

**LAÍZA NÍLIA DA SILVA**

**SAÚDE PÚBLICA E GÊNERO: UMA ANÁLISE DOS MUNICÍPIOS MINEIROS À  
LUZ DAS POLÍTICAS PÚBLICAS PNAISM E PNAISH**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de Viçosa, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Administração, para obtenção do título de *Magister Scientiae*.

Orientadora: Karla Maria Damiano Teixeira

Coorientadores: Marco Aurélio Marques Ferreira  
Suely de Fátima Ramos Silveira

**VIÇOSA – MINAS GERAIS  
2021**

**Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Central da Universidade  
Federal de Viçosa - Campus Viçosa**

T

S586s  
2021  
Silva, Laíza Nília da, 1995-  
Saúde pública e gênero : uma análise dos municípios  
mineiros à luz das políticas públicas PNAISM e PNAISH / Laíza  
Nília da Silva. – Viçosa, MG, 2021.  
120 f. : il. (algumas color.) ; 29 cm.

Inclui apêndices.

Orientador: Karla Maria Damiano Teixeira.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Viçosa.

Referências bibliográficas: f. 95-103.

1. Saúde pública - Brasil. 2. Mulheres - Saúde e higiene -  
Política governamental - Brasil. 3. Homens - Saúde e higiene -  
Política governamental - Brasil. I. Universidade Federal de  
Viçosa. Departamento de Administração e Contabilidade.  
Programa de Pós-Graduação em Administração. II. Título.

CDD 22. ed. 362.80981

Bibliotecário(a) responsável: Renata de Fatima Alves CRB6/2578

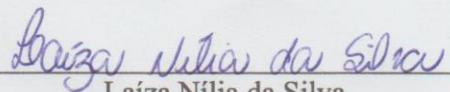
**LAÍZA NÍLIA DA SILVA**

**SAÚDE PÚBLICA E GÊNERO: UMA ANÁLISE DOS MUNICÍPIOS MINEIROS À  
LUZ DAS POLÍTICAS PÚBLICAS PNAISM E PNAISH**

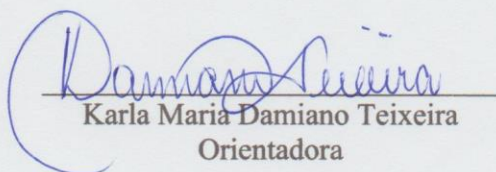
Dissertação apresentada à Universidade Federal  
de Viçosa, como parte das exigências do  
Programa de Pós-Graduação em Administração,  
para obtenção do título de *Magister Scientiae*.

APROVADA: 28 de maio de 2021.

Assentimento:



Laiza Nília da Silva  
Autora



Karla Maria Damiano Teixeira  
Orientadora

Dedico este trabalho à minha mãe, Nília  
e a meu pai, Agripino (*in memoriam*).

## AGRADECIMENTOS

Agradeço,

Primeiramente, a Deus por ter me proporcionado saúde e tranquilidade; e pelas oportunidades que sempre colocou em meu caminho, não me deixando desamparada e sempre iluminando minha trajetória.

Agradeço imensamente aos meus pais, Nília Maria da Silva e Agripino José da Silva (*in memorian*), em especial, à minha mãe, que é minha inspiração de força e meu exemplo, pessoa em quem posso sempre contar, que sempre me incentivou, vibrou com minhas conquistas estando sempre receptiva para me ouvir e me ajudar no que fosse possível. Meu pai, mesmo não estando fisicamente aqui neste plano, sempre esteve ao meu lado e vibrando com minhas conquistas.

Ao meu querido namorado Emanuel Bomtempo Matos pelos conselhos, ajudas, amizade, carinho e companheirismo de sempre, por me ouvir e acalmar durante os momentos de tristeza e angústia sendo, sem dúvida, um grande incentivador e motivador a cada momento.

Agradeço também aos meus amigos de longa data que sempre estiveram ao meu lado me ouvindo, apoiando, torcendo por mim e compreendendo o motivo do distanciamento da nossa convivência.

Agradeço também às pessoas que, em virtude do mestrado, pude conhecer e que tenho grande carinho, em especial, Débora, Andréa, Jorge, Andréia, James, Carlos Júnior e Valdinei. Às meninas da república que tiveram um importante papel, sendo minha família e um apoio nos dias difíceis.

À minha orientadora, professora Karla Maria Damiano Teixeira pelos conhecimentos compartilhados, que foram muito importantes para meu crescimento profissional e pessoal, pelas ajudas na condução da dissertação, pelo acolhimento e compreensão dos momentos difíceis pela disponibilidade e atenção de sempre, compartilhando experiências e conhecimento.

Aos professores do Departamento de Administração e Contabilidade (DAD), pelos aprendizados durante o período do mestrado. Em especial aos meus coorientadores, professor Marco Aurélio e Suely, pelo apoio, ensinamentos, disponibilidade e compreensão.

Aos servidores do DAD, especialmente à Luiza, pelas ajudas, orientações, acolhimento e por sempre estarem dispostos a ajudar com nossas dúvidas.

À Universidade Federal de Viçosa por proporcionar continuidade aos meus estudos e à minha formação.

À Maiara, Jéssika e Andréia que tiveram um papel muito importante com incentivos, apoio e pelas conversas antes e durante o período do mestrado.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pela concessão da bolsa de estudos.

Aos participantes da pesquisa, servidores da saúde nos municípios de Rio Paranaíba e Santana do Deserto que contribuíram diretamente com os resultados da dissertação, por aceitarem participar da pesquisa mesmo durante um período difícil e de falta de tempo, meus sinceros agradecimentos.

## RESUMO

SILVA, Laíza Nília da, M.Sc., Universidade Federal de Viçosa, maio de 2021. **Saúde Pública e Gênero: Uma Análise dos Municípios Mineiros à Luz das Políticas Públicas PNAISM e PNAISH.** Orientadora: Karla Maria Damiano Teixeira. Coorientadores: Marco Aurélio Marques Ferreira e Suely de Fátima Ramos Silveira.

O presente trabalho teve como objetivo analisar as políticas públicas de saúde PNAISM e PNAISH e a situação dos municípios mineiros refletindo sobre as questões de gênero e seus impactos nos cuidados com a saúde. Para tanto, o percurso metodológico foi dividido em duas etapas. Na primeira etapa, 595 municípios de Minas Gerais foram hierarquizados e analisados utilizando a Análise Fatorial Exploratória e a Técnica de Criação de Índices. Na segunda etapa, foram selecionados dois municípios, sendo eles Rio Paranaíba e Santana do Deserto, por terem Índice Socioeconômico e Institucional semelhantes e Índice de Saúde Feminino e Índice de Saúde Masculino diferentes, na intenção de aprofundar o entendimento sobre a saúde de mulheres e homens nos mesmos. Foram realizadas entrevistas fundamentadas em um roteiro semiestruturado com os secretários de saúde, enfermeiros e médico, que foram transcritas e analisadas pela técnica de Análise de Conteúdo. Os resultados do estudo mostraram o baixo quantitativo de municípios classificados como bons em todos os índices, o que corrobora a existência de grandes diferenças entre os municípios de um mesmo estado. As mesorregiões comuns nos três índices na melhor classificação foram Campo das Vertentes, Metropolitana de Belo Horizonte e Sul/Sudoeste de Minas. O município de Rio Paranaíba se destacou na saúde feminina e masculina, em contrapartida, Santana do Deserto foi em direção oposta. Em Rio Paranaíba, confirmando os resultados da abordagem quantitativa, são executadas, em maior quantidade, ações coerentes com os objetivos das políticas. Os resultados em Santana do Deserto também confirmaram os resultados quantitativos, poucas ações no tocante ao desenvolvimento da saúde de mulheres e homens são executadas, distanciando-se dos objetivos da PNAISM e PNAISH. Alguns pontos se mostraram carentes nos dois municípios, como ações voltadas para as vítimas de violência, participação dos homens em eventos realizados e no acompanhamento dos cuidados com a saúde, falta de especialistas que atendam a população em suas demandas, mais celeridade em algumas especialidades e treinamentos para os profissionais de saúde. Não obstante, as masculinidades apareceram com destaque nos dois municípios, reforçando a necessidade de promoção da educação em saúde. Conclui-se que a saúde específica de mulheres e homens poderiam ter resultados melhores, pois poucos municípios tiveram uma boa classificação nos índices analisados. A maior deficiência está nos

