces las campañas eran en lugares de difícil acceso y me llamaban, desde la directora de la Unidad de Salud, hasta los presidentes de los barrios porque sabían que tenía conocimientos y bases sobre los temas que hacían en salud y me gustaba colaborar; dos años estuve colaborando de forma voluntaria al Centro de Salud (ENTREVISTA 9).

O TAPS 3 tem uma similitude com o TAPS 1, trabalhou no setor público na área de educação cultural artística:

Yo siempre trabajé en el ámbito social, estaba trabajando en el MIES en unos proyectos de educación cultural artística, luego estos proyectos se cayeron y me quedé sin trabajo. En el MIES trabajé con educación inicial, soy docente de educación musical (...). Siempre he estado vinculado al trabajo social, eso es lo que a mí me gusta, ayudar a las personas, a todos los seres humanos les debería apasionar eso y bueno, a mí me encanta. Por las actividades y experiencia yo me desenvolvía en las comunidades, primero con la educación inicial con el CNH trabajábamos en las comunidades con los niños y con los actores sociales, los líderes de las comunidades (ENTREVISTA 10).

O setor público, Ministério de Inclusão Económica e Social e as ONGs que trabalham na Amazônia no tema de saúde, são as áreas onde o TAPS 4 já tinha experiência, durante vários anos:

Primero tuve una trayectoria de 5 años como voluntario de MAP Internacional, que es una ONG, donde hice mis primeros cursos durante 5 años trabajando con las comunidades en salud primaria, salud ambiental, haciendo brigadas y por ello me conocían bastante; más que nada en el Seguro Campesino donde hasta desarrollé proyectos de promoción de salud con la que actualmente es coordinadora zonal en la Zona 2, Dra. Mercy Almeida como promotores de la salud. También trabajé haciendo proyectos de alimentación saludable, porque, como Ud. debe conocer, dentro de la cultura amazónica, así como en la serranía en las comunidades los niños carecen de una buena alimentación, hay bastante desnutrición infantil. A mí me gustaba y me gusta aún trabajar en salud infantil y salud materna Luego, una doctora que es bastante amiga me contactó, yo estaba trabando en el MIES como Técnico en Desarrollo Infantil, ella

me llama y me dice –están buscando gente para una capacitación, para ser TAPS-, como a mí siempre me ha gustado el tema de la salud dije bueno, vamos; si 5 años estuve de voluntario ésta era mi oportunidad. Desde los 13 años estaba vinculado al trabajo en la comunidad, estuve al frente también de lo que era CODI y del INNFA, fundaciones que daban alimentación y prestaban cuidado a los niños; yo antes de tener hijos mismo ya era presidente de ahí, porque mi hermana trabajaba de cuidadora de los niños y entonces se agrupaba a los padres de familia para elegir presidente y a veces no querían ir, yo me postulaba y ayudaba (ENTREVISTA 11).

O TAPS 5 trabalhava em uma área diferente da saúde, seu desejo por participar da política o levou até o programa dos TAPS, manifesta que em seu antigo trabalho era reconhecido e recebia um bom salário:

Para ser TAPS tuve que dejar mi trabajo, donde ganaba bien, en ese entonces estaba soltero, no tenía demasiadas cargas familiares, me gustaba lo que en ese entonces estaba realizando, me gustaba mi trabajo, estaba de administrativo en la bodega general de Almacenes La Ganga, tenía una sub-jefatura, estaba de secretario provincial. Yo en realidad no estaba buscando trabajo, estaba buscando estar inmerso en el tema político (ENTREVISTA 7)

A TAPS 6 por sua origem social e familiar teve que deixar sua casa cedo para trabalhar em uma empresa privada e poder terminar o ensino meio, logo depois entrou no programa dos TAPS:

(...) me gradué en Cayambe, estudiaba y trabajaba, dado que como decía mi mami, nos había dado a todos la escuela, pero de ahí la secundaria, de los cuatro que nos graduamos, porque solo cuatro somos graduados, el resto no, nos pagamos prácticamente cada uno trabajando y estudiando a la par. Yo trabajaba en un vivero haciendo injertos durante tres años (ENTREVISTA 12).

6.2.1.1.4. Origem social

A origem social faz referência ao lugar na escala social da família dos TAPS, é importante levar em conta esta categoria porque informa sobre a mobilidade social que o sujeito fez em relação com sua história familiar. Os estudos da área mostram que uma origem social familiar alta aumenta as chances de alcançar um nível alto de estudos e um uma melhor situação laboral; e também uma origem baixa diminui essas chances (BOWLES e GINTIS, 2002). Assim também, o lugar da família na escala social refere sobre o ambiente donde cresceu o sujeito, sua visão do mundo e suas necessidades.

Na maioria os TAPS referem uma origem social baixa, relatam situações de pobreza e discriminação e como isso os marcou.

O TAPS 1 é parte de uma comunidade marginalizada, que não possui os recursos necessários e indica o seguinte:

Lo más triste y difícil que día a día enfrento es ver la realidad de extrema pobreza en la que crecí, no es que las personas no tengan qué comer, es que no tienen los recursos suficientes ni el conocimiento para cuidar de su salud, eso es estar en situación de vulnerabilidad, es no respetar sus derechos. Vivir esto es lo que más me impactó en la vida y lo que me deja inconforme hasta la actualidad (ENTREVISTA 8).

Para o TAPS 2 a realidade não foi muito diferente, ele foi criado por seus avos no morro, na comunidade onde nasceu e anos depois foi até a cidade, a morar com sua mãe; relata sua história neste sentido:

No nací en esta comunidad donde trabajo ahora, yo soy de Portoviejo para allá, por el monte, cuando mi mamá vino a trabajar acá me trajo, llegué como a los doce años aquí, yo vivía con mis abuelos y ya mi mamá me trajo cuando era más grande porque ya tenía su compromiso y su trabajo acá, estaba estable y me podía dar una mejor vida. (...) Yo nací y tengo familiares que viven en estas zonas que le comentaba, cuyo acceso se da solo por gabarra; el año antepasado fui para allá con una brigada del gobierno provincial, me di cuenta de que no tienen medicina, no les hacen llegar los medicamentos, no es como aquí que se les da medicina, allá no llega nada (ENTREVISTA 9)

O TAPS 3 manifesta episódios de discriminação por conta da sua origem humilde e como isso o marcou:

Yo vengo de una familia humilde, que ha conocido la necesidad, que ha conocido la pobreza, y ha sentido la necesidad de progresar con el esfuerzo y el trabajo de uno mismo; si bien existen personas que pueden ayudar y no lo hacen pues, creo que esa parte es la que marca al ser humano porque en este caso me marcó a mí y a mi familia. Se dio la oportunidad de ir creciendo poco a poco, mis padres tuvieron la oportunidad de estudiar solamente el nivel básico, lo que antes era solamente la escolita, tuvieron un nivel de instrucción bien básico y por ello han sufrido el desprecio de la gente, la humillación y la discriminación. Pienso que estas realidades marcan a las familias y algunas personas deciden irse por el camino del vandalismo o de las cosas fáciles; pero hay otro grupo de personas que tienden a educarse, a superarse, a salir adelante por sí solos, con el único afán de progresar, creo que todos los seres humanos somos capaces, de ahí viene la necesidad de involucrarse en cosas nuevas, seguir preparándose, no por orgullo y sí porque somos capaces de cumplir muchos sueños y seguir superándonos en la vida (ENTREVISTA 10).

A situação do TAPS 4 é um pouco distinta, ele, apesar de pertencer a uma nacionalidade cuja situação socioeconômica é vulnerável, é parte de uma família que sempre liderou e teve relevância política; pelo que, o reconhecimento e as oportunidades que ele teve ajudaram a que desde os 13 anos esteja vinculado ao trabalho comunitário, isso evidencia em seus relatos desta forma:

Mi mamá es una persona, una madre muy culta y bondadosa, solidaria, apoya siempre a sus familiares, a toda la gente, a los visitantes siempre les da algo, si tiene algo demás siempre comparte con todos. Mi papá también, él ha sido siempre un líder comunitario, no de los más reconocidos, pero su trabajo fue muy importante sobre todo en el proceso de formación y creación de algunas comunidades de La

Rivera, también fue una de las personas que sensibilizó a la gente de nacionalidad wao, su ejemplo de liderazgo me guío. (...) Desde los 13 años estaba vinculado al trabajo en la comunidad (...) a los 13 ya fui vocal (ENTREVISTA 11).

Para o TAPS 5 a origem social marcou sua infância, morava em um lugar de alto perigo pelo que tem lembranças de violência muito fortes:

Estuve viviendo en el Guasmo Sur hasta cuando tuve 8 o 9 años, de ahí fue a vivir en lo que anteriormente le llamaban las invasiones, o sea, los lugares donde la gente coge los terrenos y se asienta a vivir. Mi mamá se separó de mi papá y nos sacó de allá porque no quería que sus hijos crezcan en un ambiente bastante peligroso. Allá en el Guasmo había balaceras, los perdigones caían en el techo de la casa casi a diario por las tardes y las noches por las peleas de bandas y de territorio. Por eso nos fuimos para la invasión, allá hicimos vida (ENTREVISTA 7).

A TAPS 6 é de origem campesina, foram colonos de grandes fazendeiros; ao sair da fazenda sua família trabalhou na lavoura:

Mi familia es de la parroquia de Cangahua, mi mamá es de la comunidad que se llama San Luis de Guachalá, mis abuelitos de parte de mi mami y de mi papi eran trabajadores de hacienda, huasipungueros les decían, mi papá es de una parte alta de Cangahua, de Porotog. Mis papás eran trabajadores de la hacienda y se conocieron ahí, cuando salieron de la hacienda mis abuelos se dedicaron a la agricultura, cultivaban verduras y hortalizas en la parte baja; en cambio, en la parte alta cultivaban cebollas y papas (ENTREVISTA 12).

6.2.1.1.5. *Conhecimentos*

O conhecimento, relacionado à informação e capacidades que as pessoas possuem sobre uma área determinada, informa nesta pesquisa das habilidades e ferramentas que os TAPSs possuem para decidir em situações determinadas do seu trabalho. Sendo assim, três subcategorias de conhecimento foram identificadas nos sujeitos: científicos da saúde, ancestrais e da realidade social.

Todos os TAPSs receberam uma formação institucional sobre conhecimentos básicos de saúde, estudaram dois anos nos institutos designados pela SENESCYT e cumpriram com a grade estabelecida. Pode se afirmar que estão capacitados para identificar os principais sinais de alarme nos usuários/pacientes e realizar as referências requeridas. Os TAPSs não estão capacitados nem é permitido a eles fazer diagnostico de doenças ou prescrição de medicamentos.

Os conhecimentos sobre a realidade social das comunidades donde trabalham é, assim mesmo, inato ao seu rol; o TAPS realizou durante a formação dois anos de trabalho em campo, fazendo o levantamento de dados e mapas de

saúde e riscos da população. Na atualidade as atividades de análise situacional e atualização da análise situacional são centrais no trabalho destes burocratas.

Os conhecimentos ancestrais têm a ver com as práticas tradicionais das comunidades no processo de saúde-doença. Questões como as bênçãos, limpezas energéticas, uso de ervas ou chás medicinais para enfrentar as enfermidades fazem menção a esta subcategoria, assim como o trabalho dos TAPSs em conjunto com os sábios para o cuidado da saúde da comunidade. Cada nacionalidade e povo possui práticas e atores para procurar a saúde conforme indicado na categoria nacionalidade.

Os dados indicam que os TAPSs possuem conhecimento científico de saúde e da realidade social por igual, é um requisito próprio do seu trabalho. Mas, em questão dos conhecimentos ancestrais em saúde, alguns técnicos não fazem referência a este conhecimento, outros declaram que conhecem alguma coisa sobre este tema e outros conhecem, praticam e implementam práticas ancestrais de saúde nas comunidades.

Para o TAPS 1 a formação que receberam todos os técnicos foi em três níveis: humano, técnico e científico; isso faz que sejam profissionais integrais e que possam atuar e responder às necessidades da comunidade:

El TAPS está formado en tres niveles: nivel humano, científico y tecnológico; porque digo esto, porque a nivel humano el TAPS está formado eminentemente para trabajar con la humanidad con los seres humanos; nivel técnico y tecnológico porque estamos haciendo investigación, usando y conociendo la tecnología, creando proyectos de acuerdo a la necesidad de las comunidades; a nivel científico estamos formados porque podemos identificar, a partir de la ciencia, factores de riesgo en nuestras comunidades (ENTREVISTA 8).

Sobre os conhecimentos ancestrais e da comunidade ele manifesta que:

En mi unidad hay dos parteras, pero que no son reconocidas por el MSP, han venido trabajando y practicando a lo largo del tiempo, en mi nómina yo trabajo con una de ellas, que es la que más reconocimiento tiene de la comunidad y quien más se interesa por trabajar en conjunto cuando había alguna emergencia con las embarazadas, o en las madrugadas alguna gestante necesitaba algo, ella acudía. Yo veo importante la figura de estas personas y además creo necesaria la capacitación para que podamos aprovechar este recurso de vital importancia. En la comunidad también hay 4 shamanes, yo he trabajado con uno de ellos (ENTREVISTA 8).

O trabalho em território e o conhecimento da comunidade foi central na formação dos TAPSs e assim o reconhece o TAPS 2:

Así comenzaron nuestros estudios, dos años estuvimos vinculados a Distrito, trabajando en temas de territorio, fortaleciendo la lucha contra

el dengue y el trabajo intersectorial con el GAD, esas fueron las experiencias más fuertes que tuvimos y las que formaron nuestro trabajo, nuestra labor diaria (ENTREVISTA 9).

Para ele os conhecimentos ancestrais não são centrais no trabalho, reconhece sua existência e importância, mas não na sua comunidade:

Curanderos hay en mi comunidad, hay como dos; ya parteras no hay, la última partera falleció hace tres años, con 93 años de edad y no dejó a nadie que siga con eso, casi a nadie le gusta en la comunidad dedicarse a eso; hay una señora que dice que en su tiempo de juventud realizaba esa labor, pero ahora ya no lo hace porque tiene una discapacidad, ahora nadie hace ese trabajo, a nadie le ha nacido esa vocación (ENTREVISTA 9).

O TAPS 3 indica nas entrevistas que tem interesse por conhecer mais sobre as práticas ancestrais de saúde já que gosta do tema e a comunidade demanda isso dele:

Yo soy una persona muy creyente, soy católico, me gusta esto de las limpias, de las personas que cavan, de los que buscan la sanación por medio de los rituales, si se puede llamar así, entonces se me ha hecho muy fácil y conozco muchas tradiciones del país. (...) Si bien no entiendo bien cómo funciona el poder de los conocimientos ancestrales si me gusta y me llama mucho la atención, he conversado mucho con los sabios ancestrales, he participado, colaborado, siempre respetando mucho. (...) Y es importante transmitir el conocimiento, yo estuve muy interesado en que los yachaks, las parteras y parteros nos den una capacitación a nosotros los TAPS (ENTREVISTA 9).

Para o TAPS 4 o conjunto de conhecimentos que ele e seus colegas possuem é transcendental, já que conseguem ter uma visão integral da saúde, levando em conta os aspetos culturais centrais:

(...) nuestra importancia es central, porque tenemos conocimientos tanto técnicos como de manejo comunitario, sabemos la lengua, las costumbres, la alimentación de nuestras comunidades, sabemos cómo funcionan por dentro, nos posicionamos frente a las injusticias, porque somos parte de la comunidad (ENTREVISTA 11).

O TAPS 5 salienta a importância de os técnicos conhecer de perto a realidade da comunidade para assim responder as necessidades:

(...) podemos conocer a nuestra comunidad, que como tal, saliendo de ella, sabes sobre los inconvenientes que tiene la misma en el tema salud, sus problemáticas (...) Por el propio hecho de que los TAPS, desde su perfil son profesionales que deben ser parte de la comunidad, justamente por eso conocemos tanto la cultura mismo como el idioma (ENTREVISTA 6).

A TAPS 6 considera que seu conhecimento tanto científico como ancestral e da comunidade faz que seja uma espécie de mediador entre o MSP e a comunidade que permite a articulação entre os saberes:

Un TAPS es un mediador, no es 100% occidental ni 100% ancestral, porque así como hay personas, que ahorita le manifesté, que existen las parteras, que tienen su conocimiento hasta cierto nivel digamos, y después refieren a los pacientes al Ministerio; nosotros como Ministerio deberíamos aceptar y trabajar en conjunto con estos saberes, tal como manifiesta el manual del MAIS que se debe identificar, fortalecer y trabajar de manera conjunta entre los sabios conocedores de la medicina ancestral y de la medicina occidental (ENTREVISTA 12).

6.2.1.1.6. Valores

Os valores entendidos como critérios éticos, princípios, qualidades ou virtudes da pessoa importam na análise do processo de toma de decisões. Rauchsmayer (2001) indica que a análise da toma de decisões raramente tem levado em consideração critérios éticos normativos, apesar de que no setor público isso é um fator de primeira ordem. Nesta linha a identificação dos valores humanos, religiosos ou comunitários dos TAPSs ajuda a entender, junto as outras categorias como são tomadas as decisões ou como a discricionariedade acontece.

Para a análise desta categoria se levou em conta as referências que os próprios TAPSs fizeram dos seus valores; a maioria deles fazem menção ao serviço ou entrega no trabalho dentro dos valores humanos; da solidariedade, o trabalho em equipe e o cuidado do mais débil como valores da sua comunidade ou comunitários; da fé e caridade como valores religiosos; aspetos que levam em conta quando realizam seu serviço.

Para o TAPS 1 a comunidade está em primeiro lugar e o serviço a ela é mais importante que sua própria saúde, esse é o princípio que determina sua atuação:

En el caso de la pandemia, por ejemplo, trabajamos muy duro por la comunidad, quizá por eso me dio COVID, me contagié no por estar durmiendo en mi casa, si no por estar trabajando 8 horas, a veces más, en una pandemia donde los compañeros colegas decían no te vayas Wilson, no queremos ir a campo porque vamos a morir. La realidad en el Ecuador era una, en la Amazonía otra, yo tenía que defender la salud, para llevar a las personas lo que necesitaban porque estoy para servir (APÉNDICE H).

Manifesta também possuir valores religiosos de fé quando atribui sua saúde e seu futuro a uma vontade superior que guia seu caminho:

Lo vivido en la pandemia es algo que me marcó, lo tengo presente siempre y lo tendré si Dios me da salud y así lo permite, porque sé que salvamos muchas vidas (ENTREVISTA 8).

Dentre os valores humanos o TAPS 2 manifesta que para ele o serviço, a solidariedade e a vocação de ajudar é importante e o que guia seu trabalho:

Yo siempre he tenido la vocación de ayudar a los demás y a la final, uno tiene que obrar bien en esta vida para recibir buenas cosas, y aparte de eso hay personas que en realidad se merecen ayuda; uno a veces puede ver a una persona sonriente o feliz de la vida, pero tiene que complementar con una conversación bien amena para conocer mejor a esa persona, ese apego es el que yo he tenido y el compañero que me ha tocado de TAPS es igual, nosotros no vemos horario de trabajo, tenemos la vocación de ayudar. (...) Para ser un TAPS quien me ha inspirado creo que ha sido mi madre, que tiene esa vocación de ayudar a la gente, siempre él me ha recalado que es una de sus mayores virtudes, ella, por ejemplo, a veces sale de vela y si la gente le pide ayuda o que se quede un día más ella se queda. Ella me inculcó que al que obra bien siempre le va excelente y va a recibir el beneficio de la vida. Para mí, mi trabajo es mi vocación, me siento grato y feliz de poder ayudar y seguir haciéndolo. (ENTREVISTA 9).

Para o TAPS 3 sua religião é muito importante e neste sentido é a fonte dos valores que pratica no seu dia a dia:

Yo soy una persona muy creyente, soy católico (...) Siempre he estado vinculado a ayudar al prójimo, a hacer trabajo social, eso es lo que a mí me gusta, ayudar a las personas, a todos los seres humanos les debería apasionar eso y bueno, a mí me encanta (ENTREVISTA 10).

O serviço e a ajuda à comunidade são princípios fundamentais na vida do TAPS 4, quem desde muito jovem ajudava em seu território, como indicado, ele participou nas assembleias comunitárias desde cedo e também em voluntariados para atender à saúde de seu povo:

Creo que para mí esto fue un don, que nací con esta bondad de trabajar para la comunidad y que se fue desarrollando con el tiempo, yo soy una de las personas que lucho por mi cultura (ENTREVISTA 11).

O TAPS 5 indica que o principal valor que um técnico de saúde deve ter é ser humano, se compadecer pelas necessidades e dores dos outros e sempre estar disposto a ajudar, neste sentido manifesta que no exercício do trabalho, o TAPS se torna amigo das famílias e como tal deve atuar: *“muchas veces te ven como un consejero, como una mano amiga, tienes la confianza de esa familia y de esa comunidad”* (ENTREVISTA 7). Para ele, o perfil do TAPS além de ser de liderança, precisa de certos valores importantes: *“se necesita un perfil para ser TAP, dentro de este perfil se requiere tener un don de servicio, ser cálido, humano, con perfil de liderazgo, entre otras virtudes”* (ENTREVISTA 6).

Os TAPSs são servidores públicos, e nesse sentido a TAPS 6 entende que sua função é servir no lugar que se encontram, neste caso servir à comunidade, para ela, o valor que dirige seu trabalho é o serviço, e manifesta

que: *“somos servidores públicos, estamos para eso, para servir al público, el valor más importante que debe tener un TAPS es el servicio”* (ENTREVISTA 12).

6.2.1.1.7. Colonialidade

A categoria Colonialidade permite olhar para as estruturas detrás do trabalho do TAPS, o lugar que ocupa dentro das mesmas e a origem da sua realidade laboral cotidiana, esta categoria foi dividida em dois: Colonialidade do poder e Colonialidade do saber, conforme os apontamentos feitos pelo sociólogo peruano Anibal Quijano (2000).

O termo Colonialidade do Poder faz referência ao sistema de dominação próprio do mundo moderno capitalista, que teria seus inícios com o colonialismo europeu, no século XVI. Dito sistema associa raça e divisão de trabalho de forma estrutural; em dita divisão racial do trabalho, o último lugar é designado para homens e mulheres indígenas e negros. A Colonialidade do poder, como indica Quijano (Ibidem), é o sistema que organiza as sociedades pós-coloniais, que a partir de uma ideia de superioridade racial classifica as pessoas.

As estruturas do Estado, suas organizações e funcionários são parte deste sistema e neste sentido reproduzem a Colonialidade; no caso dos TAPS é possível observar como, desde o Estado, foi expressamente solicitado a eles ser parte de uma comunidade e estar respaldados por ela; os atores sociais manifestam que essa condição é uma vantagem e desvantagem ao mesmo tempo: uma vantagem porque eles conhecem a comunidade e podem chegar a ela; e, uma desvantagem porque dentro da comunidade seu trabalho nunca termina, não tem horários, nem são valorizados, pelo que se sentem explorados. Além disso, os TAPSs são orientados a cumprir diversas funções, muitas delas que não se encaixam no seu perfil profissional, como limpeza, guarda etc.

O TAPS 1 considera lamentável o que o governo faz com os TAPSs, no sentido de não reconhecer seu trabalho, mesmo que foram profissionais que estiveram na linha de frente nos piores momentos da pandemia:

Es realmente lamentable lo que están haciendo con nosotros los TAPS (...) las autoridades, el presidente, a través del Ministerio nos ha menospreciado, a pesar de que por causa de la pandemia que ha azotado a nivel mundial, los que estuvimos en la línea de frente, en primera línea de atención fuimos nosotros (ENTREVISTA 8).

O TAPS 2 evidencia suas vivências de Colonialidade do poder ao mencionar que o trabalho que realizam não é reconhecido, trabalham mais que

o horário estabelecido e isso não é remunerado e mesmo assim continuam firmes nos postos de trabalho, por seu compromisso com a comunidade:

A veces no nos saben valorar, o nos quieren poner obligaciones que no nos competen, pero igual le damos la cara (...) mientras la comunidad reconozca nuestro trabajo y lo apoyen, yo me siento orgulloso (ENTREVISTA 9).

Para o TAPS 3 a realidade não é diferente, indica que seu trabalho dentro da comunidade não tem horários, não termina nunca: *“nuestra actividad es diferente de otros funcionarios de otros ministerios y de otros profesionales de la salud, porque nosotros trabajamos todo el tiempo con la comunidad”* (ENTREVISTA 10). A falta de reconhecimento é também uma coisa que enfrenta e sente no trabalho:

Porque el TAPS ha sido subutilizado y designado en actividades que no han sido valoradas (...) no hemos sido valorados ni reconocidos por parte del Ministerio (...) Cuando se hizo la Ley Humanitaria ni siquiera fuimos tomados en cuenta, ni nombrados fuimos. Entonces eso nos debilitó psicológicamente como TAPS y lastimosamente no hay ninguna acción o manifestación de parte de las autoridades o de parte del Ministerio para reconocer nuestro trabajo ni antes, peor durante la pandemia (ENTREVISTA 10).

Os testemunhos do TAPS 4 permitem observar que a situação de Colonialidade destes profissionais se aprofundou mais com a pandemia, eles têm contato direto com a comunidade, são parte e vivem dentro dela, e mesmo assim não receberam o trato, reconhecimento, nem implementos que outros profissionais de saúde receberam:

(...) nos hicieron prácticamente a un lado como personal de salud, nunca se nos reconoció que somos profesionales de salud y por eso no nos dieron materiales ni prendas de protección, sólo mandaron para los médicos, enfermeros y odontólogos, a nosotros nunca hubo nada. Nos dijeron que para nosotros no alcanzaban los materiales y a pesar de eso nos mandaban a trabajar, a hacer visitas, a hacer el cerco epidemiológico, fuimos las personas que más contacto tuvimos con las personas que tenían COVID en las comunidades, porque vivimos ahí, somos parte de ella. (...) Pasar la pandemia fue duro, no recibir ni los mínimos implementos de bioseguridad, ser tratados como la última rueda del coche, como conejillo de indias, ha sido lo más difícil que he afrontado en mi trayectoria como TAPS (ENTREVISTA 11).

A Colonialidade do poder foi evidenciada pelos TAPSs desde os primórdios da implementação do projeto que os criou, quando estavam no processo de formação eles indicam que não tinham salas de aulas, que receberam as aulas embaixo de arvores ou nas casas de colegas ou professores, que não receberam as bolsas em tempo e depois os salários, sobre isso o TAPS 5 manifesta que:

Bueno, pues han sido muchos obstáculos que hemos tenido que enfrentar, desde que éramos estudiantes, que recibíamos el sueldo cada seis meses, cuando éramos estudiantes no teníamos aulas, éramos un proyecto piloto, recibíamos clases debajo de un árbol, en la casa de algún compañero, en la casa de algún tutor, bueno, fue muy duro en los compañeros que resistieron y lograron graduarse como TAPS (ENTREVISTA 6).

Assim também, quando já profissionais vinculados ao MSP, e até agora, os TAPS relatam que suas funções não são bem delimitadas, o desconhecimento dos diretores das Unidades Básicas de Saúde faz que eles se vejam realizando qualquer serviço, o que o diretor precisa em determinado momento. Em palavras do TAPS 5 isso foi desde o início: *“cuando entramos a laborar fuimos a cumplir funciones de portero, de barrendero, de ayudante, de todo. Entonces todo eso nos afectó mucho y hasta ahora cumplimos funciones que no nos competen”* (ENTREVISTA 6).

A TAPS 6 reconhece uma intenção por parte do MSP de valorar o trabalho dos TAPS, mas que não é concretizada, porque no momento de realizar ações em defesa ou fortalecimento destes profissionais não se observam resultados:

El propio Ministerio ha manifestado que somos importantes, pero no se ve realmente valorado, se queda en la palabra de que es importante que existan los TAPS, es muy relevante porque ha mejorado esto o lo otro, pero el rato que se solicita que se complete la brecha de los TAPS, que se cumpla la normativa y que en todos los lugares haya TAPS, no hay la predisposición de que eso se ejecute (ENTREVISTA 12).

Uma esfera da Colonialidade do poder é a Colonialidade do saber, ela é entendida desde a ideia de que o conhecimento europeu (acadêmico-científico) é a única forma de conhecer o mundo, negando qualquer produção de conhecimento alterna (indígena, afro, feminista etc.). O TAPS por um lado possui um conhecimento acadêmico científico, e por outro, seu conhecimento das práticas ancestrais é importante para ele, conforme indicado na categoria conhecimento; mas, desde o MSP é indicado que um está por cima do outro.

O TAPS 1 permite observar que a partir da formação que recebeu, entendeu que a saúde ancestral é uma alternativa à saúde ocidental, e que deve ser indicado na comunidade a procura pelos serviços de saúde institucionalizados preferivelmente:

La población acude a estos sabios de la salud ancestral en casos de emergencia o en horarios en los que los centros de salud no están abiertos, hemos trabajado mucho diciéndoles que no se puede jugar con la salud, que deben acudir a los centros del Ministerio, llamar a la ambulancia, contactar a los TAPS a la hora que sea. A la comunidad orientamos que cualquier emergencia obstétrica sea inmediatamente

notificada y vayan al hospital; ya cuando las personas tienen algún malestar y acuden al shaman, no les decimos que no lo hagan, hay que ser muy respetuoso con esto (ENTREVISTA 8).

As recomendações que os TAPS estão orientados a transmitir nas comunidades procuram reduzir os índices de parto domiciliar com parteiras ou atendimentos de emergências por parte de sábios ancestrais, as testemunhas dos TAPS 2 e 6 assim indicam:

Algunas personas van a los curanderos, pero más van a otras comunidades, principalmente a Montecristi que ahí hay un curandero, recuerdo que tuvimos una persona de la comunidad que fue mordida por una serpiente, se fue donde el curandero, cuando nos enteramos al otro día, tenía la pierna hinchada, lo llevamos de emergencia al hospital con mi otro compañero y el médico, gracias a Dios se salvó; pero él prefería ir al curandero que ir al hospital, le dijimos que es algo serio, no puede jugar con su salud (ENTREVISTA 9).

Se han visto captaciones de gestantes un poco tardías dado que al ser un a población indígena todavía no aceptan la atención médica, ni acuden tempranamente a los controles, en esos casos tenemos que ir, convencerles, ganarnos a ellas, a las familias y a través de eso ir las captando y acercarlas al Ministerio para que ya no tengan partos en los domicilios y más bien sean partos institucionalizados (ENTREVISTA 12).

O MSP não reconhece os TAPSs como profissionais da saúde, e sim como servidores de apoio; porém eles realizam atividades relacionadas à saúde, promoção e prevenção, a falta deste reconhecimento resulta em práticas discriminatórias e produz um sentimento de inferioridade nos técnicos, já que seu saber e seu trabalho são considerados inferiores.

Para o TAPS 1 lidar com esta realidade é um dos principais obstáculos, já que afeta não só sua figura profissional, mas também seus ingressos econômicos e sente uma vulneração neste sentido:

Nos han venido vulnerando los derechos y ahora lo continúan haciendo, antes no nos reconocían como profesionales de tercer nivel, nos contrataron como servidor de apoyo 3 no como profesionales de la salud, generando en nosotros malestar, tenemos familias que mantener, respondemos a una comunidad (ENTREVISTA 8).

Como resultado destas realidades o TAPS 3 informa que o sentir dele, que poderia ser o de todos seus colegas é de decepção: *“Creo que estamos muy desanimados, muy desmotivados, hemos sido menospreciados y discriminados”*. Dito sentir se reforça quando o TAPS não recebe os insumos necessários para seu trabalho, recebe as coisas que estão em desuso ou que outros profissionais rejeitam, relata esses episódios assim:

Si bien por ahí a veces nos dan alguna cosa, algún insumo, en mi experiencia, ha sido material que tal vez porque han ido a bodega, limpiado y han visto que eso está demás, ahí dicen esto para que cojan los TAPS; igualmente con algún equipo que se va a dar de baja y nadie lo va a necesitar, ahí nos preguntan si queremos y nos dan, más o menos como lo último, lo que sobra (ENTREVISTA 10).

A subestimação do seu conhecimento sente o TAPS 4 na falta de validação por parte do MSP de seu nível académico, indica que a instituição reconhece sua formação como equivalente a ensino médio e não como faculdade, por conta disso o Colégio de TAPS do Equador iniciou um processo no judiciário para reivindicar os seus direitos:

Nos encontramos en una disputa con el Ministerio de Salud para que se nos reconozca, ya que ellos dicen que nosotros somos por poco bachiller, no nos designa como profesionales de la salud de tercer nivel, nos encontramos en el limbo. Por ello también hemos presentado una acción de protección, estamos en la Acción Extraordinaria. (ENTREVISTA 11).

6.2.1.1.8. *Capital*

Bourdieu desenvolveu a teoria dos capitais (2000). O sociólogo indica que dentro dos diferentes campos ou espaços onde o indivíduo se desenvolve, existe uma “força” ou uma “energia da física social”, denominada capital; força que faz referência aos bens materiais e simbólicos que a pessoa possui.

Bourdieu distingue quatro tipos de capital: económico, que faz referência aos recursos e propriedades dos que dispõe o sujeito; cultural, que tem a ver com os títulos académicos e recursos cognoscitivos da pessoa, saberes herdados, capitais culturais objetivados e aqueles obtidos pela experiência; capital social, relacionado com a rede de relações, conexões e obrigações sociais do indivíduo dentro de um grupo social determinado; e, simbólico, que é o capital económico e cultural, quando conhecido e reconhecido em um espaço social.

Levar em conta o capital do sujeito de estudo ajuda a entender quem é e como se desenvolve dentro da sociedade, estas realidades que atravessam o sujeito se fazem presentes na cotidianidade, falam de quem é. Neste sentido, é identificado que os TAPSs possuem mais capital social e cultural, que económico e simbólico.

Os TAPSs como funcionários de apoio 3 na escala de servidores públicos, recebem um salário de 675 USD, se encontram no lugar 5 de 20 na escala onde o 1 é o salário mais baixo e o 20 o mais alto. O salário básico do Equador é 425

USD e a cesta básica tem um custo de 709,40 USD (INEC, 2021). Neste cenário, o TAPS não possui um considerável **capital económico**; além disso, dos dados recolhidos na categoria origem social, se determina que a procedência humilde destes servidores é mantida, embora haja evidências de uma certa mobilidade em direção a uma classe média.

Como **capital cultural** dos TAPSs se registra que todos eles obtiveram a formação académica requerida pelo MSP para ser considerados técnicos de atenção primária em saúde. Também possuem saberes sobre saúde ancestral que foram herdados de seus antepassados, como o caso da TAPS 6, segundo ela todos os colegas TAPSs da zona sabem realizar limpas energéticas ou bênçãos, porque é um assunto muito importante na comunidade. Assim também, o TAPS 1 declara que possui conhecimento de saberes ancestrais porque o xama da comunidade o instruiu:

El shamán me dijo, tú que trabajas con la gente en las comunidades, de repente te dé el COVID yo te voy a defender con esta medicina y me instruyó a tomar el jengibre licuado con ajo jugo de limón. Adquirir estos conocimientos para mí fue importantísimo (ENTREVISTA 8).

Todos os sujeitos de estudo, pela experiência, pelo lugar que ocupam na comunidade e por pertencer ao MSP possuem e aumentam seu capital cultural no exercício das suas funções.

No que diz ao **capital social**, dado que uma das atividades que o TAPS realiza é a articulação intersetorial entre Ministérios, ONGs e empresas privadas, sua rede de conexões, relações, e obrigações sociais dentro do MSP e da comunidade é grande. Eles declaram relacionar-se e manter contatos em várias esferas e instituições do governo e do setor privado, assim como canalizar recursos que recebem destes lugares para a promoção em saúde e prevenção de doenças na comunidade.

Os TAPSs que também desenvolvem cargos diretivos no CNTAPS têm ainda mais capital social que é utilizado para benefício da comunidade. Eles são cientes da importância de manter conexões e relações estratégicas, neste sentido o TAPS 4 manifesta que:

Debemos tener aliados en las altas esferas de poder, gente que entienda de salud integral e intercultural, porque si no solo son palabras, esa integralidad o interculturalidad no se ve, se ve una salud como negocio (ENTREVISTA 11).

O TAPS 5 relatou como os políticos procuram dentre o CNTAPS líderes para ser parte das chapas nas eleições e como seu posto é estratégico por conta de ser uma ponte entre os serviços de saúde e a comunidade; por isso podem usar recursos de campanhas ou dos próprios políticos para sua comunidade, ao finalizar o relato o sujeito manifestou: *“mire hasta dónde es el poder de un TAPS, de forma política se lo digo, el poder de un solo TAPS, imagínese”* (ENTREVISTA 7).

Como formas de **capital simbólico** identificadas na pesquisa, os sujeitos informam a existência de um reconhecimento do capital econômico e cultural maior desde a comunidade que desde o MSP, os dois espaços sociais principais nos quais eles se desenvolvem. A comunidade reconhece e agradece os esforços e ações que o TAPS faz por ela, e vê neles uma espécie de autoridade já que são parte de um ministério e receberam uma formação acadêmica.