serviços voltados para a saúde do homem, intensificadas pelas questões que envolvem o gênero e que influenciam negativamente no comportamento na saúde. Dessa forma, reitera-se a importância da PNAISM e da PNAISH e sugere-se que sejam mais aproveitadas, divulgadas, utilizadas, que aumente a oferta e o investimento destinado à treinamentos para os profissionais de saúde, reestruturação de seus textos, objetivos e diretrizes e que promova a discussão de temáticas importantes para a saúde com a população.

Palavras-chave: Saúde pública. PNAISM. PNAISH. Gênero.

## ABSTRACT

SILVA, Laíza Nília da, M.Sc., Universidade Federal de Viçosa, May, 2021. **Public Health and Gender: An Analysis of Minas Gerais Municipalities in the Light of Public Policies PNAISM and PNAISH.** Adviser: Karla Maria Damiano Teixeira. Co-advisers: Marco Aurélio Marques Ferreira and Suely de Fátima Ramos Silveira.

The aim of this study was to analyze the National Policy for Integral Attention for women's health (PNAISM) and the National Policy for Integral Attention for men's health (PNAISH), taking into account gender issues that affect health care in communities in the state Minas Gerais. To this end, the methodological path was divided into two phases. In the first phase, 595 cities in Minas Gerais were ranked and provided with Exploratory Factor Analysis and the index generation technique. In the second phase, two cities were selected, Rio Paranaíba and Santana do Deserto, because they have a similar socioeconomic and institutional index and a different health index for women and men, in order to deepen the understanding of women's and men's health. The interviews were conducted in a semi-structured script with the health secretaries, nurses and doctors, which was transcribed and analyzed using the technique Content Analysis. The results of the study show, unchanged, the small number of municipalities rated as good in all indices, which underpins the existence of differences between cities in the same state. Common mesoregions in the three indices with the best classification were Campo das Vertentes, Metropolitana de Belo Horizonte and Sul / Sudoeste de Minas. In terms of women's and men's health, the city of Rio Paranaíba stands out. Santana do Deserto, on the other hand, developed in the opposite direction. In Rio Paranaíba, as confirmed by the results of the quantitative approach, more actions are implemented that are consistent with the policy objectives. The results in Santana do Deserto also confirm the quantitative results, activities are carried out for the development of women's and men's health that move away from the objectives of PNAISM and PNAISH. Some points are missing in the two municipalities, such as actions for victims of violence, the participation of men in events and in the monitoring of health care, the lack of professionals to attend to the needs of the population, more speed in some specialties and the training of health professionals. Nevertheless, masculinities emerged clearly in both communities, highlighting the need to promote health education. It is concluded that the specific health of women and men according to the best results, as few communities have a good ranking in compliance rates. The greatest deficiency is in the services focused on men's health, reinforced by issues that gender and negative influence on health behaviors. In this way, the importance of PNAISM and PNAISH is reaffirmed and it is necessary that it is

better used, disseminated and used, increase the supply and investment for the training of health professionals, the course of their texts, objectives and guidelines, and promote the discussion of important health issues with the population.

Keywords: Public health. PNAISM. PNAISH. Gender.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Modelo conceitual dos determinantes sociais de saúde .....	29
Figura 2 – Mapa de Minas Gerais conforme o ISI .....	58
Figura 3 – Mapa de Minas Gerais conforme o ISF .....	59
Figura 4 – Mapa de Minas Gerais conforme o ISM .....	60
Quadro 1 – Variáveis operacionalizadas pelas políticas .....	25
Quadro 2 – Condições do trabalho que afetam os burocratas de nível de rua.....	34
Quadro 3 – Descrição das variáveis .....	47
Quadro 4 – Categorias da análise de conteúdo.....	50
Quadro 5 – Perfil dos participantes da pesquisa.....	64

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Análise descritiva das variáveis utilizadas na análise fatorial exploratória, Minas Gerais, 2016.....	51
Tabela 2 – Testes da qualidade da análise fatorial exploratória .....	54
Tabela 3 – Análise descritiva dos índices.....	57
Tabela 4 – Distribuição dos municípios em estratos .....	57
Tabela 5 – Posição dos municípios escolhidos para as entrevistas .....	61

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIDS	<i>Acquired Immunodeficiency Syndrome</i>
CEAE	Centro Estadual de Atenção Especializada
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DIU	Dispositivo intrauterino
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ESF	Estratégia Saúde da Família
FINBRA	Finanças do Brasil
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IMRS	Índice Mineiro de Responsabilidade Social
ISF	Índice de Saúde Feminino
ISI	Índice Socioeconômico e Institucional
ISM	Índice de Saúde Masculino
KMO	<i>Kaiser-Meyer-Olkin</i>
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONGs	Organizações Não-Governamentais
Oscips	Organizações Sociedade Civil de Interesse Público
OSs	Organizações Sociais
PNAISH	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PSA	Antígeno Prostático Específico
SSSR	Saúde Sexual e Saúde Reprodutora
SUS	Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>14</b>
1.1 Objetivos.....	17
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA .....</b>	<b>18</b>
2.1 Gênero e Saúde .....	18
2.2 A saúde pública no Brasil: PNAISM e PNAISH.....	21
2.3 Fatores que influenciam o desempenho da saúde pública .....	26
2.4 Os profissionais da saúde: burocratas de nível de rua .....	31
2.5 PNAISM e PNAISH: o que trazem em seus documentos .....	35
<b>3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....</b>	<b>44</b>
3.1 Local de estudo .....	45
3.2 Coleta e análise dos dados .....	45
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....</b>	<b>51</b>
4.1 Hierarquização dos municípios de Minas Gerais .....	51
4.2 As políticas públicas PNAISM e PNAISH e o gênero: a percepção dos profissionais de saúde.....	62
4.2.1 O município de Rio Paranaíba .....	62
4.2.2 O município de Santana do Deserto.....	63
4.2.3 O perfil dos participantes da entrevista.....	64
4.2.4 O conhecimento das políticas públicas PNAISM e PNAISH.....	65
4.2.5 Ações praticadas nos municípios em relação à PNAISM e PNAISH .....	69
4.2.6 A demanda das políticas públicas PNAISM e PNAISH pelos cidadãos nos municípios.....	76
4.2.7 A percepção dos profissionais da saúde sobre as dificuldades de efetivação, acesso e uso do sistema pública de saúde.....	78
4.2.8 A Divulgação das políticas públicas PNAISM e PNAISH.....	82
4.2.9 A capacitação dos burocratas diante às mudanças e às novas políticas públicas ....	84
4.2.10 O gênero na saúde: semelhanças ou diferenças.....	87
<b>5 CONCLUSÕES.....</b>	<b>91</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>95</b>
<b>APÊNCICES.....</b>	<b>104</b>
APÊNDICE A – Roteiro de entrevista .....	104
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) .....	106
APÊNDICE C – Hierarquização dos municípios de Minas Gerais.....	109

## 1 INTRODUÇÃO

É notável a diferença na presença entre mulheres e homens nas dependências públicas de saúde. As mulheres possuem mais enraizado o hábito de frequentar esses ambientes. A falta do cuidado com a saúde por parte dos homens e a sua baixa frequência dentro dos ambientes públicos de saúde é uma situação que chama atenção. Todavia, esse comportamento não inibe o aparecimento de reclamações relacionadas à saúde e, para agravar ainda mais a falta dos cuidados, tem-se as questões sociais e culturais em torno dos homens que procuram ajuda e prezam pelos cuidados médicos. Diante desse cenário, considera-se que as diferenças nos cuidados com a saúde necessitam de atenção. Julga-se importante compreender quais são os esforços públicos imbricados para a atenção de mulheres e homens no tocante à saúde, assim, o estudo e o conhecimento de políticas públicas e programas que foram implementados nessa intenção são vistos como importantes objetos de pesquisa.