O TAPS 1 indicou que quando *“un TAPS va ya le reconocen como parte de la comunidad, saben muy bien quién es y nos facilitan la entrada para que la promoción y prevención en salud llegue a las familias”* (ENTREVISTA 8).

O reconhecimento que os TAPSs recebem da comunidade é suficiente no seu sentir geral, para eles que sua própria gente valora seu trabalho, seu conhecimento, sua luta é muito importante:

Yo me siento orgulloso, porque a nivel de territorio, no hay nada más grato de que te den unas gracias, un reconocimiento grato, de manos, que te digan vas trabajando bien, no hay mejor respaldo que la comunidad mismo; así no haya autoridad que lo quiera hacer, mientras la comunidad reconozca nuestro trabajo y lo apoyen, yo me siento orgulloso (ENTREVISTA 9).

Para a TAPS 6 o recorrido que cada colega tem feito para sair da comunidade, ser selecionado, se formar e agora trabalhar no MSP é um referente para sua gente, que reconhece neles exemplos de superação e êxito:

(...) a veces servimos los TAPS y todas las personas que superan y más las mujeres que hasta con niños hemos logrado algo, servimos de referente en la comunidad, de que sí se puede, cuando se quiere, es difícil, pero se puede (ENTREVISTA 12).

6.2.1.1.9. Zonas

O Equador está administrativamente dividido em 9 direções zonais, como indicado no apartado 4.1.3.2.2. Organização Territorial, do capítulo 3 desta tese; dita organização respondeu à critérios igualitários de densidade, recursos e necessidades. Zonas é uma categoria de análise porque explica o contexto

sociodemográfico onde o sujeito está inserido, e permite entender que não é o mesmo ser um TAPS na Amazônia que ser um TAPS na serra central. Na caracterização dos sujeitos de estudo é amplamente explicada esta categoria.

6.2.1.2. Categorias do Ponto de Vista

O ponto de vista informa sobre a dimensão social, cultural e econômica que atravessa ao TAPS, a explicação destas categorias evidencia a vida das pessoas, expressadas nas suas realidades cotidianas. Assim como no conhecimento situado, as categorias deste enfoque analítico são abordadas e definidas a partir das próprias narrativas dos sujeitos de estudo.

A base sobre a qual se fundamentam estas categorias responde a dois momentos analíticos: por um lado, a compreensão a profundidade das entrevistas; e, por outro, a identificação de aspectos do cotidiano que não foram abordadas nas categorias do conhecimento situado, mas são fundamentais para entender ao sujeito de estudo no uso da discricionariedade, justificando a análise interseccional para criar diálogo entre os enfoques analíticos propostos (conhecimento situado e ponto de vista).

6.2.1.2.1. *Sentido de pertença*

O sentido de pertença tem a ver com o vínculo existente criado a partir do sentimento ou consciência de pertencer a determinado grupo e se identificar com ele, compartilhando os mesmos valores ou crenças. Os TAPSs se encontram em ponto meio entre o MSP e a comunidade, sendo assim, o sentido de pertença foi subdividido em duas categorias: laboral e comunitário.

A comunidade é o principal vínculo que todos os TAPS manifestam ter, para muitos deles a comunidade é seu lar, sua família, seus amigos, o sítio onde eles cresceram e agora trabalham, seu sentido de pertença a ela é muito forte.

La comunidad es un todo, es donde uno puede encontrarse, es como una familia, es el lugar de mi trabajo, mi escuela donde yo aprendo, también es un lugar donde puedo enseñar, es compartir, es todo. Si me dicen que tengo que escoger Ministerio o comunidad, escojo comunidad (ENTREVISTA 12).

La comunidad es como una segunda familia, son como esos amigos a los cuales tú puedes entregarles y ellos a su vez entregarte ya sea necesidades o estima, cariño. La comunidad para mí es un conglomerado de personas que necesitan de mí. Para mí la comunidad es a quienes yo necesito servir. Si me ponen a elegir entre Ministerio y comunidad, elijo comunidad (ENTREVISTA 7)

Os TAPSs são uma ponte entre a comunidade e o MSP, nesse sentido ajudam a levar saúde até a comunidade e ao mesmo tempo são parte de uma comunidade com necessidades e exigências específicas em saúde; os TAPSs manifestam uma contradição quando se trata de resolver conflitos entre a comunidade e o MSP porque pertencem aos dois lados da controvérsia:

Pese a los problemas que puedan existir tal vez en las unidades de salud, nosotros como parte de una unidad de salud, parte de un Ministerio debemos defender a nuestra unidad de salud, a nuestros compañeros funcionarios de la salud; pero a veces tenemos la necesidad de ponernos en contra porque debemos reclamar o exigir que falta esto, que necesitamos esto, exigir al Ministerio, a las autoridades porque nosotros también somos parte la comunidad, también nos debemos a los sectores que representamos. Pertenece a una institución sí, pero también representamos a la comunidad y debemos precautelar sus necesidades (ENTREVISTA 9).

6.2.1.2.2. *Uso da linguagem*

A linguagem é o conjunto de símbolos e signos que as pessoas utilizam para se comunicar com outros; na realidade cotidiana os TAPSs utilizam linguagem técnica e comunitária; eles vão revessando o uso da linguagem e, em certos cenários, da língua dependendo o que eles precisam comunicar e a quem.

Quando se trata de saúde intercultural existem comunidades que não falam o espanhol, comunidades com índices de analfabetismo altos, onde um profissional de saúde precisa utilizar linguagem simples para que as pessoas o entendam e a mensagem consiga ser transmitida.

Os TAPSs relatam que em vários momentos tiveram que traduzir palestras ou capacitações que seus colegas médicos tentavam dar nas comunidades porque a maioria do público não falava espanhol:

La salud intercultural en mi zona veo que está a cargo de los TAPS que sabemos la lengua de las comunidades y muchas veces traducimos lo que los otros profesionales de la salud quieren dar a conocer en nuestras comunidades. En las comunidades no todos hablan o entienden al 100% el español, por eso es importante que nosotros repliquemos los conocimientos en nuestra lengua para nuestra gente. Claro que esto es valioso y nosotros colaboramos en eso (ENTREVISTA 8).

Actualmente estoy trabajando con la Dra. en capacitaciones con la partera y se evidencia como en la parte cultural el idioma es central, es importantísimo. Cuando la doctora da las charlas en español, yo le traduzco al kichwa y eso hace que las personas que participan se interesen. Ya tuvimos la experiencia en una charla que solo la doctora hablaba, pero entre las parteras se quedaban mirando, se reían y no prestaban atención, ahí yo intervine y comencé a hablar en el idioma de la comunidad, en seguida prestaron atención y rompimos el hielo (ENTREVISTA 11).

Assim também, existem casos em que o paciente/usuário não chegou a compreender as indicações que recebeu dos profissionais de saúde, e quando o TAPS fez o seguimento desta pessoa, identificou o problema e o corrigiu:

Nosotros salvamos vidas en las comunidades, vidas de embarazadas, de niños, de abuelitos, que a veces por falta de una buena explicación o de empatía cometen errores con su propia salud. Como el caso de una abuelita que en lugar de introducirse los óvulos se los tomó, porque no entendió la explicación médica (ENTREVISTA 7).

En muchos casos los médicos hablan con término técnicos, no hablan en la lengua del paciente, no se hacen entender, aún existe esa barrera. Nosotros hemos optado en casos como estos, de pacientes especiales o donde sabemos que los médicos hablan con lenguaje muy técnico, principalmente los médicos que vienen a las comunidades a hacer su internado o su rural, desde otras provincias y no conocen el funcionamiento interno, hemos optado por seguir más de cerca estos casos, incluso hemos servido de traductores para conseguir implementar el enfoque intercultural, para disminuir la discriminación en la atención de salud, incluso pudimos captar y preparar a muchas parteras y shamanes que no tenían el conocimiento del MSP, médico o técnico y a su vez ellos nos capacitaron en sus conocimientos: hicimos lazos de trabajo para luchar contra la muerte materna y logramos disminuirla mucho (ENTREVISTA 6).

A linguagem técnica é implementada nos informes de atividades e quando o TAPS está realizando seu trabalho com os colegas dentro da unidade básica de saúde; além disso o técnico adequa esta linguagem para tornar simples as indicações de prevenção e promoção da saúde na comunidade. São atividades que permeiam seu dia a dia.

6.2.1.2.3. Participação em grupos de trabalho

A organização do MSP dispõe que os TAPSs participem de clubes, que são grupos de trabalho previamente divididos por faixas etárias ou grupos de atenção prioritária, seu trabalho neles é desenvolver estratégias e ferramentas para a prevenção de doenças e a promoção de saúde. Os TAPSs escolhem os clubes nos que querem participar e fazem reuniões mensais, quinzenais ou semanais, dependendo da organização do seu tempo.

Foram identificados sete grupos de trabalho: gestantes, idosos, primeira infância, hortas familiares, adolescentes, vacinação e doenças crônicas.

Nesta categoria é informada a inclinação dos TAPSs por trabalhar em certo clube, o que diz respeito de seus gostos, preferências e o que importa para eles. Assim, as necessidades que eles identificam na comunidade junto aos

interesses próprios do TAPS reforçam a atenção e promoção de saúde em grupos específicos.

A TAPS 6 informa que ela sempre gostou de trabalhar com idosos, e aproveitou os clubes para compartilhar mais tempo com seus próprios pais, que faziam parte deste grupo:

Convivíamos más con mi mamá que con mi papi, ya cuando el dejó de trabajar, regresó a la casa, ya mayores, tuvimos la oportunidad de visitarlos, de verlos y yo también convivía bastante con ellos en el club, porque eran integrantes del club de abuelitos que yo dirigía (ENTREVISTA 12).

Algumas ocasiões os TAPS devem trabalhar em clubes designados pelos diretores das unidades de saúde, sobretudo por falta de pessoal: *“Yo trabajo huertas familiares, adulto mayor, personas con discapacidad, el club de embarazadas y a veces cuando no llega el rural me dan las mingas”* (ENTREVISTA 9).

6.2.1.2.4. Atividades

As atividades relacionadas as ações que os TAPSs desenvolvem no seu dia a dia pode ser a categoria que mais informa sobre a realidade cotidiana na qual o sujeito está imerso. Não só faz referência às atividades do trabalho, também as familiares-pessoais que eles têm que cumprir e que constantemente influem na sua discricionariedade.

Analisar o burocrata de nível de rua desde as perspectivas feministas implica informar sobre quem é ele e que é o que ele faz, para entender como essas circunstâncias determinam sua discricionariedade.

Como descrito, as atividades laborais dos TAPSs são variadas, elas se encontram especificadas no quadro 6, nele foram classificadas as atividades que tem a ver com o trabalho do técnico como normativas e não normativas. As atividades normativas foram resumidas em sete grupos conforme a informação encontrada no Manual dos TAPS; as não normativas foram resumidas em seis grupos, a partir do observado e da informação proporcionada pelos próprios sujeitos.

Quadro 6-Atividades laborais dos TAPSs

ATIVIDADES

	1. Identificar os sinais de alarma e fatores de risco no processo de saúde-doença do indivíduo, família, comunidade e referir à equipe de atenção integral de saúde
	2. Organizar insumos para a implementação de estratégias e técnicas de promoção, prevenção dentro dos lineamentos da atenção primária de saúde para resolver os principais problemas de saúde do indivíduo, família e comunidade, com enfoque intercultural, geracional, de gênero e de direitos.
	3. Processar e implementar estratégias e metodologias para apoiar na melhor nutrição da sua comunidade nos lineamentos da atenção primária de saúde.
	4. Aplicar técnicas e ferramentas epidemiológicas comunitárias, para colaborar na elaboração da análise situacional de saúde e as propostas na intervenção para a solução dos problemas de saúde do indivíduo, família e comunidade.
	5. Desenvolver insumos para a implementação do plano de ação para promover os fatores protetores da saúde, determinantes da saúde e minimizar os fatores de risco no processo saúde-doença nos diferentes estabelecimentos de saúde, educativos, laborais, familiares e comunitários.
	6. Realizar atividades de articulação intersectoral.
NORMATIVAS	7. Realizar as atividades solicitadas pelo seu chefe imediato dentro do seu campo de profissão.
	1. Utiliza seus recursos económicos e logísticos para brindar atenção em saúde (compra de medicinas, transporte, entrega de dinheiro para alimento)
	2. Brinda seu contingente para oferecer aos pacientes condições de vida saludáveis (limpeza de casas de adultos maiores).
	3. Trabalha fora dos horários estabelecidos, sem levar em conta finais de semana ou feriados (atende ligações para dar informação, faz acompanhamento presencial nos hospitais de ser necessário).
NÃO NORMATIVAS	4. Colabora nas atividades diárias das famílias (lavoura, preparação de alimentos).
	5. Recomenda o uso de medicina ancestral chás, etc.

Fonte: Elaboração própria.

A existência de atividades laborais não normativas evidencia um alto grau de discricionariedade no TAPS, como essas atividades se relacionam às diferentes categorias é analisado no próximo apartado deste capítulo.

As atividades pessoais têm a ver com os diferentes roles que os TAPSs cumprem na sua família e nas relações individuais fora do seu âmbito laboral; a maioria dos TAPSs são pais ou mães de família, estão casados ou em união

livre e tem filhos menores de 5 anos. Todas essas são realidades que o TAPS não deixa de lado quando exerce sua profissão.

6.2.1.2.5. Nível de educação

O nível de educação tem estreita relação com as categorias capital cultural e conhecimento, apresentadas no apartado anterior. Mas, em relação ao cotidiano dos sujeitos, informa como os conhecimentos adquiridos durante sua formação como TAPS ou em outras áreas atravessam sua subjetividade e fornecem ferramentas diferentes para seu trabalho cotidiano ou no uso da discricionariedade.

Alguns dos TAPSs já possuíam outro diploma antes de se formar como técnicos em saúde ou estão prestes a cursar outra faculdade. Isso indica que além de ser TAPS tem outros conhecimentos que de uma ou outra forma influem no seu trabalho diário.

Como foi indicado, o TAPS 1 possui o diploma de docente em educação intercultural bilíngue e foi professor na sua comunidade durante um período. A docência também é a área de formação do TAPS 3, quem foi professor de ensino fundamental na aula de educação cultural e artística, os conhecimentos que ele recebeu como docente o ajudam agora como TAPS:

Había compañeritos que cuando festejaban el kuya raymi recién conocían, pero yo ya sabía, porque conocía las fiestas, por lo que era profesor, lo que llegué fue a profundizar un poquito con las personas que hacen las celebraciones y la comunicación ha sido fluida (ENTREVISTA 10).

Os TAPSs reconhecem que o conhecimento técnico das ciências da saúde é uma necessidade na sua profissão e tentam aproveitar as oportunidades para continuar se capacitando:

(...) obtuve un cupo para estudiar enfermería en una universidad pública y voy a continuar mi formación para superarme. Al parecer mi destino era por la salud mismo (ENTREVISTA 9).

Os TAPS 2, 5 e 6 antes de se vincular ao MSP cursaram alguns semestres em faculdades diferentes da área de saúde como finanças, agronomia e engenharia industrial, mas não terminaram, esses ensinamentos fazem parte deles e se fazem presentes no seu diário viver.

6.2.1.2.6. Autopercepção como agente de cambio

Esta categoria fala sobre como o TAPS percebe a si mesmo dentro do processo de implementação de saúde intercultural, as considerações que faz sobre seu papel e a importância ou não dele, como seu trabalho importa tanto para a comunidade, quanto para o MSP.

Os TAPSs identificam na sua profissão uma oportunidade de fazer algo para mudar a situação de vulnerabilidade na qual suas comunidades vivem, se veem como um ator importante, o principal, na saúde intercultural e também reconhecem um poder político em seu papel.

(...) cuando comencé a tener el conocimiento, me empoderé en el tema de salud y me gustó trabajar en el área de salud pública y defender los derechos vulnerados en la salud. Realmente nosotros como TAPS reivindicamos los derechos de la salud en nuestras comunidades. (...) se crean los TAPS como un nexo, un pilar fundamental, una columna vertebral del sistema de salud pública que llega a resolver las necesidades de salud pública en las comunidades (ENTREVISTA 8).

(...) yo soy una de las personas que desde mi lugar de TAPS y donde sea lucho por mi cultura, lucho contra la injusticia y la discriminación que sufren las personas de mi cultura, lucho contra la violación de los derechos de los pueblos y nacionalidades. (...) Si nosotros educamos a nuestra comunidad en salud integral y ellos se apropian de sus derechos, podrán posicionarse mejor y demandar lo que merecen (ENTREVISTA 11).

En tema político le comento que nos han buscado sabe, nos han buscado como asesores, como presidentes de juntas parroquiales, para participar como concejales, en fin, nuestro puesto es estratégico (ENTREVISTA 7).

O modelo de atenção em saúde do Equador fortalece a atenção primária como porta de entrada ao sistema nacional de saúde; dentro do nível primário, o TAPS é o funcionário que deve trabalhar diretamente em campo; por essas considerações os TAPS indicam e advertem que sem eles a atenção primária e intercultural não existiria:

Los TAPS estamos unidos y advertimos, si desaparecemos, desaparece la atención primaria en salud, porque somos el eje y pilar fundamental que brinda el nexo entre las personas y el sistema de salud. Ya en salud intercultural si nadie habla el idioma de las comunidades no puede existir salud intercultural, somos nosotros los que hacemos eso, con eso termino (ENTREVISTA 8).

Yo veo que el TAPS ha ganado un espacio importante dentro de las comunidades y creo que gracias a eso la imagen del Ministerio de salud en las comunidades ha cambiado, de como era antes del técnico, de cómo veían las comunidades a los Centros de Salud, a los servicios de salud; si no se fortalece el rol del TAPS, enfocarlo directamente al tema de interculturalidad, se dará un gran retroceso. Por eso se debe fortalecer la carrera del TAPS, nosotros le damos batalla a todo, eso se evidenció en la misma pandemia (ENTREVISTA 9).

La figura del TAPS es importantísima en la salud intercultural, nosotros estamos enfocados en el trabajo directo con la gente, con la comunidad, con las personas del área rural, que es donde más existe y se necesita implementar la salud intercultural, es más es uno de los eslabones para poder llegar a la unidad de salud (ENTREVISTA 10).

La importancia de que el TAPS haya sido creado a partir de convenios internacionales, con la ayuda de la voluntad política es algo a tener en cuenta, somos profesionales necesarios para cumplir pactos internacionales en donde la atención primaria se prioriza. Dentro de la atención primaria quién más que un TAPS para construir este proyecto, nuestra importancia es central, porque tenemos conocimientos tanto técnicos como de manejo comunitario, sabemos la lengua, las costumbres, la alimentación de nuestras comunidades, sabemos cómo funcionan por dentro, nos posicionamos frente a las injusticias, porque somos parte de la comunidad (...) Nosotros salvamos vidas en las comunidades (...) Nosotros somos un puente que ayuda a la comunidad a tener una mejor salud, pero el Ministerio de salud no reconoce aún la potencialidad que tenemos (ENTREVISTA 11).

Nosotros como técnicos somos muy importantes ya que, aparte de ser la puerta de entrada al Ministerio de salud en las comunidades y que les acercamos y somos el nexo; nosotros estamos mejorando la salud y llegando a lugares que el resto no llega, sin importar el medio, los recursos, sin escatimar nada, nosotros vamos, buscamos y llegamos al final de las cosas (ENTREVISTA 12).

6.2.1.2.7. Participação política

A participação política entendida como o conjunto de ações que a pessoa realiza para incidir na política, o comportamento que afeta ou procura afetar as decisões do governo ou das instituições de poder. Os autores Verba e Nie (1972) indicam que participação política são todas as atividades realizadas pelos indivíduos, que procuram afetar as eleições ou as decisões das autoridades eleitas. Booth e Seligson (1976) salientam que a participação nas comunidades é uma categoria da participação política.

Sendo que o TAPS foi indicado pela liderança da comunidade ou era previamente um líder comunitário, sua participação política é consubstancial a seu lugar no MSP e na mesma comunidade. Foi evidenciado, a partir dos dados obtidos, que todos os TAPSs participam politicamente, em diferentes níveis: alto, médio e baixo.

Se entende que uma participação política é baixa quando o TAPS se limita a ocupar seu lugar como técnico de atenção em saúde, já que o próprio trabalho exige atuações que afetam as decisões do poder, principalmente quando coordenam ações intersetoriais, com outros ministérios na implementação de saúde; média quando o TAPS participa ativamente de atividades políticas seja representando à comunidade ou ao MSP, ou por vontade individual; e, alta

quando o TAPS está vinculado diretamente ou lidera organizações políticas, como as assembleias das comunidades ou os Colégios Provinciais ou Nacionais de TAPS.

6.2.1.2.8. Carga laboral

O TAPS é um trabalhador como qualquer outro, tecnicamente possui um contrato assinado que estabelece horários de trabalho e funções; mas, do observado em campo, fica evidente que a carga laboral destes funcionários supera em muito o estabelecido contratualmente. Todos os TAPSs têm uma carga alta de trabalho e não são reconhecidos nem remunerados por isso.

Porque en el sector público no te reconocen que tú te quedes un rato más en la comunidad o que vayas a trabajar un fin de semana, eso no te lo reconocen, pero la comunidad si le reconoce y lo respalda, por eso se acercan a uno para que les colabore (ENTREVISTA 9).

(...) nosotros trabajamos todo el tiempo con la comunidad, ese contacto hace que ellos tengan confianza en nosotros y nos busquen, nos llamen, nos pregunten cosas en las noches, en las madrugadas, fines de semana, feriados (...) Después de todo eso, no recibimos de vuelta el dinero que dimos, ni las horas extra que trabajamos, por eso decía antes, nosotros no tenemos un horario bien definido, si bien dentro de la actividad laboral lo tenemos, pero cuando pasan estas cosas no hay horarios. (ENTREVISTA 10).

Yo creo que con todos los TAPS sucede esto, no trabajamos por el horario, historias debe haber muchas, de todos mis compañeros, que quizá once de la noche, dos de la mañana, les llama una embarazada pidiendo ayuda, pidiendo transporte, o alguna cosa, uno se levanta y va a donde le llaman. Mi marido me sabe preguntar –¿Ya te vas? -, y yo sí ya me toca ir. (...) No sé si los TAPS le ponemos mucho corazón a nuestro trabajo, no estamos fijándonos en el horario, en el cansancio, el hambre (ENTREVISTA 12).

Os TAPSs acompanham a pacientes/usuários que sem eles não acudiriam aos centros de atenção em saúde, com seus recursos se trasladam e ficam ao seu lado até o atendimento terminar, isso acontece principalmente com grávidas que não querem ganhar seus filhos no ambiente hospitalar.

En la casa de la señora me dicen que bueno, que la señora se va, pero solo si el TAPS, en este caso yo, le decía que era seguro ir al hospital porque se había ido antes y tenía malas experiencias. Entonces fui, hablé con la señora, nos comprometimos a acompañar, me fui con ella al hospital, pasamos en el hospital, nos amanecimos allí, para gracia de Dios la señora dio a luz, no hubo ningún problema, porque tenía riesgo de preclamsia, pero salió todo bien (ENTREVISTA 10).

Relatam que seu trabalho tem um começo no dia, mas não sabem quando vai terminar. Inclusive, um dos sujeitos que foi desvinculado do MSP no decorrer

desta pesquisa, continuava atendendo ligações dos usuários e coordenando turnos para que recebam consultas médicas:

La labor del TAPS dentro del día tiene un inicio, pero no tiene un final, aunque estoy desvinculado hace dos meses, mucha gente a la que yo atendía ni siquiera saben que estoy desvinculado, por las amistades y compañeros que he hecho, aún puedo ayudar a las personas facilitándoles las citas médicas, facilitándoles el acceso a la salud. En ese tema no he sido egoísta al decir o pensar que ya estoy desvinculado y que no me busquen, no, porque el principal rasgo de un TAPS es el servicio, es el ser humano y mucha gente que yo conocí tiene mucha necesidad (ENTREVISTA 11).

6.2.1.2.9. *Nível econômico*

O nível econômico, entendido como o lugar na estratificação social que ocupa o TAPS de acordo com a renda que recebe o coloca na classe média equatoriana (INEC, 2021). Esta categoria tem relação direta com a categoria do conhecimento situado capital econômico; mas, no ponto de vista informa sobre como é viver com um salário relativamente baixo, em um trabalho que diariamente exige arcar com gastos de transporte e alimentação, ou em contextos laborais onde o TAPS tem que usar seu salário para comprar medicina, roupas, comida ou brindar transporte para os usuários de saúde nas suas comunidades.

6.2.2. *Categorias de análise em relação ao uso da discricionariedade*

O trabalho dos burocratas de nível de rua é implementar as políticas públicas conforme as diretrizes recebidas, a realidade do seu trabalho explica por si só a existência de discricionariedade e o coloca no meio dos conflitos políticos; conforme indicou Limpsky (1980) os BNR ocupam um lugar privilegiado na burocracia, lugar com certa independência e possibilidade de decisão.

Lotta (2010) indica que a discricionariedade dos BNR é o resultado da interação entre seus valores, os valores de outros atores envolvidos, procedimentos, restrições, estruturas, incentivos, encorajamentos e proibições. Para a autora é importante examinar os padrões de ditas interações para assim entender como acontece a discricionariedade. Para isso, Lotta adverte que se deve olhar para o ambiente relacional e institucional dentro do qual o BNR opera (LOTTA, 2010, p. 4).

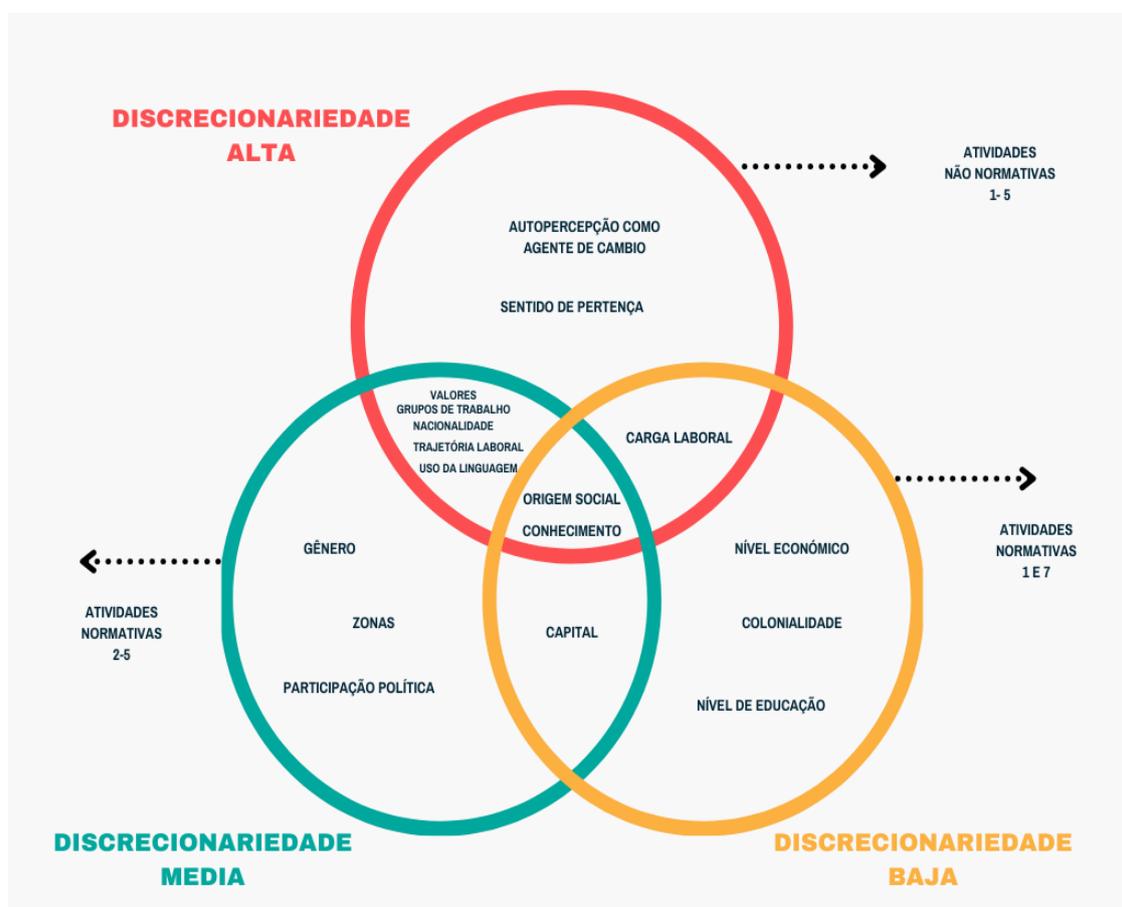
Para esta pesquisa é importante entender como é exercida a discricionariedade e que elementos podem condicioná-la. A partir das categorias expostas e proporcionadas pelos sujeitos de estudo, enquadradas dentro das

teorias feministas, o entendimento do exercício da discricionarietà adverte que se deve olhar para as subjetividades do BNR, as realidades que o atravessam, seu conhecimento situado e seu ponto de vista.

Sendo assim, as atividades desenvolvidas pelos TAPS e agrupadas em normativas e não normativas são o espaço de exercício da discricionarietà, e permitem operacionalizar as categorias em referência a ela.

Nessas atividades foi identificado o nível de discricionarietà dos funcionários (alto, médio e baixo) e finalmente, as categorias que influem na sua atuação. Como mencionado anteriormente, a existência de atividades não normativas já adverte sobre uma discricionarietà plenamente exercida pelos TAPS. As relações observadas se apresentam no gráfico a continuação:

Gráfico 6- Relação entre Discricionarietà, Atividades e Categorias



Fonte: Elaboração própria.

Do gráfico 6 pode se determinar que nas situações donde o TAPS possui uma discricionarietà baixa, as categorias nível económico, Colonialidade e nível de educação são maioritariamente acionadas; nas de discricionarietà

média atuam as categorias de género, zonas e participação política; e nas de discricionariedade alta são autopercção como agente de cambio e o sentido de pertença as que se mobilizam com força.

Quando relacionam as atividades normativas de discricionariedade baixa e as não normativas de discricionariedade alta, a única categoria em comum é a de carga laboral. Quando relacionadas as atividades não normativas de discricionariedade alta com as normativas de discricionariedade média, as categorias compartidas são maiores: valores, trajetória laboral, uso da linguagem, nacionalidade e grupos de trabalho. Quando se observam as atividades normativas de discricionariedade média junto as normativas de discricionariedade baixa, a categoria compartida é capital. Em conjunto, todas as atividades de todos os graus de discricionariedade são mobilizadas pelas categorias origem social e conhecimento.

Para uma melhor compreensão destas relações, nos apartados seguintes se analisa cada atividade em relação a seu nível de discricionariedade e categoria correspondente.

6.2.2.1. Atividades normativas

As atividades normativas proporcionam um nível baixo e médio de discricionariedade aos TAPSs; dos 7 grupos de atividades 2 são consideradas de baixa manobra e 5 de média, segundo a capacidade de tomar decisões individuais na hora de realizar as funções.

As atividades dos TAPSs normativamente são 90% em território e 10% dentro da unidade básica de saúde, dando aos técnicos a liberdade de organizar seu próprio trabalho em função das diretrizes gerais que recebem do MSP, do MAIS e do Manual dos TAPS.

Quando perguntados pela margem de manobra no seu trabalho, todos eles responderam que podem organizar seu trabalho e que isso permite que façam escolhas do que tem que ser feito, como e quando o faz. O TAPS 3 manifestou: "*Ventajosamente puedo liderar la planificación de mi trabajo*".

Os técnicos têm independência laboral.

Mire, el TAPS en realidad tiene independencia laboral, así lo determina nuestro manual, tenemos independencia para crear las estrategias, puede ser encargado de crear proyectos de intervención comunitaria, organiza, dirige organizaciones, coordina actividades, está preparado para todo ello (ENTREVISTA 11).

A atividade 1 que se refere a identificar os sinais de alarma e fatores de risco do processo de saúde-doença do indivíduo, família, comunidade e encaminhá-los à equipe de atenção integral de saúde, possui uma discricionariedade baixa; no cumprimento desta diretriz o conhecimento técnico-científico do TAPS é a categoria principal que atua. Os TAPSs possuem o conhecimento para detectar quando um usuário deve acudir aos postos de saúde e sua obrigação é fazer a referência, é uma atividade mais ou menos mecânica, implica aferir a pressão, recolher dados de peso, altura etc.

A atividade 7 também é identificada como de baixa discricionariedade, ela compõe todas as atividades que o TAPS deve cumprir pela solicitude do seu chefe imediato, dentro do seu campo de profissão. O TAPS ao não ser considerado um funcionário de saúde pelo MSP fica em um lugar de inferioridade dentro da unidade, os diretores, que geralmente são os chefes imediatos, designam aos técnicos um sem-número de atividades. Evidencia-se ainda que dentro delas existem algumas que não se encaixam com o perfil profissional do TAPS mas, mesmo assim, são realizadas.

O cumprimento de todo tipo de atividades solicitadas pode ser analisado desde a lente do respeito à hierarquia e a necessidade de conservar o vínculo laboral; porém, a docilidade que o leva a fazer atividades de limpeza, guardiania, mensageria por ordem do superior, tem um transfundo mais complexo. Neste sentido, várias categorias convergem, conhecimento, origem social, capital, nível econômico, Colonialidade e carga laboral, limitando a discricionariedade do funcionário. Sendo assim, é ele mesmo, como sujeito, atravessado pelas múltiplas realidades, quem cumpre com todas as atividades impostas. O TAPS 3 relata sua vivência sobre este ponto assim:

Por eso también pienso que una de las barreras somos nosotros mismos. La otra tal vez es porque hay conflictos por la falta de reconocimiento de los trabajos que hacemos, en eso sí está involucrado todo el Ministerio o todo el personal, porque el TAPS sirve para mingas, el TAPS sirve para mandados, el TAPS sirve para gestionar, hacer o programar una fiesta, pero no para ser partícipe de la fiesta, el TAPS es más o menos un mandadero, el que hace favores, pero nadie reconoce realmente su trabajo. Una de las barreras principales que yo veo es esta, la falta de reconocimiento y que nosotros mismo no discutimos nada de lo que nos mandan a hacer, sabiendo que no es nuestra función. (...) Desde el 2017 si no estoy mal ya se calificó un manual del TAPS que recoge todas las actividades esenciales que nosotros debemos hacer; sin embargo, hasta lo que yo conozco todavía no está socializado este manual y se ha socializado

aún no es respetado. Porque el TAPS ha sido subutilizado y designado en actividades que no han sido valoradas. (ENTREVISTA 10).

Lastimosamente, y lo digo en la actualidad, lastimosamente las autoridades que cambian una vez que ya conocen las actividades verdaderas de un TAPS, son cambiadas y el avance se queda en la nada. Se ha venido deteriorando en realidad la verdadera labor que tenemos los TAPS, tanto que actualmente incluso los mismos compañeros han dejado de lado el encargarse de lo que verdaderamente deben encargarse, de hacer las cosas para las que fueron preparados. Los directores de las unidades de salud, frente a la falta de personal, utilizan a los TAPS como tapa huecos, o de tapa actividad, si falta un estadístico los mandan a estadística, si falta un auxilia los mandan a preparación, a farmacia, los mandan a hacer servicio de aseo, de guardia de la unidad de salud (ENTREVISTA 7).

As atividades normativas 2, 3, 4, 5 e 6 foram catalogadas como de discricionariedade média, nelas o TAPS tem uma margem relativa de decisão, consegue adequar suas funções conforme considera correto, ao tempo que elas são de cumprimento obrigatório.

Ditas atividades estão estreitamente ligadas e fazem referência ao desenvolvimento de estratégias, técnicas, metodologias, insumos e ferramentas para a promoção e prevenção em saúde. Neste sentido, foi possível identificar que as mesmas categorias foram acionadas pelos burocratas ao momento de exercer sua discricionariedade: conhecimento técnico e da comunidade, nacionalidade, gênero, trajetória laboral, origem social, valores, uso da linguagem, zona e grupos de trabalho.

A **atividade 2** diz respeito a organizar insumos para a implementação de estratégias e técnicas de promoção, prevenção dentro dos lineamentos da atenção primária de saúde para resolver os principais problemas de saúde do indivíduo, família e comunidade, com enfoque intercultural, geracional, de gênero e de direitos. A **atividade 3** indica que os TAPSs devem processar e implementar estratégias e metodologias para apoiar na melhor nutrição da sua comunidade nos lineamentos da atenção primária de saúde. A **atividade 4** determina que os técnicos devem aplicar técnicas e ferramentas epidemiológicas comunitárias, para colaborar na elaboração da análise situacional de saúde e as propostas na intervenção para a solução dos problemas de saúde do indivíduo, família e comunidade. A **atividade 5** menciona que o TAPS tem que desenvolver insumos para a implementação do plano de ação para promover os fatores protetores da saúde, determinantes da saúde e minimizar os fatores de risco no

processo saúde-doença nos diferentes estabelecimentos de saúde, educativos, laborais, familiares e comunitários.