A gestão da atenção básica, ou também denominada primária, é de responsabilidade dos municípios. A atenção básica se destaca na saúde por sua ênfase na prevenção (STARFIELD; SHI; MACINKO, 2005), sendo considerada a principal porta de entrada dos usuários no Sistema Único de Saúde (SUS) (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012). Segundo Starfield (2002), a atenção básica é capaz de resolver parte das necessidades e problemas de saúde, com ênfase na prevenção das enfermidades, além de ser mais barata para as finanças públicas. Isto porque é o conjunto de ações em âmbito individual e coletivo que viabiliza a promoção e proteção da saúde por meio de diagnóstico precoce, do tratamento e da reabilitação da saúde.

Tomando o conceito de saúde, algumas questões relacionadas à notória importância de mantê-la como direito fundamental e como direito social tornam-se mais compreensíveis. O conceito de saúde foi amadurecido e aprimorado ao longo do tempo, e, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), é considerado o completo estado de bem-estar físico, mental e social (OMS, 1946). A definição proposta pela OMS progride por não considerar a saúde apenas como a ausência de doenças.

É importante salientar que, assim como exposto por Scliar (2007), a mesma noção de saúde não é compartilhada por todos os indivíduos. Por isso, o conceito de saúde não tem o mesmo significado para todos por retratar a conjuntura social, econômica, política, cultural, da época, do lugar onde se vive e da classe social da qual faz parte (SCLIAR, 2007; DALLARI, 2009). Scliar (2007), apresenta ainda, que aspectos intrínsecos dos indivíduos, como as crenças e os valores, também colaboram para que a saúde seja compreendida de maneira distinta.

Nessa perspectiva, a saúde pode ser percebida de diferentes formas de acordo com o gênero. Essa realidade é confirmada por meio de pesquisas que mostram que as mulheres procuram mais os serviços de saúde que os homens. De acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), realizada em 2019, pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 82,3% das mulheres procuraram um médico nos 12 meses anteriores à pesquisa, enquanto dos homens foram 69,4% (IBGE, 2020). Por meio desse resultado é possível observar que as mulheres se preocupam mais com a saúde que os homens e que essa realidade aponta para evidências que destacam a importância de políticas públicas específicas.

Tal resultado pode ser explicado pelo fato de as políticas públicas de saúde terem priorizado as mulheres devido à sua função na família e, conseqüentemente, multiplicando seus resultados sobre a família e a sociedade (FARAH, 2004). O foco inicial nas mulheres é justificado por causa de sua saúde reprodutiva, sendo elas amparadas desde a década de 1980 por programas e políticas públicas.

Políticas públicas que articulam a questão da saúde considerando o gênero são importantes para contribuir com a redução do hiato que existe entre a saúde feminina e a masculina. Considerando essa realidade, existem duas políticas públicas que fazem jus à essa necessidade, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH). Ambas possuem foco na prevenção de doenças e de outros agravos, estando em conformidade com os interesses da atenção básica.

A PNAISM foi concebida em 2004 diante da necessidade de o Estado incluir novas demandas e diretrizes de saúde voltadas à atenção das mulheres. Foi idealizada como forma de empoderamento feminino, viabilizando necessidades que até então eram indisponíveis em políticas públicas para tal gênero (CASTRO; SIMONETTI; ARAÚJO, 2015).

Partindo do pressuposto que os homens têm uma tendência maior a rejeitar cuidados com a saúde, a PNAISH, lançada oficialmente pela portaria N° 1.944 de 27 de agosto de 2009, representa um avanço no fortalecimento da atenção à saúde masculina. Tal política articula ações de promoção, prevenção, tratamento e recuperação da saúde dos homens. Ela busca preencher uma lacuna existente no segmento da população masculina de 20 a 59 anos, que não era beneficiária de políticas públicas específicas de saúde (BRASIL, 2009; FONTES et al., 2011). O estudo de Leal, Figueiredo e Nogueira-da-Silva (2012) revela algumas características que preocupam quanto à implementação dessa política nas cinco macrorregiões brasileiras, apresentando que a maioria dos agentes implementadores da PNAISH não a conhecem. Sendo

assim, operam-na com objetivos e referências de sua experiência, sem de fato obedecer àquilo proposto em seu documento, colocando em evidência o uso da discricionariedade (LIPSKY, 2010).

Em consonância com a atenção básica, as políticas públicas PNAISM e PNAISH também contribuem com a prevenção e consideram a questão de gênero, que se mostra importante pelas diferenças existentes nos cuidados necessários às mulheres e aos homens. Analisá-las implica gerar contribuições para que a implementação das políticas seja realizada voltada para a prestação dos melhores serviços ao seu público-alvo.

A disparidade no acesso aos serviços de saúde por mulheres e homens colabora para aumentar a distância entre os homens e a porta de entrada no SUS, que é a atenção básica. Questões sociais e culturais construídas socialmente fazem com que os homens não busquem por cuidados médicos, principalmente quando se refere à prevenção, que é realizada por meio de consultas e exames (BRASIL, 2009). De acordo com o Centro de Referência da Saúde do Homem, mais de 60% deles chega ao consultório com doenças em estágio avançado, não sendo possível o atendimento por meio da atenção básica, necessitando da atenção de média ou de alta complexidade (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, 2012).

Galdas, Cheater e Marshall (2005) realizaram uma revisão com a intenção de identificar os motivos dos homens, quando comparado com às mulheres, postergarem na busca por cuidados médicos. Os resultados evidenciaram que a masculinidade tradicional é uma variável que influencia o comportamento na busca por cuidados de saúde quando estão doentes. Os autores salientam como benefício da mudança de comportamento a melhoria na qualidade de vida e a redução de custos com saúde.

A diferença nos cuidados também foi confirmada por Garfield, Isacco e Rogers (2008), os quais apontam que o comportamento dos homens quanto aos cuidados com a saúde continua atrás das mulheres. Em seus achados encontraram uma quantidade considerável de iniciativas, como recursos e programas especializados e periódicos específicos, que indicam esforços para integrar os homens nos serviços de saúde, além de fornecê-los informação.

Considerando as marcas culturais e históricas ainda enraizadas na sociedade, a necessidade de olhares para as especificidades das mulheres e dos homens é uma importante medida que assegura aos cidadãos o acesso aos serviços de saúde e que garante um cuidado mais equitativo. Além disso, avança em considerar que o olhar sobre as especificidades faz com que os serviços sejam aprimorados e direcionados para o público-alvo, visto que, como já evidenciado, os homens sofrem com barreiras que os impedem de procurar ajuda médica

preventiva, cabendo à política a necessidade de promover o acolhimento e a aproximação dos sujeitos no sistema, aspecto que ressalta a importância da singularidade das intervenções do Estado no âmbito da saúde pública. Desse modo, a principal questão investigativa desse trabalho é: Qual a situação dos municípios mineiros quando são analisadas a saúde de mulheres e homens pela perspectiva das políticas públicas PNAISM e PNAISH e as questões relacionadas ao gênero?