Dentro do Manual dos TAPSs e no MAIS-FCI estas são as atividades que caracterizam o trabalho dos técnicos, os lineamentos gerais para o correto desenvolvimento delas existem e devem ser cumpridos, mas as próprias diretrizes permitem a adequação conforme as realidades comunitárias, etárias, etc.

Além disso, existe a demanda da comunidade, que muitas vezes modifica a planificação, o TAPS 2 indicou: *“Nosotros trabajamos en función de las necesidades de la comunidad y es la comunidad la que nos demanda las prioridades”*. A TAPS 6 igualmente manifestou: *“la planificación cambia, conforme a la disposición que nos den las autoridades y a las necesidades que se presenten en la comunidad”*.

A partir do profundo conhecimento que têm da sua comunidade, das necessidades específicas em saúde, dos costumes e tradições de seu povo, pela própria experiência do trabalho em campo, porque vivenciam de perto os problemas de saúde e conforme ao que eles acham importante no seu território, os TAPS elaboram os programas de prevenção e promoção de saúde contextualizados à sua comunidade. Utilizam toda essa bagagem para decidir, e para cumprir suas responsabilidades, ao tempo que procuram beneficiar a sua população.

O TAPS 2 é um dos sujeitos que faz referência direta a esta situação:

Estas son las actividades que hacemos y también armamos pequeños proyectos en favor de las familias más necesitadas, en mi caso, desarrollo el proyecto de salud nutricional hablando con las gestantes y las madres de niños menores a 5 años. Esto hacemos como TAPS, a nivel nacional, pero adecuando a la realidad de cada provincia, cada territorio, cada comunidad.

Nosotros recibimos directrices generales de planta central, para todo el país y las adecuamos a las realidades de cada comunidad; porque yo no puedo comparar mi comunidad de aquí con alguna comunidad de Pichincha, por eso es importante conocer la realidad de cada lugar. Para ello, por ejemplo, miramos el ámbito conductual, en este aspecto, no podríamos comparar a los adolescentes de la Amazonía con los adolescentes de Guayas, entonces debemos planificar cuidadosamente los proyectos. Tenemos el caso de planificación familiar, este tema en la Amazonía fue bastante delicado y complicado de abordar porque existen muchos mitos alrededor de la sexualidad, hablar de embarazo adolescentes directamente con los padres de familia o los jóvenes era muy difícil, era un tema que no dejaban abordar, algo que no querían nunca tocar, era como una molestia. En este sentido, yo, debía planificar algo estratégico, evitando molestar o lastimar en su parte emocional a los jóvenes o a los padres. Debemos

ser muy cautelosos para poder hacer funcionar los proyectos bien. La planificación de las actividades debe hacerse en conjunto, todo el equipo, pero voy a ser sincero y no quiero afectar a nadie, ni al distrito, pero la planificación para todo el personal no ha salido. Por ello, en cada unidad operativa, planificamos de acuerdo a la realidad de las comunidades que a cada unidad le pertenecen, creo que cada comunidad tiene sus diferentes realidades, estilos o modos de vivir y en este caso debemos ser muy respetuosos. Con esto no quiero decir que cada quien hace lo que quiere, la directriz está planeada, pero yo tengo que desmenuzarla, por decirlo así, para darle un enfoque claro adecuado a las familias de mi comunidad (ENTREVISTA 9).

O gênero é um elemento que modifica a implementação de programas de promoção de saúde nas comunidades, os TAPS têm que criar estratégias para chegar à comunidade superando as considerações que ela tem sobre os técnicos por ser homens ou mulheres.

Es complicado, porque si uno va a una charla, digamos, de salud sexual, como una es mujer, le toman a burla, a chiste, a cháchara; en cambio cuando llega uno acompañado, y yo estratégicamente me he juntado a trabajar con un compañero varón, y vamos a la comunidad, si se debe tratar un tema de salud sexual reproductiva, yo hablo desde mi perspectiva como mujer y para las mujeres; y él desde su perspectiva como hombre y para los hombres, pero les tenemos juntos ahí. Porque nos han dado la sugerencia de que les separemos a los hombres y a las mujeres en estas charlas, pero eso no es así (ENTREVISTA 12).

Os TAPS tentam cumprir os lineamentos que recebem e são cientes de suas obrigações, ao tempo que indicam que esse cumprimento não pode ser alcançado ao 100% porque a comunidade e o próprio MSP demandam ações imediatas deles:

Claro que tenemos lineamientos de lo que tenemos que cumplir, nosotros como TAPS, tenemos un manual que debemos cumplir, pero no siempre se hace así, tenemos que responder a lo que la comunidad necesita ese momento y a lo que le MSP nos pide (ENTREVISTA 11).

Como as demandas da comunidade e as do MSP superam a capacidade dos burocratas, eles têm que fazer escolhas, onde priorizam o que eles consideram urgente resolver, essa escolha responde às valorações pessoais que o sujeito faz segundo quem é ele. Neste sentido, o conhecimento situado e o ponto de vista contribuem nas decisões:

Nuestro cronograma existe, pero no se cumple al 100%, a veces cumplimos a medias, porque, por ejemplo, estoy en una visita a los hipertensos, en la trayectoria me dicen que al día siguiente hay una actividad con las parteras, y después dicen en la semana hay feria de salud o de alimentación. En este escenario nosotros priorizamos (ENTREVISTA 7).

Existe una planificación a nivel de toda la unidad operativa, esta planificación está sujeta a cambios según la necesidad; por ejemplo, si nosotros tenemos que ir hoy día a visitar grupos vulnerables, pero nos reportan de un parto domiciliario, entonces este segundo caso es la emergencia, es la prioridad, se activa el equipo para atender lo prioritario y ya no se cumplen las visitas. Todo es de acuerdo a la necesidad (ENTREVISTA 12).

Se observou que os burocratas ao momento de priorizar seu trabalho levam em conta critérios de saúde, mas também valoram o que é importante desde suas preferencias e seu lugar. Assim, a TAPS 6 sempre considera prioritária a atenção ou resolução de problemas de idosos, porque é seu grupo de trabalho desde que iniciou como técnica e tinha um vínculo familiar forte com seus pais, os idosos para ela sempre são primeiro; todos os burocratas escolhem primeiro como prioridade atender aos seus grupos ou clubes.

Os TAPSs além de contextualizar os programas e estratégias e colocá-los em uma linguagem que seja entendível a sua comunidade, em momentos específicos decidem fazer de tradutores, isso acontece quando outro profissional de saúde está implementando a política no território e não é compreendido. O TAPS 4 relatou sua experiência neste sentido:

Cuando la doctora da las charlas en español, yo le traduzco al kichwa y eso hace que las personas que participan se interesen. Ya tuvimos la experiencia en una charla que solo la doctora hablaba, pero entre las parteras se quedaban mirando, se reían y no prestaban atención, ahí yo intervine y comencé a hablar en el idioma de la comunidad, en seguida prestaron atención y rompimos el hielo (ENTREVISTA 11).

Finalmente, a **atividade 6** faz referência às atividades de articulação intersectoral, onde o intuito é unir esforços dos diferentes ministérios e GADs para o trabalho conjunto em benefício da saúde da comunidade. Esta atividade foi identificada como média discricionariedade, o burocrata pode fazer escolhas dentro da obrigatória execução da diretriz.

O conhecimento, trajetória laboral, capital, sentido de pertença e o nível de participação política influem no momento do TAPS cumprir esta atividade. Os burocratas conhecem a comunidade e, por sua trajetória laboral, já tinham contatos em outras instituições o que facilita a coordenação de recursos e esforços; aliás, a mesma figura de TAPS tem um capital social grande, tudo isso é considerado quando eles fazem ações de articulação intersectoral. Conhecem donde, com quem e como falar, realizar conexões e canalizar recursos.

Se ha podido a través de las visitas, a través de la promoción y de todas las actividades que se han hecho ir canalizando y haciendo nexos entre varias instituciones. Hemos incentivado los Comités Locales de Salud, el trabajo intersectorial, las mesas de trabajo con varias entidades, tratando de que se canalice de la mejor manera los recursos hacia los usuarios que más necesitan. Nosotros al ser parte de la comunidad tenemos el conocimiento de las necesidades de manera directa. Podemos ser guías incluso de las organizaciones, de las entidades para que puedan canalizar mejor sus recursos y éstos lleguen directamente a quienes verdaderamente lo necesitan (ENTREVISTA 12).

Inclusive, no tempo que os burocratas eram bolsistas do MSP reforçaram seus vínculos e contatos dentro e fora das comunidades.

(...) dos años estuvimos vinculados a Distrito, trabajando en temas de territorio, fortaleciendo la lucha contra el dengue y el trabajo intersectorial con el GAD, esas fueron las experiencias más fuertes que tuvimos y las que formaron nuestro trabajo, nuestra labor diaria, porque nos ayudó a conocer gente, sectores que no conocíamos, y a trabajar con todos los niveles, persona y ONG´s que desconocíamos. Esto nos ayudó a formar lazos y trabajar por un bien común: la salud de la comunidad (ENTREVISTA 9).

Quando o MSP não consegue responder às necessidades da população, o TAPS coordena com outros burocratas de outras instituições para tentar resolver as diferentes situações, para ter êxito neste quesito é importante que o TAPS utilize estrategicamente seu capital social e aproveite sua figura como ator político comunitário. O fato de o burocrata ser quem ele é, e ter tão profundamente arraigado o sentido de pertença à comunidade, o faz atuar em benefício dela, utilizando todos os recursos necessários.

Yo como TAPS hago las gestiones para que las personas puedan ser atendidas en otras provincias, cuando las patologías así lo requieren, se traslada la atención de los pacientes a la ciudad de Cuenca, otro a Puyo, Ambato, quizá en Quito también. En estos casos de traslado yo he coordinado con el trabajador o trabajadora social de la coordinación o con el Hospital para que se dé trámite y el paciente o usuario pueda hacer uso de los servicios que necesite. En eso sí hemos trabajado y hasta hoy me siento muy contento, porque hemos resuelto varios problemas de personas y familias que necesitaban ser atendidas (...) Los recursos para que los pacientes usuarios se trasladen de una provincia a otra no se consiguen, lo que nosotros podemos hacer y hacemos es coordinar con otras instituciones para que se les brinde atención médica requerida. Algunas instituciones, a través del trabajador o trabajadora social gestionan servicios emergentes como una ambulancia, dependiendo de la urgencia del caso (ENTREVISTA 8).

6.2.2.2. Atividades não normativas

As atividades não normativas são as que trazem o campo mais amplo para a análise da discricionariedade do burocrata; são atividades que, pela

norma, ele não estaria obrigado a fazer, mas, mesmo assim, faz. Dado que o trabalho dos TAPSs é maioritariamente desenvolvido em território, o controle do que eles fazem não é estrito, a rendição de contas está mais focada no que o técnico deve fazer e não no que ele faz além das suas obrigações.

Para a operacionalização da análise, as atividades não normativas foram congregadas em 5 diferentes grupos, todos eles identificados como de alta discricionariedade, uma vez que o funcionário faz essas atividades porque decide que devem ser feitas e a comunidade as recebe como parte da política.

A **atividade 1** é identificada quando o TAPS utiliza seus recursos económicos e logísticos para brindar atenção em saúde (compra de medicinas, transporte, entrega de dinheiro para alimento). **Atividade 2** quando o burocrata brinda seu contingente para oferecer aos usuários condições de vida saludáveis (limpeza de casas de adultos maiores). A **atividade 4** acontece quando o técnico colabora nas atividades diárias das famílias (lavoura, preparação de alimentos).

Nestas três atividades foi observado como as categorias conhecimento, nacionalidade, origem social, valores, sentido de pertença e autopercepção como agentes de cambio atuam para que o TAPS decida obrar. São atividades que não fazem parte das obrigações do seu trabalho, mas que o burocrata faz, e que, com o tempo, são parte da sua rotina e jornada laboral.

Os TAPSs relatam esta parte do seu trabalho com muita emoção, para eles fazer isso, ajudar a sua comunidade, é a essência do seu rol, sobretudo pelo reconhecimento que recebem dela.

Durante la pandemia lo más difícil fue ver a adultos mayores, a los que sus familiares les hacían a un lado, los abandonaban o los discriminaban por el COVID, llegué a un paciente en una visita por el tema del COVID y la familia lo había dejado abandonado en un cuarto, era un adulto mayor, le habían dejado la alimentación afuera, encontramos al señor en total abandono, tirado en el piso. Eso me dolió tanto, pensar cómo la propia familia le daba la espalda después que él fue padre y madre para ellos. Ese día me olvidé hasta que el señor tenía COVID, lo cogí en mis brazos, con mi compañero TAPS y con la interna de enfermería le limpiamos el cuarto, la cama, dejamos todo limpio. A él le dio un derrame, por la misma enfermedad, un ACV, duró como dos días y falleció, eso sí me impactó. Así encontré a dos adultos mayores en esa situación de los dos uno se salvó, a los dos los cogimos en los brazos con mi compañero, a los dos les limpiamos el hogar, del que más me dolió ver eso fue del señor que falleció, él era un alma de Dios, siempre que le hacíamos la visita él nos recibía en su pobreza con algún gesto de gratitud, alguna fruta, algo siempre nos regalaba. Ahí sí pensé que es bueno estar en el sistema sanitario, en el sistema de salud (ENTREVISTA 9).

Por ejemplo, para nosotros poder llegar a la comunidad debemos saber qué es lo que la población quiere y necesita, ellos quieren medicación y atención principalmente, si vamos y conversamos, ayudamos, nos involucramos directamente en la familia, si hay que sembrar, sembramos, si hay que cocinar, nos ponemos a cocinar, son actividades que hacemos para ayudar a la gente y para lograr que abran la puerta del domicilio para nosotros entrar, conseguir eso es mucho (ENTREVISTA 10).

Estas ações não foram isoladas, todos os TAPSs relatam, de uma ou outra forma como tentam resolver os problemas da comunidade:

A veces pasa que las usuarias no tienen los recursos financieros para trasladarse hasta el puesto de salud, y he sacado de mi bolsillo, le he dicho –tenga señora para que venga-, porque las distancias si son largas y las familias no tienen recursos, nosotros les apoyamos de nuestros recursos; incluso algunas veces, cuando la paciente puede, yo mismo le he llevado en la moto al centro de salud a que sea atendida, intentamos resolver la situación de alguna manera. (...) si el paciente no tiene pastillas, venimos corriendo al centro de salud, ya sabemos la dosificación que toma y le llevamos al paciente, si en el centro de salud no hay, algunas veces ya, aprovechando que sé estar cerca, salgo al centro, al Tena y compro en la farmacia para donarle al paciente, aunque sean dos o tres pastillas, para resolver el problema inmediato, hasta que pueda ir al centro de salud. Eso es lo que hago a diario con los pacientes, lo que está a mi alcance, a pesar que no es lo que está establecido, pero se hace (...) Como TAPS nosotros a la comunidad nunca le decimos un NO, a veces toca hacer minga, se hace; si en la comunidad estamos pasando y nos ven nos dicen –deja una agüita-, -deja una colita-, -deja para un trago-, nunca decimos que no, siempre es –toma, tenga-, a veces nos quedamos conversando, nos invitan a una comida o cualquier cosa, nosotros no podemos rechazar eso porque después se cierran y nuestro trabajo se complica. (ENTREVISTA 11).

En comunidad hubo una vez que fui a visitar un territorio que no era mío, era de una compañera, ese sector era en una loma alta, peligrosa y como no le conocían a mi compañera, fui yo, hice el levantamiento de la información, capté como cinco embarazadas que no llevaban controles, una de ellas tenía problemas de consumo, en la casa no tenía nada, solamente un colchón en el piso con unos trapos, estaba embarazada, el novio o marido se había ido a vender estupefacientes para lograr conseguir algo de dinero, ella lo que tenía en la mesa no era comida sino estupefacientes. Entonces ella me dijo que estaba teniendo dolores en el vientre y que tenía una picazón en la vagina, me indicó que quería ir al doctor, pero no tenía ni para el pasaje. Ella vivía en una casita de caña y de verdad me daba mucha pena, yo sentía que ella me estaba diciendo la verdad, le dije que le iba a dar para el pasaje pero que no se gaste en otra cosa, que vaya a la consulta en el Centro de Salud en ese momento, le pregunté si podría ir ese momento, me dijo que sí pero que no tenía para el pasaje, yo le dije yo te voy a dar, pero en serio quiero que vayas ahorita, ella me dijo que sí, le dije que no me mienta, que no se vaya a gastar en drogas o en algo por el estilo y ella me dijo no, que iba a ir al Centro de Salud. Yo le di el dinero y ella lo cogió. (...) porque tú ves y sabes que un dólar, dos dólares pueden cambiar la vida de las personas y aunque no sepas las necesidades que estén pasando, el hecho de que tú hagas una cosa, por más pequeña que sea, esto puede marcar la diferencia (ENTREVISTA 7).

Quando o TAPS trabalha fora dos horários estabelecidos, sem levar em conta finais de semana ou feriados (atende ligações para dar informação, faz acompanhamento presencial nos hospitais de ser necessário) é identificada a **atividade 3**. Nela as categorias acionadas foram conhecimento, nacionalidade, trajetória laboral, origem social, valores, sentido de pertença e carga laboral.

Como indicado pelos técnicos, eles estão em um lugar no qual a comunidade e o MSP exigem muito deles, episódios como acompanhamento de partos (que não tem hora para iniciar nem terminar) e atenção de emergências são cotidianos, e os técnicos respondem a elas, não porque seja parte do seu trabalho, nem porque recebam algum extra; fazem isso porque sua realidade interna e externa os leva a decidir fazer isso. O TAPS 3 relatou sobre um acompanhamento a uma grávida que só iria ao hospital se for com ele, o desfecho deste parto foi positivo, mas o técnico também manifestou que os gastos de locomoção e alimento dele e da família da grávida foram por sua conta, e até ajudou a adquirir parte do enxoval:

(...) gracias a Dios la señora dio a luz, no hubo ningún problema, porque tenía riesgo de preclamsia, pero salió todo bien; incluso de mi bolsillo tocó dar dinero porque se fue el papá ya al siguiente día, yo les dejé para desayunar y todo y buena parte de las personas que estaban ahí del Distrito colaboraron con dinero para ropita para el bebé porque no tenían nada, era una familia de escasos recursos. Después de todo eso, no recibimos de vuelta el dinero que dimos, ni las horas extra que trabajamos, nosotros lo hacemos por la gente. Por eso decía antes, nosotros no tenemos un horario bien definido, si bien dentro de la actividad laboral lo tenemos, pero cuando pasan estas cosas no hay horarios (ENTREVISTA 10).

Os TAPSs não têm horários, sua carga laboral é imensa e isso as vezes atrapalha seu entorno familiar, a TAPS 6 relata que em muitas ocasiões recebe ligações em horas da madrugada e que não tem horário para sair nem chegar a casa:

Mi marido me sabe preguntar cuando me llaman a la madrugada –¿Ya te vas? -, y yo sí ya me toca ir. Lo más cumbre fue que eso me sucedió justo el día del cumpleaños de mi esposo, me llamaron a la madrugada por una emergencia y él me dice si no me voy a quedar, yo le dije que ya regresaba y me fui. No sé si los TAPS le ponemos mucho corazón a nuestro trabajo, no estamos fijándonos en el horario, en el cansancio, el hambre. A veces el mismo hecho de pensar: mañana tengo que madrugar porque tengo que ir a sacarle a Don Segundo las muestras de sangre, entonces voy a madrugar porque a las siete ya tengo que dejar la muestra y como es adulto mayor, no se puede mover, mejor le voy a ver en la casa (ENTREVISTA 12).

E finalmente, a **atividade 5** pode ser observada quando o TAPS recomenda o uso de medicina ancestral chás, limpas etc. Nela operam as categorias conhecimento, nacionalidade, origem social, valores, sentido de pertença, uso da linguagem e autopercepção como agente de cambio.

Os técnicos têm conhecimentos de saúde ancestral, isso é parte do cotidiano para eles e é por isso que entendem a importância que ela tem na vida das pessoas da comunidade, porque para eles também é importante. Os TAPSs relatam que eles realizam práticas de saúde ancestral e que ela é eficaz, tanto quanto é a medicina ocidental.

En la comunidad también hay 4 shamanes, yo he trabajado con uno de ellos, igualmente recomendando a nivel distrital que sea reconocido, a través de él fue que implementé el uso de los medicamentos naturales para el COVID, esto fue importantísimo para mí; el shamán me dijo Wilson, tú que trabajas con la gente en las comunidades, de repente te dé el COVID yo te voy a defender con esta medicina y me instruyó a tomar el jengibre licuado con ajo jugo de limón. Adquirir estos conocimientos para mí fue importantísimo.

Además, combatimos al COVID con medicina natural, con tres ingredientes, que yo usé y les recomendé a todas las familias en las comunidades; estos ingredientes eran, disculpe que le nombre: jengibre, limón y ajo licuados, eso se debía consumir una copita en la mañana y en la tarde, yo tenía en mi refrigerador guardadas cinco o seis botellitas de esto. Fue muy satisfactorio poder ayudar en este tema y además ver que se marcó la diferencia, que hubo resultados (ENTREVISTA 8).

A cotidianidade das práticas interculturais em saúde dos TAPSs torna natural a recomendação delas aos usuários/pacientes e, já que a relação destes burocratas com a comunidade é tão próxima, que os próprios TAPSs sejam quem implementa essas práticas resulta natural:

Yo creo que todos los TAPS hemos aprendido y también hacemos salud intercultural desde nuestras casas mismo, porque el hecho de darles para el cólico agua de orégano, para el dolor de barriga y tienes gases el agua de anís, ya ahí hacemos salud intercultural. Nosotros a veces también hasta en la comunidad si nos dicen que están con cólico, les decimos hágase una agüita de anís, pasado mañana le espero en el centro, pero ya por lo pronto puede hacer eso. Como sabe, nosotros no podemos medicar, pero si podemos orientar o sugerir que se tomen algún remedio a base de plantas, agüitas con raíz de cebolla o háganse limpias del mal viento, o venga le limpio. Varios de mis compañeros y yo también, hacemos limpias, porque sabemos y tenemos el conocimiento, al ser parte de una comunidad donde el tema de las limpias es tan importante, creo que todos sabemos hacerlas, no nos negamos a aprender o desde nuestros padres nos han enseñado a hacerlas, entonces sabemos y lo hacemos. Las personas en la comunidad me preguntan si conozco a alguien que sepa limpiar, y si ellos quieren yo les deajo limpiando (ENTREVISTA 12).

Para os TAPSs as práticas de saúde ancestral e ocidental devem ser igualmente valoradas, consideram necessária a capacitação em temas interculturais, porque eles mesmo gostariam de implementá-la na sua comunidade, assim manifestou o TAPS 3 sobre o tema:

Y es importante transmitir el conocimiento, yo estuve muy interesado en que los yachaks, las parteras y parteros nos den una capacitación a nosotros los TAPS, porque dentro de las visitas domiciliarias que uno hace, donde vamos dejando la medicación las personas nos preguntan con qué agüita me tomo, será bueno hacerme una limpia, no conoce usted a quién haga la limpia, tal vez nosotros no podamos mucho involucrarnos en esto, pero ante la confianza de las familias, uno sí dice, tal vez es bueno que le limpie, y ahí las personas nos dicen no será mejor que usted mismo le limpie, y por último uno mismo puede limpiar. Pero entiendo que debe haber alguna clave, algún conocimiento, que nos den la capacitación sobre aquello sería magnífico para nosotros. (...) Creo que sería muy importante esto porque en la mayoría de hogares ecuatorianos existe la creencia en las limpias y no es una creencia vana, en lo personal yo creo que sí existe, es necesario en el contexto nacional darle la importancia porque es una forma de ir conservado y fomentando este conocimiento ancestral. (ENTREVISTA 10).

Dado que algumas comunidades se encontram em lugares muito distantes, os burocratas vêm nas práticas de saúde ancestral uma boa alternativa para as pessoas, enquanto procuram assistência no sistema público de saúde:

Cuando el paciente se encuentra en comunidades muy alejadas, que están adentro mismo, les aconsejamos que tomen remedios naturales, si es la presión alta, que tome agüita de hierba luisa, para bajar la presión, que se bañe, que se acueste, que tenga un familiar que le vigile, lo importante es buscar una solución (ENTREVISTA 11).

Yo creo que todos los TAPS hemos aprendido y también hacemos salud intercultural desde nuestras casas mismo, porque el hecho de darles para el cólico agua de orégano, para el dolor de barriga y tienes gases el agua de anís, ya ahí hacemos salud intercultural. Nosotros a veces también hasta en la comunidad si nos dicen que están con cólico, les decimos hágase una agüita de anís, pasado mañana le espero en el centro, pero ya por lo pronto puede hacer eso. Como sabe, nosotros no podemos medicar, pero si podemos orientar o sugerir que se tomen algún remedio a base de plantas, agüitas con raíz de cebolla o háganse limpias del mal viento, o venga le limpio. Varios de mis compañeros y yo también, hacemos limpias, porque sabemos y tenemos el conocimiento, al ser parte de una comunidad donde el tema de las limpias es tan importante, creo que todos sabemos hacerlas, no nos negamos a aprender o desde nuestros padres nos han enseñado a hacerlas, entonces sabemos y lo hacemos. Las personas en la comunidad me preguntan si conozco a alguien que sepa limpiar, y si ellos quieren yo les dejo limpiando (ENTREVISTA 12).

A partir dos dados obtidos, a relação observada entre as categorias do conhecimento situado e do ponto de vista permitem indicar que a subjetividade

dos burocratas permeia as decisões que eles tomam no dia a dia. Aliás, a prática de várias atividades que não estão estabelecidas na política determina que a discricionariedade dos TAPSs é forte, e modifica a política, tornando-o um “*policy maker*”, que “arruma” a política segundo as necessidades da comunidade.

Neste sentido, a população recebe uma política de saúde intercultural um tanto modificada, mas que para ela é a política de fato, já que a comunidade não conhece quais são as atividades normativas e quais não o são.

A proximidade do burocrata com a comunidade na qual trabalha, sua identidade compartilhada e seu lugar dentro dela e dentro do MSP, faz que o TAPS realize todo tipo de ações em benefício da população, evidenciando a existência de uma burocracia representativa e verificando a hipótese desta pesquisa.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Equador como Estado plurinacional e multicultural, constitucionalmente reconhecido a partir do ano 2008, fortaleceu as instituições e políticas públicas que atendiam especificamente os temas interculturais. Dentre estas políticas, a educação e a saúde intercultural foram as áreas majormente desenvolvidas, por sua trajetória histórica, demanda comunitária e pela conjuntura política.

Historicamente, a saúde intercultural foi objeto de promoção e proteção de diversas instituições parte do Ministério de Saúde Pública e de secretarias especializadas de povos indígenas desde a década dos 90; mas, a ingovernabilidade do país, que brindava instituições frágeis e políticas de governo e não de Estado, impediu que a saúde intercultural se desenvolva positivamente.

A partir da “Revolução Cidadã”, o tema intercultural entra de novo na arena política com força, a saúde intercultural fica baixo responsabilidade da Direção Nacional de Saúde Intercultural, parte do MSP, instituição que deve formular e coordenar a implementação da saúde intercultural no Sistema Nacional de Saúde, garantindo o reconhecimento e respeito da diversidade dos povos e nacionalidades, e a articulação dos conhecimentos, saberes e práticas ancestrais de saúde.

A saúde dos povos indígenas e afrodescendentes deve ser implementada baixo o enfoque intercultural, que pretende articular o trabalho das instituições do Sistema Nacional de Saúde com o trabalho dos sábios ancestrais, e não a incorporação destes sujeitos ao MSP; superando assim os enfoques multiculturais que tentaram ser implementados no passado.

Várias tem sido as estratégias que o Equador vem desenvolvendo nas últimas décadas para oferecer uma saúde diferenciada aos povos e nacionalidades que o compõem; porém, a realidade evidenciada pela COVID 19, tornou ainda mais evidente o trabalho que falta por realizar neste quesito. A falta de informação de doenças desagregados por nacionalidades e povos é um desafio inicial a ser superado neste sentido.

Apesar de que existem regulamentos, diretrizes, modelos e farta normativa sobre saúde intercultural, foi identificada a carência de uma política de saúde intercultural propriamente desenvolvida; com instituições, pessoal e recursos que a implementem de forma específica. Dado que existem princípios,

estratégias e diretrizes repartidos em uma e outra norma, documentos que tratam de implementação do enfoque intercultural em certas comunidades, ou manuais que abordam áreas específicas de saúde, foi identificada a existência de um enfoque intercultural, que deveria permear todo o Sistema de Saúde, em todos os níveis, com profissionais e infraestrutura adequada, mas que ainda não consegue se praticar totalmente.

O estado da arte no Equador em implementação de políticas públicas interculturais, modelos que utilizem a teoria do burocrata de nível de rua, ou que pretendam relacionar estas áreas das políticas públicas com teorias ou metodologias feministas ainda está em construção, não foram identificados estudos representativos neste sentido. Surgiu assim uma necessidade teórica de aprofundar no estudo da implementação da política de saúde intercultural, a partir do papel dos burocratas de nível de rua, assim como de propor um modelo analítico que leve em conta as particularidades do sujeito de estudo.

O uso de teorias, enfoques e metodologias feministas na implementação de políticas públicas constitui um aporte para a área, permitindo analisar aspectos dos BNR que tradicionalmente não são levados em conta; e, ao mesmo tempo um desafio, já que não se contou com estudos anteriores que possam ajudar na criação de categorias analíticas ou na identificação delas no campo. Mas, como as próprias teóricas feministas indicam, são o campo e os sujeitos de estudo que oferecem as categorias e ajudam a operacionalizar a análise.

Os Técnicos de Atenção Primária em Saúde foram os burocratas de nível de rua selecionados para o estudo, já que por seu lugar no MSP e por pertencer à comunidade, oferecem um cenário propício para a implementação do modelo analítico. Por um lado, o MSP determina que o trabalho do técnico deve ser 90% em campo, criando a oportunidade para que a discricionariedade atue; por outro lado, o TAPS se encontra perto da comunidade na qual trabalha, é parte dela, compartilham a mesma história, nacionalidade, costumes etc. situações que condicionam o uso de dita discricionariedade.

Os TAPS são parte do Ministério e parte da comunidade; mas, é com a comunidade com quem compartilham mais elementos indeníveis como nacionalidade, história, língua, origem social e valores; por isso eles atuam desde seu lugar dentro da burocracia, em favor da sua população.

Esta realidade permite afirmar a hipótese planteada com base à burocracia representativa: quanto mais elementos em comum o burocrata comparte com a comunidade na qual trabalha, melhor a política é implementada, considerando o melhor como a satisfação das necessidades da população.

A partir da efetivação da metodologia proposta, posso ser reconhecida a existência de várias atividades realizadas pelos técnicos que não estavam contempladas na política, ditas atividades foram agrupadas como atividades não normativas. Estas atividades e as atividades normativas (contempladas nas normas) constituem o centro do trabalho dos TAPSs, em um primeiro momento se identificou nelas o grau de discricionariedade, posteriormente se detectou as categorias que foram mobilizadas em uma ou outra atividade.

Os TAPSs, dependendo da atividade que realizam, apresentam diferentes graus de discricionariedade: baixo, meio e alto. As atividades normativas devem ser cumpridas obrigatoriamente, algumas delas brindam oportunidade de adequação, nelas é observada uma discricionariedade baixa e meia respectivamente. As atividades não normativas, por sua vez, possuem um grau de discricionariedade alto, são tarefas que os técnicos realizam porque acham que é o que a comunidade necessita em um momento e situação determinados.

Como indicado, as atividades e seu nível de discricionariedade foram analisados em relação às categorias, evidenciando os aspetos internos que são ativados quando os burocratas tomam decisões. Da relação entre categorias e atividades, pode se determinar que o conhecimento situado e o ponto de vista dos TAPS importam, porque a partir dele muitas decisões são tomadas.

Foram identificadas nove categorias de conhecimento situado e nove de ponto de vista, que permitiram conhecer a fundo aos seis TAPS que participaram desta pesquisa; as categorias ajudaram a entender como é o sujeito, sua história, origem, contexto, sua realidade cotidiana, para entender assim como ele exerce sua discricionariedade. Se pode afirmar que resulta central a importância de olhar nas subjetividades do burocrata de nível de rua, enquanto sujeito que se vê atravessado por várias realidades, que de uma ou outra forma condicionam seu acionar no trabalho.

A análise interseccional neste ponto, permitiu que várias categorias possam dialogar e ser identificadas em uma mesma atividade.

A categoria acionada em todas as atividades dos TAPSs é a de conhecimento, seja este científico- da saúde, ancestral, ou da realidade social. A discricionarieidade muitas vezes se vê limitada ou expandida por conta do conhecimento do burocrata.

As categorias analíticas em relação à discricionarieidade falam sobre o papel do BNR na implementação da política, este papel possui uma importância diferenciada conforme o grau de discricionarieidade. Quando se trata de discricionarieidade baixa, dentro das atividades normativas, seu trabalho se limita a cumprir diretrizes, deixando de lado categorias que em outras atividades resultam centrais, seu papel neste cenário é somente operativo. Quando se trata de discricionarieidade média, em atividades normativas, o TAPS utiliza seu poder de decisão a partir de categorias que falam da sua subjetividade como valores, nacionalidade, trajetória laboral, gênero, participação política, etc. neste sentido o seu papel na implementação vai além de seguir instruções, se torna propositivo e consegue adequar a política a sua realidade comunitária. Finalmente, a discricionarieidade alta, observada só nas atividades não normativas reconhece a um sujeito central na implementação da política, que a partir de seu sentido de pertença se auto identifica como um agente de cambio, e em uso integral de todas as categorias que o atravessam, decide executar uma política pública com êxito.

Neste sentido, os BNR deveriam ser considerados como agentes de cambio social, o que implica reconhecer o conhecimento situado e ponto de vista do sujeito como elementos decisivos no uso da discricionarieidade. Sendo assim, para garantir uma política exitosa, o Estado deveria levar em conta estes quesitos na seleção dos BNR, caso contrário, sensibiliza-os sobre o assunto.

Se faz necessário implementar o modelo analítico proposto em outros estudos que analisem aos burocratas de nível de rua, seja como modelo único que procura entender como as subjetividades influem na discricionarieidade, seja como um modelo auxiliar que permita olhar aspetos que o modelo tradicional não leva em conta.

É recomendável que, pelo menos nas políticas interculturais, os burocratas que as implementam conheçam de perto a realidade onde trabalharão e compartilhem elementos indeníarios com as comunidades a fim de que sua entrada não seja difícil e consigam implementar com êxito as políticas.

REFERÊNCIAS

AGUDELO, D. **Encrucijadas del Vivir Bien y el Sumak Kawsay en Bolivia y Ecuador**. 2014, 108 f. Disertação (Mestrado em Estudos da Cultura)-Universidad Andina Simón Bolívar, Quito, 2014. Disponível em: <<http://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/4268/1/T1529-MEC-Agudelo-Salud.pdf>>. Acesso em: 3 ago 2017.

AGUILAR, L. **La Implementación de las Políticas**. México D. F.: Grupo editorial Miguel Ángel Porrúa, 1993.

ALARCÓN M, A. M.; VIDAL H, A.; ROZAS, J. N. Salud intercultural: Elementos para la construcción de sus bases conceptuales. **Revista Medica de Chile**, Santiago: v. 131, n. 9, p. 1061–1065, set. 2003.

ANDREWS, R.; BOYNE, G.; WALKER, R. The Impact of Management on Administrative and Survey Measures of Organizational Performance. **Public Management Review**. vol13, nº2, p. 227-256, feb. 2011.

BALASCH, M.; MONTENEGRO, M. Una propuesta metodológica desde la epistemología de los conocimientos situados: Las producciones narrativas. **Encuentros en Psicología Social**. v.1, n. 3, p.44-48, 1 jan. 2003.

BARDACH, E. The Implementation Game. What Happens After a Bill Becomes a Law. **Administrative Science Quarterly**. New York: v. 23, n. 1, mar. 1977.

BERMAN, P. Thinking about programmed and adaptive implementation: Matching strategies to situations. *In*: MANN, D.; INGRAM, H. (eds.). **Why policies succeed or fail**. Beverly Hills:Sage, 1980, p. 205-227.

BERMAN, P.; McLAUGHLIN, G. **Federal Programs Supporting Educational Change**. Santa Monica: The Rand Corporation, 1974. v. 7.

BIGLIA, B. Avances, dilemas y retos de las epistemologías feministas en la investigación social. *In*: MENDIA AZKUE, I. *et al.* (Org.). **Otras formas de (re)conocer. Reflexiones herramientas y aplicaciones desde la investigación feminista**. Irantzu Me ed. Bilbao: Lankopi, S.A, 2014, p. 21–45.

BOOTH, J, & SELIGSON, A. Political Participation in America Latina. An Agenda for Research. **Latin American Research Review**. v.11, n.13, p. 95-119. 1976.