## 1.1 Objetivos

O objetivo geral deste trabalho é analisar as políticas públicas de saúde PNAISM e PNAISH e a situação dos municípios mineiros refletindo sobre as questões de gênero e seus impactos nos cuidados com a saúde.

Como objetivos específicos tem-se:

- a) Hierarquizar e analisar os municípios mineiros considerando as variáveis relacionadas às políticas públicas PNAISM e PNAISH e outras que adicionam complexidade na entrega das políticas públicas;
- b) Analisar as políticas PNAISM e PNAISH nos municípios mineiros pela perspectiva dos profissionais de saúde;
- c) Analisar, de acordo com a percepção dos profissionais de saúde, se questões relacionadas ao gênero influenciam no desempenho das políticas PNAISM e PNAISH.

A pesquisa contribui para discutir a relevância das políticas PNAISM e PNAISH que ainda são alvo de desconhecimento por profissionais de saúde e pela população. Compreender as políticas públicas implica mostrar sua importância e ampliar o seu entendimento e divulgação para a academia e para a sociedade, bem como a promover melhoria para a saúde de mulheres e homens. Para que isso aconteça, é essencial compreender a situação de saúde nos municípios, identificando como é o conhecimento acerca das políticas, o que tem sido realizado que implica na melhoria dos serviços de saúde para mulheres e homens e, principalmente, o que pode ser melhorado. A incorporação de gênero na discussão é necessária, pois considera as questões sociais que acrescentam dificuldades na prática, influenciando o comportamento na utilização dos serviços públicos de saúde.

A dissertação encontra-se estruturada, para além dessa introdução, em mais quatro seções. A segunda é a revisão de literatura, seguida pelos procedimentos metodológicos utilizados na pesquisa. Na quarta, resultados e discussões, são apresentados os resultados obtidos e, por último, as conclusões da pesquisa.

## **2 REVISÃO DE LITERATURA**

Nesta seção será apresentada a revisão de literatura e está subdividida em cinco tópicos: gênero e saúde; a saúde pública no Brasil: PNAISM e PNAISH; fatores que influenciam o desempenho da saúde pública; os profissionais da saúde: burocratas de nível de rua e; PNAISM e PNAISH: o que trazem em seus documentos.

### **2.1 Gênero e Saúde**

As diferenças entre a saúde de homens e mulheres tem tido destaque por ser um objeto de grande interesse dos pesquisadores (AQUINO, 2006). Diversas pesquisas têm investigado as relações de gênero na saúde quanto ao uso dos serviços e dos cuidados por parte dos usuários, principalmente, na atenção básica (COSTA-JÚNIOR; COUTO; MAIA, 2016; VILLELA, 2009; AQUINO, 2006).

No século XVIII surgiu a noção de dois sexos biológicos, com a distinção dos órgãos reprodutores em termos linguísticos, com destaque para definir diferenças entre mulheres e homens (LAQUEUR, 2001; AQUINO, 2006). E as diferenças existentes entre a saúde de mulheres e homens, durante muito tempo, foram neutralizadas baseadas nessas teorias biológicas (AQUINO, 2006).

Inicialmente, a concepção de saúde da mulher estava atrelada à visão da mesma como grávida ou mãe, com foco essencialmente na reprodução. Essa condição foi refletida na quantidade da produção científica que, na primeira metade dos anos 1980, tinha 75% dos artigos publicados com enfoque na gestação, parto e aleitamento (AQUINO, 2006). O gênero surge do pensamento e movimento feminista, a partir da década de 1970, com a intenção de desconstruir a explicação biológica da subordinação social das mulheres, e a naturalização das desigualdades entre homens e mulheres, compreendendo o humano a partir de sua teia de relações (VILLELA, 2009).

A mulher e o homem são indivíduos com características físicas e biológicas diferentes, sendo que o gênero indica relações de poder entre os sexos (SCHIENBINGER, 2001). Logo, gênero é utilizado para indicar as relações sociais entre os sexos, rejeitando as explicações biológicas, nas quais as mulheres possuem a capacidade de dar à luz e os homens, a força física (SCOTT, 1990). Ainda de acordo com a autora, gênero indica construções culturais de ideias que remetem aos papéis adequados a cada sexo, sendo a primeira forma de dar sentido às relações de poder. Scott (1990) rejeita a forma binária (feminino x masculino) como uma forma fixa. Assim, o gênero é utilizado contrapondo o determinismo biológico e destacando o que é construído socialmente.

O gênero também pode ser considerado por uma abordagem estática e categórica, feminino e masculino (CONNELL, 2016). Considerando o objeto de estudo da presente pesquisa, o caráter binário será utilizado, contudo, não se tem a intenção de minimizar o aspecto de categorias dinâmicas de identidades que os sujeitos possam assumir.

O gênero tem sido um recurso amplamente usado para analisar comportamentos e práticas, tanto individuais como em grupo (VILLELA, 2009). Na saúde coletiva, o gênero começa a ser utilizado com foco nas mulheres voltando-se para a reprodução, estando diretamente relacionado à gravidez, parto e amamentação. Logo após, o termo começou a ser utilizado nos estudos sobre homem e masculinidades, na intenção de entender melhor as mortes evitáveis, como a violência, uso de substâncias e AIDS (VILLELA, 2009).

O conceito de masculinidades abrange conduta, comportamento e regras sociais voltadas para o homem na sua vida em sociedade. Assim, as masculinidades constituem a identidade de sujeitos correspondendo a um modelo a ser seguido (COURTENAY, 2000; KEIJZER, 2003). O padrão hegemônico de masculinidades é correspondente ao homem viril, forte, invulnerável e provedor, indo no caminho contrário à possibilidade de serem associados ao universo feminino (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007). Nesse contexto, caso utilizassem os serviços de saúde de forma preventiva, poderiam ser associados à fraqueza, medo e insegurança, que implicaria colocar sua masculinidade construída socialmente à prova.

Outras questões encontradas pelos autores que impedem os homens de buscarem os serviços de saúde são o medo de serem diagnosticados com uma doença grave e a vergonha de expor seu corpo para o profissional de saúde, principalmente no que se refere às regiões íntimas (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007). Considerar as masculinidades na saúde contribui para a compreensão da relação homem e saúde e do processo de adoecimento da população masculina.

No SUS, o esforço de incorporar a dimensão gênero nas políticas, planos e programas ocorreu de forma lenta, sendo a primeira ação a substituição dos programas de atenção materna infantil pelo Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e o segundo passo, para a população masculina, ocorreu após 25 anos com a elaboração da política de saúde integral para os homens (PNAISH) (VILLELA, 2009). O termo “integral” corresponde a reconhecer mulheres e homens como indivíduos completos em suas necessidades, portadores de diversas necessidades de saúde.

Mulheres e homens possuem diferentes necessidades e demandas em relação à sua saúde, que devem ser consideradas para promover a igualdade no acesso aos serviços de saúde. Leis, programas e políticas públicas que consideram as diferenças de gênero e os fatores que condicionam complicações são importantes para contribuir com a equidade de gênero na saúde.

Acredita-se que as mulheres adoecem mais que os homens, por causa de suas vidas possuírem mais estressores no que se refere aos papéis sociais do gênero e a distribuição de recursos, sejam eles sociais, pessoais ou materiais (MCDONOUGH; WALTERS, 2001). De acordo com as autoras, isso ocorre devido às demandas e obrigações que as mulheres assumem em seus papéis sociais.

A elaboração de políticas voltadas para os homens leva em consideração as masculinidades construídas socialmente e seus impactos no processo de saúde, adoecimento e cuidado, além de outras barreiras socioculturais existentes na saúde dos homens (COUTO; GOMES, 2012). A demora na elaboração de uma política pública de saúde para os homens acaba corroborando características de força e da não necessidade dos cuidados médicos. Para Villela (2009), a existência de uma política para os homens e para as mulheres, simultaneamente, é entendida como um passo em busca da equidade de gênero.

Uma das diretrizes do SUS, a equidade, exige que sejam consideradas as necessidades de grupos que se encontram em vulnerabilidade social, como indivíduos transgêneros, mulheres negras e indígenas, para que não só tenham acesso aos serviços, mas que se sintam acolhidos e respeitados em suas diversidades (VILLELA, 2009). Ainda conforme a autora, os profissionais de saúde, durante sua formação, possuem pouco contato com discussões que ofereçam capacitação para lidar com determinantes sociais e com as desigualdades de gênero, assumindo uma formação tecnicista em que o aprendizado se restringe ao corpo biológico. Tal condição dificulta atingir as diretrizes propostas pelo sistema de saúde brasileiro.

Na saúde, a perspectiva de gênero amplia as responsabilidades de enriquecer as reflexões teóricas, somando a outros esforços intelectuais e políticos, na intenção de

compreender a saúde e seus determinantes na busca da igualdade e da justiça social (AQUINO, 2006). O esforço em produzir ações governamentais orientadas pelas perspectivas de gênero colabora para que as desigualdades diminuam. A equidade de gênero na saúde preza para que todos tenham acesso aos serviços e cuidados de saúde independente da diversidade que os indivíduos apresentem.

## **2.2 A saúde pública no Brasil: PNAISM e PNAISH**

Em um breve relato da saúde brasileira, pode-se verificar que durante o século XVIII, a assistência médica era basicamente realizada pela filantropia e pela caridade. Já no século XIX, devido às mudanças econômicas e políticas, surgiram algumas iniciativas na área da saúde pública, como a realização de campanhas limitadas. A intervenção estatal só ocorreu efetivamente no século XX, após algumas iniciativas de organização do setor de saúde (BRAVO, 2006). Esse século foi marcado por grandes mudanças na saúde que utilizaram da demanda social como subsídio para a construção de políticas públicas que impactam de maneira positiva no bem-estar social.

As primeiras ações de saúde pública no Brasil eram voltadas para o combate e prevenção de epidemias, principalmente, por meio de campanhas de vacinação. Por intermédio da Lei Eloy Chaves, de 1923, até a Constituição de 1988, a saúde pública brasileira era restrita aos trabalhadores que apresentavam vínculo com o sistema previdenciário da época. O início do sistema previdenciário se deu pela criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões, que foram estabelecidas por meio do decreto nº 4.682, de 24 de janeiro de 1923, sendo, inicialmente, destinadas aos trabalhadores ferroviários (BRASIL, 1923; BATICH, 2004). Os benefícios previstos eram a assistência médica, fornecimento de medicamento, aposentadoria por tempo de trabalho, velhice e invalidez, pensão para dependentes e auxílio funeral (BRASIL, 2017; BRAVO, 2006).

A Constituição Federal de 1988, ao trazer em seu texto a seguridade social, proporcionou grandes avanços para a população brasileira. A seguridade social viabiliza um conjunto de ações integradas de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, que são destinadas a garantir saúde, previdência social, e assistência social (BRASIL, 1988).

Dessa maneira, a saúde, no texto constitucional, aparece como um direito de todos e um dever do Estado, garantindo, por meio de políticas sociais e econômicas, a redução de doenças e de outros agravos. A previdência social tem caráter contributivo e de filiação obrigatória que

garante o equilíbrio financeiro quando houver a perda parcial ou permanente da capacidade laboral. Já a assistência social não requer contribuição direta e é prestada a quem dela necessitar e tem como objetivos a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência, à velhice, à promoção da integração ao mercado de trabalho, e, à pessoa com deficiência (BRASIL, 1988).

Por meio da Constituição Federal de 1988, em seus artigos de número 196 a 200, a saúde pública no Brasil ganhou um novo significado. Foi instituída a criação do SUS, uma grande política pública brasileira, sendo um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo (BRASIL, 1988; CARVALHO, 2013), que possibilitou e continua viabilizando grande avanço, a fim de promover a justiça social e superar as desigualdades existentes.

O SUS foi uma conquista do movimento sanitário depois de um processo de luta, que desde 1970 envolveu movimentos populares, profissionais de saúde, usuários, sindicalistas, intelectuais, movimento feminista, organizações não-governamentais entre outras entidades da sociedade civil. O início das políticas públicas de saúde tem suas raízes nas lutas sociais e na redemocratização do Brasil (GOUVEIA; PAIVA, 1999).

O SUS foi regulamentado por duas Leis: a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que o define, e a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da população por meio do controle social, sendo realizado a partir dos conselhos e das conferências de saúde (BRASIL, 1990b). A Lei nº 8.080, em seu Art. 4º, definiu o SUS como um “conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público” (BRASIL, 1990a, p. 1). Dessa forma, a Lei Orgânica de Saúde estabeleceu todas as diretrizes do sistema de saúde pública que os municípios, os estados e a União devem adotar. Por meio da Norma Operacional Básica 01/96 houve a reorganização e a descentralização da saúde, passando para os municípios a responsabilidade de gestão da atenção básica. Logo após, as Normas Operacionais de Assistência à Saúde 01/2001 ampliaram a responsabilidade dos municípios sobre a atenção básica e destinaram a gestão da média e alta complexidade para estados e a União, respectivamente (CONASS, 2003).

A instituição do SUS possibilitou importantes mudanças no cenário da saúde pública, sendo que seu funcionamento colaborou para ampliar universalmente o acesso, reduzindo a desigualdade existente na utilização dos serviços de saúde pública, que, até então, era facilmente percebida por meio da Lei Eloy Chaves. Mesmo diante das dificuldades que ainda existem quanto ao seu financiamento e ao cumprimento de seus princípios de universalidade, equidade e integralidade que não abarcam a totalidade dos cidadãos, o sistema representa uma

ação importante em prol da justiça social (COSTA; CORBONE, 2009).

No cenário de mudanças que o Brasil apresentou, as políticas públicas de saúde são entendidas como ações do governo que têm como objetivo a regularização e organização do setor saúde. As políticas públicas de saúde não estabelecem compromissos apenas para a resolução de problemas políticos, mas, principalmente, para as exigências e necessidades da sociedade. Vale lembrar que a concepção ampliada da saúde exige do Estado não só políticas de saúde, como também econômicas e sociais orientadas para a redução de riscos de doenças e agravos, ou seja, que as políticas de saúde sejam formuladas com a interação de outros setores (LUCCHESI, 2004).

Política pública, como apresentado por Souza (2006), é o campo do conhecimento que visa colocar planos do governo em ação e que propõem mudanças no curso dessas ações. Sua estruturação constitui-se no estágio em que os governos traduzem suas ideias e propósitos em programas e ações, sendo a soma das atividades dos governos, que produzirão resultados ou mudanças na vida dos cidadãos (PETERS, 1986; SOUZA, 2006). As políticas públicas são resultantes da atividade política e participam do processo essencial à preservação da vida em sociedade. De acordo com Dye (2013), é tudo o que os governantes decidem fazer ou não fazer, assim, compreende todas as ações tomadas. A sociedade está repleta de diferenciações sociais, que apresentam não somente atributos distintos, como também, ideias, valores e interesses que desempenham diversos papéis no decorrer de sua existência (RUA, 2014).