BOURDIEU, P. **PODER, DERECHO Y CLASES SOCIALES**. I ed. Desclée de Brouer. Bilbao, 2000.

BOWLES, S. & GINTIS, H. The inheritance of inequality. **Journal of Economic Perspectives**. v.13, n.16, p.3-30. 2002.

BREWER, G. The Policy Sciences Emerge: To Nurture and Structure a Discipline. **Policy Sciences**. New York, v. 5, n. 3, p. 239-244, set.1974.

BUFFAT, A. When and why discretion is weak or strong: the case of taxing officers in a Public Unemployment Fund. *In*: HUPE, M.; HILL, M.; BUFFAT, A. (eds.). **Understanding street-level bureaucracy**. Bristol: The University of Chicago Press, 2016, p. 79-98.

CARBONEL, M. (coord.). **Diccionario Jurídico Básico**. Editorial Porrúa. México D.F., 2020.

CENTRO DE ESTUDIOS DE POBLACIÓN Y DESARROLLO SOCIAL (CEPAR). **Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil-EDEMAIN 2004**. CEPAR. Quito, out. 2005.

CEVALLOS, R.; AMORES, A. **Prestación de Servicios de Salud en zonas con Pueblos Indígenas**. Recomendaciones para el Desarrollo de un Sistema de Licenciamiento y Acreditación de Servicios Interculturales de Salud en el marco de la Renovación de la Atención Primaria de la Salud. Quito: Organización Panamericana de Salud, 2009.

CEVALLOS, F. **La Cultura Montubia, Patrimonio Cultural Inmaterial del Ecuador, una Oportunidad para el Turismo Local**. 2017.

COMITÉ PARA LA ELIMINACIÓN DE LA DISCRIMINACIÓN RACIAL (CERD). **Vigésimo quinto periódico que Ecuador debía presentar en 2020 en virtud del artículo 9 de la Convención**. [s.l.], 19 dic. 2019.

COÉLLAR, J. C. La construcción del estado plurinacional e intercultural. **La Tendencia. Revista de análisis político**, Quito: v. 13, n. 13, p. 115-119, abr.-mai. 2012. Disponible em: <<http://repositorio.flacsoandes.edu.ec/bitstream/10469/4303/1/RFLACSO-LT13-22-Coellar.pdf>>. Acesso em 30 de maio de 2018.

CONFENIAE; Amazon Watch; Fundación ALDEA e Universidad San Francisco de Quito. **Monitoreo del COVID-19 en las nacionalidades de la Amazonía ecuatoriana**. Quito, 2020. Disponible em: <https://confeniae.net/covid19>. Acesso em 03 ago. 2020.

CÓRDOVA, A. **Fallos en la implementación de la política pública de administración de tierras**. 2015, 129 f. Disertação (Mestrado em Políticas Públicas)-FLACSO, Quito, 2015. Disponible em: <<http://repositorio.flacsoandes.edu.ec/bitstream/10469/8620/2/TFLACSO-2015AHCV.pdf>>. Acesso em 27 abr. 2018.

CONFEDERACIÓN DE PUEBLOS Y NACIONALIDADES INDÍGENAS DEL ECUADOR (CONAIE). **Shuar**. Quito, jul. 2014a. Disponible em: <https://conaie.org/2014/07/19/shuar/>. Acesso em: 14 nov. 2021.

_____. **Kichwa Amazónico**. Quito, jul. 2014b. Disponível em: <https://conae.org/2014/07/19/kichwa-amazonico/>. Acesso em: 14 nov. 2021.

_____. **Kichwa de la Sierra o Indígena**. Quito, jul. 2014c. Disponível em: <https://conae.org/2014/07/19/kichwa/>. Acesso em: 14 nov. 2021.

CRENSHAW, K. **Demarginalizing the intersection of race and sex: A Black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory, and antiracist politics**. Routledge, 1989.

_____. Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence against Women of Color. **Stanford Law Review**. Vol. 43, No. 6, pp. 1241-1299, jul., 1991.

_____. **Gender-related aspects of race discrimination (EGM/GRD/2000/WP.1). BACKGROUND PAPER for the United Nations EXPERT MEETING**. Gender and Racial Discrimination, nov. 21-24. Zagreb, Croacia, 2000.

CUESTA, C. **Análisis de las fallas de implementación de la política pública de seguridad ciudadana del Ecuador (2007–2015)**. 2017, 156 f. Disertação (Mestrado em Políticas Públicas)- FLACSO, Quito, 2017. Disponível em: <<http://repositorio.flacsoandes.edu.ec/bitstream/10469/11381/2/TFLACSO-2017CLCH.pdf>>. Acesso em: 27 abr 2018.

CHÁVEZ, X. **Los saberes ancestrales como un eje de las políticas públicas de salud intercultural y justicia indígena en el Ecuador (2009-2013)**. El caso del cantón Colta, provincia de Chimborazo. 2015, 111 f. Disertação (Mestrado em Estudos Políticos e Sociais)-Universidad de La Habana, La Habana, 2015.

CHISAGUANO, S. **La participación de las organizaciones indígenas del Ecuador en la institucionalización del sistema de educación intercultural bilingüe**. 2003, 164 f. Disertação (Mestrado em Ciências Sociais, Menção em Estudos Indígenas)- FLACSO, Quito, 2005. Disponível em: <<http://repositorio.flacsoandes.edu.ec/handle/10469/383#.W39NAuhKjIU>>. Acesso em: 14 out 2017.

DAVIS, A. **Women, Race and Class**. Random House: New York, 1981

DERTHICK, M. **New Towns in Town: Why a Federal Programs Failed**. Washington D. C.: Urban Institute Press, 1972.

DYE, T. **Understanding Public Policy**. Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1984.

ECUADOR. Constitución (2008). **Constitución de la República del Ecuador**. Montecristi: Asamblea Nacional Constituyente, Registro Oficial 449, 20 out. 2008a.

_____. Ministerio de salud pública del Ecuador. **Dirección Nacional de Salud Intercultural**. 2008b. Disponível em: <<https://www.salud.gob.ec/direccion-nacional-de-salud-intercultural/>>. Acesso em: 17 maio 2018.

_____. **Modelo de Atención Integral de Salud MAIS-FCI**. Quito: Ministerio de Salud Pública, 2008c.

_____. **Guía Técnica para la Atención del Parto Culturalmente adecuado**. Quito: Ministerio de Salud Pública, 2008d.

_____. **Manual del Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud, Familiar, Comunitario e Intercultural**. Ministerio de Salud Pública, 2013.

_____. Decreto 0082-2017. **Reglamento para la Aplicación del Enfoque Intercultural en los Establecimientos de Salud del Sistema Nacional de Salud, en la Atención, Referencia, Derivación, Referencia Inversa y Contrareferencia a Usuarios/Pacientes Provenientes de Comunidades de Difícil Acceso**. Ministerio de Salud Pública, mai. 2017.

_____. **Informe Técnico de Acciones Realizadas por el Ministerio de Salud Pública en Relación a los Pueblos y Nacionalidades Indígenas, para la Visita de la Sra. Victoria Tauli-Corpuz, Relatora Especial sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas de las Naciones Unidas**. In. Quito, set. 2018a.

_____. **Actividades Esenciales de Promoción y Prevención por parte de los Técnicos de Atención Primaria de Salud-TAPS**. Manual. Quito, 2018b.

_____. **Ayuda Memorai sobre el caso de los Técnicos de Atención Primaria em Salud**. Juan Carlos Chávez. Quito, dic. 2019.

_____. **Protocolo com Pertinencia Intercultural para la Prevención y Atención de la Covid 19 em Pueblos y Nacionalidades Indígenas, Afroecuatorianos y Montubios del Ecuador**. Quito, 2020. Disponível em: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2020/08/PROTOCOLO-CON-PERTINENCIA-INTERCULTURAL-PARA-LA-PREVENCI%C3%93N-Y-ATENCI%C3%93N-DEL-COVID-19-EN-PUEBLOS-Y-NACIONALIDADES-IND%C3%8DGENAS-AFROECUATORIANOS-Y-MONTUBIOS-DEL-ECUADOR.pdf>. Acesso em: 10 set. 2020.

_____. **Primer Encuentro nacional de Técnicos de Atención Primaria de Salud (TAPS) se realizó con éxito en Quito**. [s.l.], [2007?]. <www.salud.gob.ec>. Disponível em: <https://www.salud.gob.ec/primer-encuentro-nacional-de-tecnicos-de-atencion-primaria-de-salud-taps-se-realizo-con-exito-en-quito/>. Acesso em: 18 maio 2019.

_____. **Actualización de las Terapias Alternativas 2017-2018**, 2017a. Disponível em: <<https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/>>

anexo_1._ atualizaci% C3%B3n_2017-2018_aprobada.pdf>. Acesso em: 16 Junho 2018.

_____. Secretaria Nacional de Planificación y Desarrollo. **La Planificación del Desarrollo y el Ordenamiento Territorial**. Quito, julho, 2010. Disponível em:

<https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwj41cWpiKv2AhX9QzABHXxQCqgQFnoECB8QAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.planificacion.gob.ec%2Fwp-content%2Fuploads%2Fdownloads%2F2012%2F08%2FLINEAMIENTOS-PARA-LA-PLANIFICACION%25C3%2593N-DEL-DESARROLLO-Y-EL-ORDENAMIENTO-TERRITORIAL.pdf&usg=AOvVaw23xQu8p1ZeYxEpGbkj3aRH>. Acesso em: 14 out 2019.

_____. **Toda una Vida Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021**. Quito, outubro, 2017c. Disponível em:

https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwiR6sH2u6b2AhW4RjABHYB7As8QFnoECAYQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.planificacion.gob.ec%2Fwp-content%2Fuploads%2Fdownloads%2F2017%2F10%2FFPNBV-26-OCT-FINAL_0K.compressed1.pdf&usg=AOvVaw2HFoyrcLv8wUmSnX83BE0n. Acesso em: 20 nov 2017.

_____. Presidente da FENOCIN Santos Villamar. **Discurso por ocasião do XII Congresso Nacional Ordinário da Confederação Nacional das Organizações Camponesas, Indígenas e Negras FENOCIN**. El Coca, 14 de julho, 2017b. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=bsqhREbh1Jg>>. Acesso em: 18 set. 2017.

_____. Secretaria Nacional de Planificación. **Plan de Creación de Oportunidades 2021-2025**. Quito, 2021. Disponível em: <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwi7Ijns0Jf2AhWuRzABHXh7BDcQFnoECA0QAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.planificacion.gob.ec%2Fwp-content%2Fuploads%2F2021%2F09%2FPlan-de-Creacio%25CC%2581n-de-Oportunidades-2021-2025-Aprobado.pdf&usg=AOvVaw1duaek0Q8GXb1kFjk-lguD>. Acesso em: 1 out. 2021.

ELMORE, R. Organizational Models of Social Program Implementation. **Public Policy**. New York: v. 26, n. 2, p. 185-228, jan. 1978.

Escola Nacional de Administração Pública (ENAP, BRASIL). **Enap Entrevista: Michael Lipsky fala sobre papel das burocracias do nível da rua**. [S.l.: s.n.], 2018. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=BB1pRaKDobA>>. Acesso em: 28 maio 2018.

_____. **Enap Entrevista: Vincent Dubois - Université de Strasbourg (France)** [S.l.: s.n.], 2018. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=H7QJgfQQag>>. Acesso em: 28 maio 2018.

FERNÁNDEZ, G. et al. **Salud, interculturalidad y derechos**. Claves para la reconstrucción del Sumak Kawsay-Buen Vivir. Quito: Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2010.

FLORES, J. **De Las Misiones Religiosas a Las Escuelas Del Milenio**. 2017, 213 f. Disertação (Mestrado em Sociología)-FLACSO, Quito, 2017. Disponível em: <<http://repositorio.flacsoandes.edu.ec/bitstream/10469/11485/2/TFLACSO-2017JAFJ.pdf>>. Acesso em: 27 abr 2018.

GRANDA, S. et al. **Logros y retos de la Educación Intercultural para todos en el Ecuador**. I ed. Quito: Universidad Politécnica Salesiana, 2007.

GUENDEL, L. **Política Social e Interculturalidad: Un Aporte para el Cambio (Ensayo)**. Ajayu. Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología de la Universidad Católica Boliviana "San Pablo", vol. 9, núm., março, 2011, pp. 1-52. Universidad Católica Boliviana San Pablo La Paz, Bolivia. Disponível em: Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=461545463001>. Acesso em: maio 2020.

HABOUD, D. M. et al. **Estado de Situación de Educación Intercultural Bilingüe en Ecuador (2006)**. Barcelona: ICCI, 2006.

HARAWAY, D. **Ciencia, cyborgs y mujeres. La reivindicación de la Naturaleza**. Madri, Espanha: Ediciones Cátedra S. A., 1995.

HARDING, S. Is There a Feminist Method?. In: HARDING, S. (ed.). **Feminism and Methodology**. Bloomington. Indiana University Press. 1987, p. 1-14.

HARRISON, S. Street-level bureaucracy and professionalism in health services. In: HUPE, M.; HILL, M.; BUFFAT, A. (eds.). **Understanding street-level bureaucracy**. Bristol: The University of Chicago Press, 2016, p. 61-78.

HERNÁNDEZ, R.; FERNÁNDEZ, C.; BAPTISTA, M. **Metodología de la Investigación**. VI ed. México D.F.: McGRAW-HILL / INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V., 2014.

HILL, P. La política del pensamiento feminista negro. In: NAVARRO, M.; STIMPSON, C. (comp.). **¿Qué son los estudios de mujeres?**. México D.F.: Fondo de Cultura Económica, 1998, p. 253-312.

HJERN, B. & HULL, C. Implementation Research as Empirical Constitutionalism. **European Journal of Political Research**. v. 10. num. 2. p. 105-115. maio 1982.

HUETE, D. **La deuda insalvable. Análisis de la política pública para el ¿Fortalecimiento? de la Educación Intercultural Bilingüe en Ecuador**. 2017, 180 f. Disertação (Mestrado em Políticas Públicas)-FLACSO, Quito, 2017. Disponível em: <<http://repositorio.flacsoandes.edu.ec/bitstream/10469/11995/2/TFLACSO-2017DHCH.pdf>>. Acesso em: 27 abr. 2018.

HURTADO, J. **Análisis de las fallas de implementación de la política pública: el caso de la política de fomento y apoyo al emprendimiento en Ecuador (2009 – 2014)**. 2016, 100 f. Disertação (Mestrado em Políticas Públicas)-FLACSO, Quito, 2016. Disponível em: <<http://repositorio.flacsoandes.edu.ec/xmlui/bitstream/handle/10469/10725/TFLACSO-2016JAHA.pdf?sequence=2&isAllowed=y>>. Acesso em: 28 abr 2018.

ILESCAS, J.; INUCA, V.; MAITA, R. Situación de la salud intercultural en el Ecuador. *In*: CID, V. DEL (Org.). **Antecedentes, situación actual y perspectivas de la salud intercultural en América Latina**. Nicaragua: Universidad Indígena Intercultural, 2008, p. 30–37.

INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL (IESS). **El Seguro Social Campesino: La seguridad social a tu alcance**. Quito: [s.n.], 2015. Disponível em: www.iesgob.ec/multimedias/revista_digital_Campesino/ssc/files/primer_folleto_ssc.pdf. Acesso em: 27 março 2020.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS Y CENSOS DEL ECUADOR (INEC). **La población indígena del Ecuador. análisis de estadísticas socio-demográficas**. Quito: Talleres Gráficos del INEC, 2006.

_____. **Las cifras del pueblo INDÍGENA. Una mirada desde el Censo de Población y Vivienda 2010**. Quito: Estudios Temáticos INEC, 2010a, p.54.

_____. **Las Cifras del Pueblo AFROECUATORIANO. Una mirada desde el Censo de Población y Vivienda 2010**. Quito: Estudios Temáticos INEC, 2010b, p.15.

_____. VILLACÍS, B.; CARRILLO, D.; MARTÍNEZ, A. **Estadística Demográfica en el Ecuador: Diagnóstico y Propuesta**. Quito, 2011.

_____. **Anuario de Estadística de Salud: Recursos y Actividades 2014**. Quito: Estudios Temáticos INEC, 2014a.

_____. **Reporte de Pobreza por Consumo Ecuador 2006-2014**. Quito: Estudios Temáticos INEC, 2014b.

_____. **Informe Ejecutivo de las Canastas Analíticas: Básica y Vital**. Quito, jun. 2021. Disponível em: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Inflacion/canastas/Canastas_2021/Junio-2021/1.%20Informe_Ejecutivo_Canastas_Analiticas_jun_2021.pdf. Acesso em: 08 set. 2021.

JIMÉNEZ, M. Tendencias y hallazgos en los estudios de trayectoria: una opción metodológica para clasificar el desarrollo laboral. **REDIE. Revista Electrónica de Investigación Educativa**. vol. 11, núm. 1, pp. 1-21, 2009.

KINGSLEY, D. Representative Bureaucracy: An interpretation of the British civil service. **Political Science Quarterly**, New York, v. 60, n. 20, p. 301-303, jun. 1945.

KRISLOV, S. Representative Bureaucracy. **Political Science Quarterly**. New York: v. 89, n. 4, p. 868-870, winter 1974.

LAHERA, E. **Introducción a las Políticas Públicas**. Santiago: Fondo de cultura económica, 2004.

LASSWELL, H. The Policy Orientation. *In*: LERNER, D; LASSWELL, H. **The Policy Sciences**. Stanford: Stanford University Press, 1955, p. 3-15.

LIPSKY, M. **Street-Level Bureaucracy. Dilemmas of the individual in public services**. 30th Anniversary Expanded Edition. New York: Russel Sage Fundation, 1980.

LINDBLOM, C. The Science of Muddling Through. **Public Administration Review**. v.19, n. 2, p. 242-251, spring 1959.

_____. Still Muddling, Not Yet Through. **Public Administration Review**. v. 39, n. 6, p. 517-526, nov-dez.1979.

LONG, N. Bureaucracy and Constitutionalism. **American Political Science Review**, Washington D.C., v. 46, n. 3, p. 808-818, set. 1952.

LORDE, A. **Zami. Una biomitografía. Una nueva forma de escribir mi nombre**. Horas y horas: Madrid, 1982.

LOTTA, G. **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**. 2010, 295 f. Tese (Doutorado em Ciência Política)-USP. São Paulo, 2010. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8131/tde-20102010-120342/en.php>. Acesso em 10 nov. 2021.