O SUS é considerado a principal política pública brasileira na área da saúde, sendo reconhecido por seu tamanho e abrangência (COSTA; CORBONE, 2009). Entretanto, outras políticas no âmbito da saúde também possuem papel fundamental. Neste sentido, as políticas públicas PNAISM e PNAISH foram construídas com a intenção de reforçar a garantia constitucional do Estado em oferecer os serviços de saúde.

Estas políticas propõem uma visão aprofundada da saúde, levando em consideração as doenças como um fator a ser acompanhado e, principalmente, articulando ações voltadas à prevenção e melhoria das condições de vida. A igualdade de gênero e a humanização da atenção são objetivos que as políticas apresentam. Contudo, as questões sociais e culturais ainda aparecem como um fator que dificulta a dinâmica das ações, principalmente no público masculino (BRASIL, 2009), por apresentar características que configuram uma aversão aos cuidados de saúde.

A política feminina pode ser considerada um resultado do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), criado pelo Ministério da Saúde em 1984. A PNAISM

foi criada por meio de movimentos sociais que faziam referência ao empoderamento feminino, buscando um olhar ampliado para a saúde feminina, com um enfoque além da maternidade. O movimento feminista brasileiro tem um representativo destaque nesse contexto, pois criticava o caráter reducionista com a saúde das mulheres e deu mais visibilidade para outras necessidades, introduzindo na agenda política outras demandas sensíveis à saúde da mulher, afastando o foco do ciclo gravídico-puerperal (BRASIL, 2004).

O documento foi elaborado em parceria com outros setores da sociedade, como o movimento de mulheres, o movimento negro, sociedades científicas, pesquisadores e organizações não-governamentais (BRASIL, 2004), mostrando o envolvimento de vários atores governamentais e não-governamentais em sua construção. Simultaneamente à manutenção dos direitos ao acesso à saúde para todas as mulheres, a política avança em busca de equidade dos direitos culturais e sociais. Os objetivos gerais estabelecidos por meio do documento são: promover melhorias nas condições de vida da mulher ampliando o acesso aos serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde; contribuir para a redução da morbidade e mortalidade por causas evitáveis; e ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral da mulher no SUS (BRASIL, 2004).

A PNAISH, por sua vez, ampara um público que, até então, não era atendido por ações específicas de saúde. A política masculina foi a primeira que abarcou ações destinadas diretamente a esse público, representando um avanço para a saúde pública. Essa, que representa as estratégias e ações de saúde direcionadas ao acolhimento do público masculino. Seu objetivo é promover melhoria nas condições de saúde da população masculina para reduzir a morbidade e mortalidade por meio do enfrentamento dos fatores de risco, da facilidade ao acesso, das ações e dos serviços de assistência integral (BRASIL, 2009).

Sua criação foi impulsionada pelo Sociedade Brasileira de Urologia e, de maneira análoga à política feminina, a construção também ocorreu por meio de discussões que envolveram vários atores, como o Ministério da Saúde, organizações da sociedade civil, pesquisadores e representantes de conselhos de saúde, como também a abertura para a participação social pela internet (LEAL; FIGUEIREDO; NOGUEIRA-DA-SILVA, 2012). A PNAISH está relacionada, principalmente, ao acompanhamento da saúde do homem, haja vista a propensão ao desinteresse em cuidar da saúde, seja por motivos sociais, culturais e/ou pessoais. No Quadro 1 são apresentadas algumas variáveis que a PNAISM e a PNAISH atuam para a redução, prevenção, controle, garantia e melhoria. Todavia as informações foram

extraídas dos documentos das políticas, por isso não significam que estão sendo materializadas na prática.

Quadro 1 – Variáveis operacionalizadas pelas políticas

Variáveis que são tratadas pela PNAISM e PNAISH	
PNAISM	Ampliar o acesso e qualificar a atenção clínico-ginecológica na rede SUS.
	Redução da mortalidade por causas evitáveis e redução da morbimortalidade por câncer (colo uterino e de mama).
	Garantir métodos contraceptivos em idade reprodutiva.
	Qualificar e humanizar a atenção à mulher em situação de abortamento.
	Garantir a oferta de ácido fólico e sulfato ferroso para as gestantes.
	Ações preventivas em relação à violência doméstica e sexual.
	Prevenir as DST e a infecção pelo HIV/AIDS.
	Garantir a cirurgia de reconstrução mamária nas mulheres que realizaram mastectomia.
	Promover a atenção à saúde da mulher na terceira idade.
	Melhorar o registro e produção de dados com relação à saúde da mulher negra.
PNAISH	Garantir a oferta da contracepção cirúrgica voluntária masculina.
	Captação precoce da população masculina nas atividades de prevenção primária relativa às doenças cardiovasculares e cânceres.
	Reduzir a morbidade e mortalidade.
	Incentivar o uso de preservativo como medida de dupla proteção da gravidez inoportuna e das DST/AIDS.
	Aperfeiçoar os sistemas de informação de maneira a possibilitar um melhor monitoramento que permita tomadas racionais de decisão.
	Disponibilidade de insumos, equipamentos e materiais educativos.
	Garantir o acesso aos serviços especializados de atenção secundária e terciária.

Fonte: Elaborado pela autora com base em Brasil (2004, 2009).

O país avança na saúde pública por considerar a importância de políticas que visam a saúde de mulheres e homens em suas especificidades além de questões que são de natureza social e cultural que lançam dificuldades na implementação das políticas e nos resultados que as mesmas possibilitam. Agregado às características próprias dos contextos das políticas, tem-se também outros fatores, correspondentes a outras áreas, como educação, saneamento básico, economia, trabalho, que também possuem um papel importante pois implicam na oferta dos serviços públicos de saúde, na demanda e no desempenho do setor.

Ademais, também se faz necessário discutir o desfinanciamento da saúde pública, que provoca a não implementação das políticas públicas nos níveis que seus escopos apresentam. Esse caráter paradoxal é sentido pelos profissionais de saúde, que não possuem os recursos adequados, e pela sociedade, que não é abrangida pelas ações de saúde que existem no papel. Conforme apontam Mendes e Carnut (2018), as propostas de políticas públicas são os meios de concretizar o direito à saúde, porém a história contemporânea demonstra o oposto: desfinanciamento, desmonte e desresponsabilização.

O desmonte da política pública de saúde está associado ao projeto neoliberal, em que a precariedade da saúde pública implica em beneficiar o setor privado de saúde, assim o Estado deixa de fazer, transfere responsabilidade, abrindo espaços para que os planos privados de saúde evoluam de forma natural (COTTA et al., 1998). De acordo com Cotta et al. (1998), o sucateamento da saúde alimenta a privatização, reduzindo cada vez mais a saúde pública. Todavia, é relevante apresentar que os planos privados de saúde não cobrem a medicina de alto custo, dessa forma quando o paciente necessita desse tipo de serviço é direcionado para o SUS (COTTA et al., 1998). O desmonte da saúde pública ocasiona falta de acesso aos serviços, baixa qualidade dos serviços e da infraestrutura, colocando o SUS como vilão, incapaz de dar o suporte adequado para o cidadão que necessita, sendo necessário a gestão privada (SILVA et al., 2013), ou também recorrer às Organizações Sociais (OSs), Organizações Não-Governamentais (ONGs) ou Organizações Sociedade Civil de Interesse Público (Oscips) (DRUCK, 2016).

Garrido-Pinzón e Bernardo (2017) trouxeram importantes considerações sobre as consequências negativas do neoliberalismo para os profissionais de saúde, como baixo salário, instabilidade no vínculo empregatício, sensação de mal-estar no trabalho, dificuldade de realizar o trabalho de forma adequada, terceirização, precariedade, aumento do ritmo de trabalho e esgotamento físico e mental (BERNARDO; VERDE; GARRIDO-PINZÓN, 2013; GONÇALVES et al., 2014; VERDE; BERNARDO; BÜL, 2013). Druck (2016) observa que o serviço público vem sendo prejudicado pela falta de investimento e valorização, que se expressa por meio das reformulações dos planos de carreira, nos salários defasados, na falta de políticas de qualificação e treinamento, e na ausência de incentivos morais e materiais.

Nesse sentido, percebe-se a descaracterização do SUS e a fragilidade da saúde pública brasileira decorrentes das investidas no projeto neoliberal sob as políticas públicas por meio da privatização (SILVA et al., 2013) e o quanto essas investidas geram o sucateamento da saúde pública no tocante a equipamentos, infraestrutura e recursos humanos, que a falta de investimentos faz com que haja perda na capacidade de atendimento (MÉDICI; OLIVEIRA, 1992) e de cumprir os princípios da universalidade, integralidade e equidade.

### **2.3 Fatores que influenciam o desempenho da saúde pública**

O sistema de saúde tem como propósito contribuir para a melhoria da saúde da população brasileira, oferecendo serviços de acesso universal. No entanto, existem fatores que

influenciam e acrescentam complexidade à busca desse objetivo, como a falta de inter-relação entre setores e fatores externos que não são controláveis.

As diretrizes para implantação do Plano Nacional de Saúde e Ambiente no Desenvolvimento Sustentável indicam a necessidade de articulação entre setores, como saúde, educação, saneamento básico, economia, trabalho e meio ambiente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1995). Logo, fatores que estão relacionados às condições socioeconômicas, ambientais, biológicas e de infraestrutura dos municípios influenciam no desempenho da saúde.

O fato de se ter uma articulação entre os setores possibilita que o desempenho da saúde adquira um resultado favorável e promissor de melhorias, mas em contrapartida, caso não venha a acontecer, o desempenho não atingirá um patamar satisfatório. Em razão disso, é importante o vínculo entre os setores em prol de resultados melhores. Viacava et al. (2004) apresentam que a avaliação de desempenho do sistema de saúde é necessária e promissora. Além disso, possibilita que mudanças ocorram para manter as políticas no curso de seus objetivos.

Viacava et al. (2012) realizaram um estudo baseado nas experiências internacionais avaliativas canadense, australiana e inglesa e o adaptaram para a realidade vivenciada no Brasil. No estudo, os autores tiveram a intenção de criar uma proposta de avaliação de desempenho do sistema de saúde no Brasil. Os autores propuseram que o contexto social, político e econômico é condicionante fundamental no processo de avaliação do desempenho da saúde.

A matriz conceitual, proposta pelo Projeto de Avaliação de Desempenho de Sistemas de Saúde (PRO-ADESS), apresenta que o desempenho da saúde está associado a três determinantes, sendo eles, os indicadores ambientais (fatores físicos, químicos e biológicos do ambiente que prejudicam a saúde); os socioeconômicos e demográficos (características do contexto individual); e os comportamentais e biológicos (atitudes, práticas, crenças e comportamento individuais que podem gerar agravos à saúde) (VIACAVA et al., 2012).

As condições de saúde da população também são consideradas, incluindo-se a morbidade (sintomas, doenças, traumas e deficiência); o estado funcional (limitação ou restrição na realização de atividades diárias); o bem-estar (qualidade de vida relacionado com o bem-estar físico, mental e social); e a mortalidade (padrão e tendência de óbito) (VIACAVA et al., 2012).

Por último, a matriz considera a estrutura do sistema, sendo este, representado pelo financiamento, que são os recursos financeiros, sua forma de captação e alocação; e os recursos direcionados, como pessoas, informações, instalações, equipamentos e insumos (VIACAVA et al., 2012).

O financiamento pode ser realizado, conforme Massardi e Abrantes (2015), por meio das arrecadações e transferências que têm a função de promover e manter as políticas públicas, em busca do bem-estar social e viabilizar recursos para financiar as ações na educação, saúde, segurança, cultura, transporte, saneamento básico e lazer. Ainda de acordo com os autores, a arrecadação é fundamental para o Estado executar seus deveres, configurando o principal meio de obtenção de receitas.

Carvalho (2013) assinala uma gama de circunstâncias que afetam as condições de saúde, como as condições de habitação, água potável e condições sanitárias. O autor reforça a necessidade de promover a igualdade no acesso à saúde para a população da zona rural e para a população da zona urbana, uma vez que a localidade de residência pode ser um fator de iniquidade. Também sinaliza que as condições de trabalho e emprego possuem efeitos sobre a saúde, uma vez que, quando boa, garante estabilidade financeira, desenvolvimento social, autoestima e proteção contra riscos físicos e psicossociais. Havendo condições favoráveis de emprego não somente o setor da saúde que auferir ganho, pois contribui para a melhoria das condições sociais de uma região.

Segundo Carvalho (2013), a maior parte da carga de doenças, bem como as iniquidades em saúde, são derivadas das condições em que as pessoas nascem, vivem e envelhecem. O gênero, a educação, a profissão, a renda, a origem étnica e o local de residência estão estreitamente ligados ao acesso e aos benefícios dos cuidados que se tem com a saúde (CARVALHO, 2013). O autor ainda aborda os sistemas de proteção social redistributivos em conjunto com as condições no mercado de trabalho estão associados com uma saúde melhor.

A saúde-doença se produz e distribui na sociedade por meio de fortes processos de determinação social, econômica, cultural, ambiental e política. O conceito de Determinantes Sociais de Saúde expressa esse conjunto, e acaba por resumir todos os determinantes. É um resumo das evidências da estrutura das sociedades, das várias interações sociais, normas e instituições que afetam a saúde da população (SOLAR; IRWIN, 2010). Foi incorporado ao arcabouço para a formulação de políticas direcionadas à saúde, principalmente a partir de 2003 com a criação da Comissão Global sobre Determinantes Sociais de Saúde.

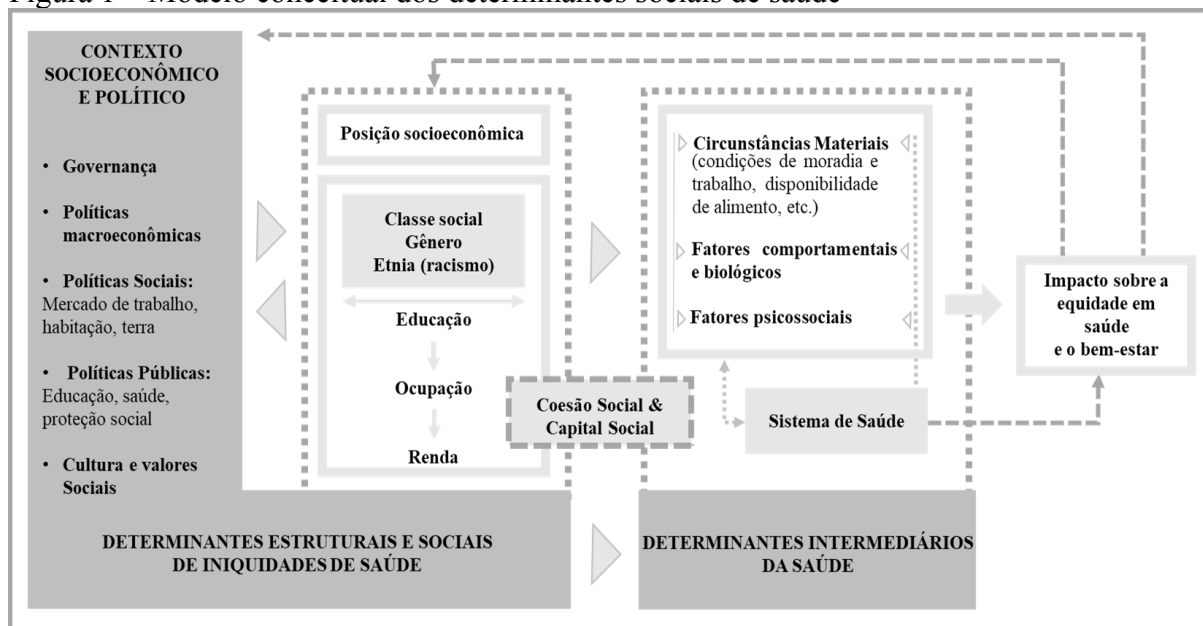
O conceito abrangente de Determinantes Sociais de Saúde, apresentado na Figura 1, foi adotado pela OMS no relatório “Diminuindo Diferenças: a prática das políticas sobre determinantes sociais da saúde” (OMS, 2011). Na Figura 1, é apresentado como os mecanismos sociais, econômicos e políticos originam um conjunto de posições socioeconômicas, cuja