LUCIO, Ruth; VILLACRES, Nilhda; HENRIQUEZ, Rodrigo. Sistema de salud de Ecuador. **Salud pública**. Méx. Cuernavaca, v. 53, supl. 2, p. s177-s187, janeiro 2011. Disponível em: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800013&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 02 março 2019.

MAQUEDA, M. La Violencia de Género entre el Concepto Jurídico y la Realidad Social. **Revista Electrónica de Ciencia Penal y Criminología**. v.02, n.08, 02:1-02:13. 2006. Disponível em: <http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/12238/Violencia.pdf?sequ>. Acesso em 03 jan. 2021.

MARTEL, C. **La Interculturalidad en la Salud**. Huánuco: [s. n.], 2011.

MEIER, K.; WRINKLE, R.; POLINARD, J. L. Representative Bureaucracy and Distributional Equity: Addressing the Hard Question. **The Journal of Politics**, Chicago, v. 61, n. 4, p. 1025-1039, nov., 1999.

MENY, Y.; THOENIG, J. **Las Políticas Públicas**. Barcelona: Ariel, 1992.

MEYER, R.; QUELLET, F. **Métodologie de recherche pour les intervenants sociaux**. Gaëtan Morin Éditeur. Boucherville: 1991.

MOSHER, F. **Democracy and the Public Service**. New York: Oxford University Press, 1968.

Organização Panamericana da Saúde (OPS). **Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas**. Ed. 2008. [s.l.]: Nuevo Arte, 2008.

ORTIZ, P. Ecuador. **El Mundo Indígena 2019**. IWGIA: Copenhague: p. 171-180, abr. 2019.

_____. Ecuador. **El mundo Indígena 2020**. IWGIA: Copenhague: p. 408-420, abr.2020

O'TOOLE, L. Jr. Policy Recommendations for Multi-Actor Implementation: An Assessment of the Field. **Jornal of Public Policy**. Cambridge, v. 6, n. 2, p. 181-210, abr.-jun. 1986.

_____. Networking requirements, institutional capacity and implementation gaps in transitional regimes: the case of acidification policy in Hungary. **Journal of European Public Policy**. [S.l.]: v.4, n. 1, p. 1-17, 1997.

PARSONS, W. **Una introducción a la teoría y la práctica del análisis de políticas públicas**. Tradução de Atenea Acevedo. México: FLACSO, 2007.

PEDERSEN, M. J.; STRITCH, J. M.; THUESEN, F. Punishment on the Frontlines of Public Service Delivery: Client Ethnicity and Caseworker Sanctioning Decisions in a Scandinavian Welfare State. **Journal of Public Administration Research and Theory**, 2018. n. April, p. 1–16. Disponível em: <<https://academic.oup.com/jpart/advance-article/doi/10.1093/jopart/muy018/4967753>>. Acesso em: 27 jun 2018.

PLATERO, R. ¿Es el análisis interseccional una metodología feminista y *queer*?. In: MENDIA, I. et al. (eds.). **Otras formas de (re) conocer**. Bilbao: [s.n.], 2014, p. 79-95.

PRESSMAN, J; WILDAWSKY, A. **Implementation: How Great Expectations in Washington Are Dashed in Oakland; Or, Why It's Amazing that Federal Programs Work at All, This Being a Saga of the Economic Development Administration as told by two symphatetic observers who seek to build moral son a foundation of ruined hopes**. Berkeley: University of California Press, 1973.

QUIJANO, A. Colonialidad del poder, eurocentrismo y América Latina. In: LANDER, E. (comp.). **La colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias sociales. Perspectivas latinoamericanas** Buenos Aires: CLACSO, p. 246-302.

RAUCHSMAYER, F. Reflections on Ethics and MCA in Environmental Decisions. **Journal of Multi-criteria decision analysis**. n.10, p. 65-74. 2001.

RICHARDSON, J.; JORDAN, G. Governing Under Pressure. **The Policy Process in a Post-parliamentary Democracy**. Oxford: Willey-Blacwell, 1979.

REIN, M.; RABINOVITZ, F. Implementation: a Theoretical Perspective. In: BURNHAM, D; WEINBERG, M. **American Politics and Public Policy**. Cambridge: Mass, 1978.

RODRÍGUEZ, M. Construir la interculturalidad. Políticas educativas, diversidad cultural y desigualdad en Ecuador. **Íconos**, Quito: v. 22, n. 60, p. 217-236, jan. 2018.

ROSE, R. **Do Parties make a Diference?**. London: Macmillan Press, 1984, p. 9-18.

SABATIER, P. Top-Down and Bottom-Up Approaches to Implementation Research: A Critical Analysis and Suggested Synthesis. **Journal of Public Policy**. Cambridge: v.6, n.1, p. 21-48, jan.-mar. 1986.

SABATIER, P; JENKINS, H. Evaluating the Advocacy Coalition Framework. **Journal of Public Policy**. Cambridge: v. 14, n. 2, p. 175-203, abr.-jun. 1994.

SABATIER, P.; MAZMANIAN, D. **Effective Policy Implementation**. Washington D. C.: Heat and Company, 1981.

SABATIER, P.; SMITH, J. **Policy Change and Learning: The Advocacy Coalition Approach**. Boulder: Westview Press. 1993.

SILKE, H.; KRIESI, A. The Network Approach. In: SABATIER, P. (ed.). **Theories of the Policy Process**. California: Westview Press, 2006, p. 129-154.

SMITH, D. El punto de vista (standpoint) de las mujeres: Conocimiento encarnado versus relaciones de dominación. **Temas de mujeres**, Tucumán, v. 8, n. 8, p. 5-22, 2012.

SPELMAN, E. **Inessential Woman: Problems of Exclusion Feminist Thought**. Beacon Press: Boston, 1988

SUBIRATS, J. **Análisis de políticas públicas y eficacia de la administración**. Madrid: INAP, 1989.

TAMAYO, M. El análisis de las políticas públicas. In: BAÑÓN, R; CASTILLO, E (Comp.). **La nueva administración pública**. Madrid: Alianza, 1997, p. 281-312.

VAN METER, D.; VAN HORN, C. The Policy Implementation Process. A conceptual Framework. **Administration & Society**. California: v. 6, n. 4, p. 306-311, jan. 1975.

VAN RIPER, P. History of the United States Civil Service. **The American Historical Review**. vol. 64, issue 2, p. 369-397, jan. 1959.

VAQUERO, B. La Implementación de Políticas Públicas. **Díkaion**. Chía: v. 21, n. 016, p. 135-156, 2007.

VARGAS, J. **Comunicado Ante la Grave Situación de los Indígenas del Ecuador por el Covid-19**. Conaie.org, 2020. Disponível em: <https://conaie.org/2020/06/18/covid19/>. Acesso em: 01 agosto 2020.

VERBA, S. & NIE, H. **Participation in America: Political Democracy and Social Equality**. University of Chicago Press. 1972.

VERLOO, M. Multiple inequalities, intersectionality and the European Union. **Journal of Women's Studies**. n° 13, p. 211-228. 2006.

VIANA, R.; TOKARSKI, C. Burocracia Representativa: uma (re)produção de Desigualdades de Gênero e Raça no Setor Público Federal?. **Revista NAU Social**. vol.10, n.19, p.65-84, nov 2019/abr 2020.

VIZIOLI, E. **La innovación en la política pública de ciencia y tecnología ecuatoriana. yachay: ¿un cluster de innovación?**, 2016, 127 f. Disertação (Mestrado em Políticas Públicas)-FLACSO, Quito, 2016. Disponível em: <<http://repositorio.flacsoandes.edu.ec/bitstream/10469/9782/2/TFLACSO-2016EV.pdf>. >. Acesso em: 30 abril 2018.

WALTER, C. Discretionary payments in social assistance. *In*: HUPE, M.; HILL, M.; BUFFAT, A. (eds.). **Understanding street-level bureaucracy**. Bristol: The University of Chicago Press, 2016, p. 45-60.

WATERSON, K. **Women in Prission: Inside the Concret Womb**. Northeastern University Press, 1996.

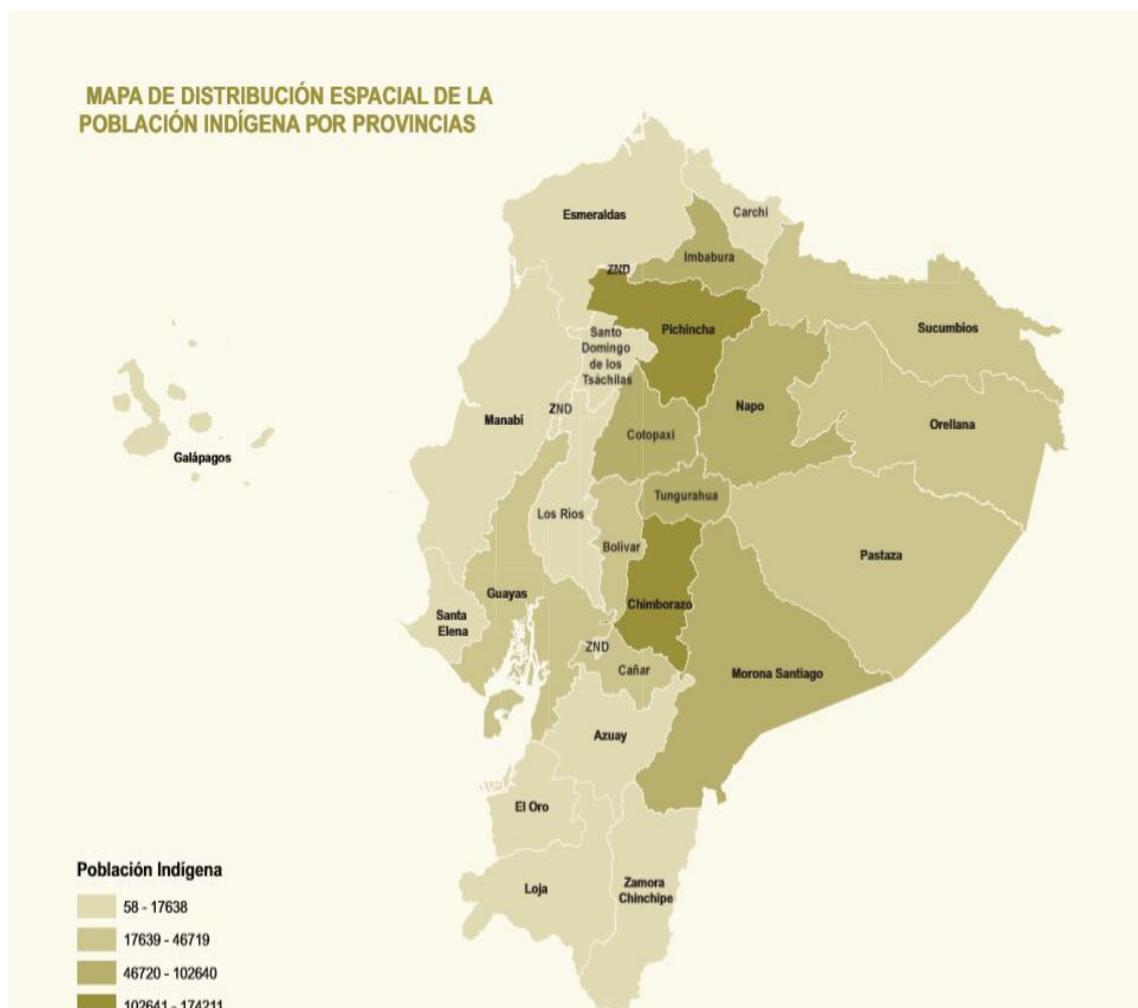
WEATHERLY, R.; LIPSKY, M. Street Level Bureaucrats and Institutional Innovation: Implementing Special Education Reform. **Harvard Educational Review**. Cambridge: v. 47, n. 2, p. 171-197, 1977.

WILLIAMS, W. Implementation Analysis and Assessment. **Policy Analysis**. California: v. 1, n. 3, p. 531-566, Summer 1975. (Special issue on implementation).

ZAPATA, R.; PINYOL, G. **Manual para el Diseño de Políticas Interculturales**. I ed. Barcelona: GRITIM-UPF Policy Series, 2013.

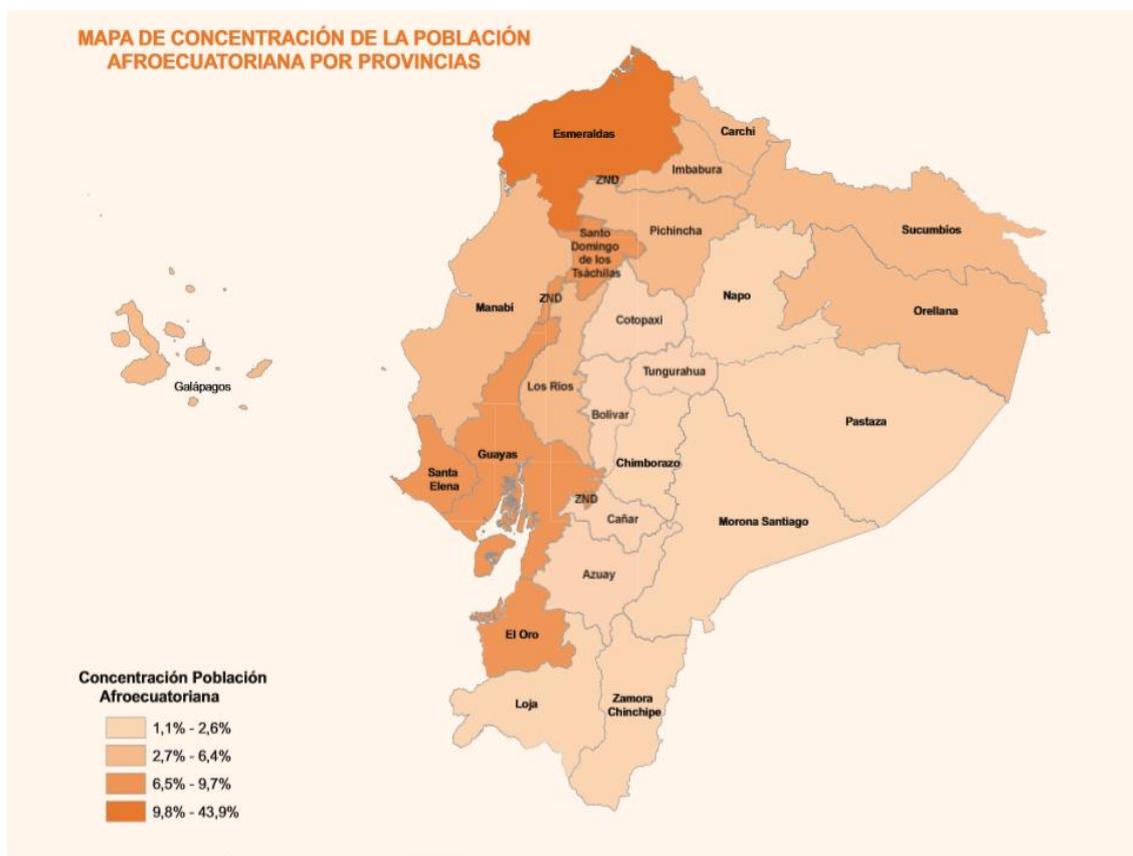
ANEXOS

ANEXO A - Mapa da distribuição espacial da população indígena por províncias



Fonte: INEC (2010a, p. 54).

ANEXO B-Mapa da concentração da população afro equatoriana por províncias



Fonte: INEC (2010b, p. 15).

APÊNDICE A- ROTEIRO DE ENTREVISTAS BNM

O roteiro apresentado a seguir representa um referente das questões que guiaram as entrevistas semiestruturadas com os BNM, algumas delas não foram perguntadas diretamente aos participantes já que se responderam ao longo do intercambio, tal como se representa nas transcrições.

- ¿Podría relatar su experiencia en el tema de salud intercultural?
- ¿Cuáles son sus funciones dentro de la DNSI?
- ¿Cómo se organiza la implementación de la salud intercultural?
- ¿Cuáles son las políticas o programas que se han implementado en esta zona en el tema intercultural?
- ¿Quiénes son los responsables directos de implementar salud intercultural en el nivel de atención directa con el paciente?
- ¿Cuáles son otros actores sociales que participan del proceso de implementación de salud intercultural?
- ¿Cómo funciona el diálogo de conocimientos entre los profesionales de salud y los sabios ancestrales?
- ¿Cómo se promueve la salud intercultural en las comunidades?
- ¿Cuáles han sido los mayores logros alcanzados en la implementación de la salud intercultural desde tu experiencia?
- ¿Cuáles serían los desafíos que identificas en el proceso de implementación de la salud intercultural?
- ¿Existe algún proceso de monitoreo o evaluación del cumplimiento de la política de salud intercultural?
- ¿Podría ampliar un poco más el tema de los recursos que se reciben para implementar el enfoque intercultural?
- ¿Deseas hacer algún comentario final sobre el tema?

**APÉNDICE B- ROTEIRO DE ENTREVISTAS DANNY CHOEZ PRESIDENTE
CNTAPS**

¿Podría contarme sobre la figura de los TAPS y su papel en el MSP?

¿Bajo qué figura los TAPS están vinculados al MSP?

¿Cuántos técnicos de Atención Primaria en Salud existen en el Ecuador?

¿Por qué dejaron de formar TAPS en el Ecuador?

¿Cuál es la importancia del TAP en la salud pública?

¿Cuáles han sido los más grandes obstáculos que los TAPS han enfrentado, tanto con la comunidad como con su equipo?

¿Cuál es el papel del TAP en la salud intercultural?

¿Para terminar, podría hablar sobre la lucha actual de los TAPS, la Acción de Protección que están demandando en la Corte Constitucional?

APÊNDICE C - ROTEIRO DE ENTREVISTAS BNR

O roteiro apresentado a seguir representa um referente das questões que guiaram as entrevistas semiestruturadas com os BNR, algumas delas não foram perguntadas diretamente aos participantes já que se responderam ao longo do intercâmbio.

¿Cuál fue su proceso de vinculación a los TAPS?

¿Cuáles son las características de su comunidad?

¿Cómo es un día normal en su trabajo?

¿Cuál es su margen de decisión en el trabajo?

¿Cómo es el proceso de rendición de cuentas en su trabajo?

¿Cuáles son las anécdotas que más le han marcado en años de trabajo como TAPS?

¿Qué es la comunidad para Ud.?

¿Cuál cree que es el valor más importante que debe tener un TAPS?

¿Sobre el Acuerdo Ministerial 0082, qué conoce, ha visto su implementación en su comunidad?

¿En su comunidad hay sabios ancestrales?

¿Cuál es el papel del TAPS en la salud intercultural?

¿Tal vez quisiera hacer alguna reflexión final sobre lo que hemos conversado?