população é estratificada de acordo com sua classe social, gênero, etnia, educação, ocupação e renda, sendo os determinantes estruturais das iniquidades de saúde (SOLAR; IRWIN, 2010).

Essas posições socioeconômicas moldam os determinantes intermediários de saúde, com as categorias circunstâncias materiais (fatores de habitação, local de trabalho, consumo); com os fatores comportamentais e biológicos (atividade física, nutrição, consumo de tabaco e álcool, fatores genéticos); os fatores psicossociais (estressores psicossociais, relacionamentos, suporte social, estilos de enfrentamento); e o próprio sistema de saúde, que tem um papel relevante ao, por meio do seu acesso, fazer a mediação entre a doença e a saúde dos indivíduos. De acordo com sua condição socioeconômica, os indivíduos apresentam diferenças na exposição e vulnerabilidade em aspectos que prejudicam a saúde (SOLAR; IRWIN, 2010).

Por fim, as determinantes podem ser retroalimentadas, assim uma condição de doença pode retroalimentar a posição de um indivíduo alterando as oportunidades de emprego e de renda, por exemplo, bem como uma situação de epidemia pode retroalimentar o funcionamento de instituições sociais, econômicas e políticas (SOLAR; IRWIN, 2010).

Figura 1 – Modelo conceitual dos determinantes sociais de saúde



Fonte: Adaptada de Solar e Irwin (2010).

Uma situação favorável de saúde contribui para o bem-estar, para a educação, para a coesão social, a conservação do meio ambiente e o desenvolvimento econômico. Gerando um “círculo virtuoso”, como colocado por Carvalho (2013), no qual a saúde e os fatores que a interfere se beneficiam mutuamente. O bom funcionamento do setor saúde perpassa o bom

funcionamento de outros setores, reforçando o que é colocado pelo Ministério da Saúde (MS, 1995) sobre a necessidade de esforços intersetoriais consistentes.

O Brasil, por possuir uma grande extensão territorial, fato que também é observado entre os estados, e, adicionado a isso, a sua grande quantidade de municípios, mostra a diversidade que o território possui. Os estados brasileiros são compostos por municípios heterogêneos que apresentam diferenças demográficas, sociais e econômicas, e, de acordo com Abrucio, Franzese e Sano (2013), a desigualdade entre municípios é maior que a existente entre as grandes regiões do Brasil.

O desempenho da saúde pública pode ainda ser influenciado por outro fator, a existência de pessoas cadastradas como beneficiárias de planos privados de saúde, pois colabora com a melhoria das condições de saúde da região (PORTER; TEISBERG, 2007). Por outro lado, existem outras discussões que defendem que o fortalecimento da iniciativa privada enfraqueça a proposta da universalidade dos serviços públicos de saúde, resultando na fragmentação e no desfinanciamento, reforçando o mercado privado de saúde e a mercantilização (CELUPPI et al., 2019). As autoras apontam que o mercado privado de saúde desenvolve uma competição com o SUS e que essa competição acaba por enfraquecê-lo. Quanto mais pessoas envolvidas na busca de uma saúde pública de qualidade, maior é a pressão e, conseqüentemente, maior é a qualidade do serviço fornecido.

Ainda como condicionante do desempenho da saúde, tem-se os médicos, enfermeiros, entre outros profissionais que, como definido por Lipsky (2010), são os burocratas que estão no nível de rua (*Street-Level Bureaucracy*), tendo contato direto com a população, executando as políticas públicas e assumindo um papel estratégico para o alcance dos objetivos dispostos pelas políticas públicas.

Lipsky (2010) argumenta que os burocratas de nível de rua são o principal ponto de ligação entre o poder público e os beneficiários. Esses profissionais, que estão próximos da população, são determinantes para atingir o que foi proposto e para determinar o sucesso ou fracasso das políticas públicas por meio da percepção da população quanto à sua satisfação. A disponibilidade de profissionais para atuar no setor saúde influencia no desempenho, uma vez que assegura que os cidadãos necessitados sejam atendidos e que as políticas públicas sejam colocadas em prática.

É fundamental reconhecer e estudar as variáveis que influenciam o desempenho da saúde pública, tendo em vista que interferem na elaboração, implementação e no andamento dos programas e políticas públicas.

## 2.4 Os profissionais da saúde: burocratas de nível de rua

De acordo com o modelo do ciclo de políticas públicas, uma política pública possui cinco etapas, com início na formação da agenda, seguido pela formulação de políticas, a tomada de decisão, a implementação e a avaliação (HOWLETT; RAMESH; PERL, 2013). Em todas as etapas existem diferentes atores importantes no processo político. Os chamados burocratas de nível de rua, tradução literal de “*street-level bureaucrats*”, aparecem na etapa da implementação das políticas públicas e possuem um papel importante em seu curso (LIPSKY, 1980).

Os burocratas de nível de rua são agentes estatais que prestam serviços aos cidadãos (LIPSKY, 1980). Esses se diferem dos burocratas de médio escalão, como diretores e coordenadores, por atuarem na linha de frente com os cidadãos, são, por exemplo, professores, médicos, enfermeiros, juizes, policiais, entre outros (LIPSKY, 2010; HAM; HILL, 1993).

Os burocratas possuem um relevante papel no processo de implementação das políticas públicas de saúde e, conforme Lotta (2012), é a partir de sua atuação que é possível compreender como as ações são colocadas em prática e quais são os fatores que geram mudanças no curso e nos resultados das mesmas. Conforme Lipsky (2010), são os principais destinatários dos recursos públicos, representam uma parte significativa dos funcionários públicos, possuem grande influência sobre os cidadãos de baixa renda e são responsáveis pela construção da imagem do Estado. Essas considerações sinalizam o quanto os burocratas de nível de rua são importantes para a administração pública e o importante papel que desempenham tanto para os cidadãos como para o Estado.

A implementação de políticas públicas possui dois modelos clássicos, o *top-down* e o *bottom-up*, sendo diferenciados conforme a tomada de decisão durante o processo de implementação, em que os burocratas de nível de rua participam de maneiras distintas. O modelo *top-down* expressa a ideia de hierarquia e, para que os objetivos sejam atendidos, o foco está nos mecanismos de controle sobre os implementadores (SABATIER, 1986). Ainda conforme o autor, nesse modelo, a formulação e a implementação são tratadas separadamente, os problemas oriundos da implementação não são entendidos como uma consequência da elaboração. Essa abordagem tem a tomada de decisão concentrada no alto escalão, que, por sua vez, possui pouca atuação no momento da implementação, quando comparados aos burocratas de médio escalão e os de nível de rua (HOWLETT; RAMESH, 1995).

Já o modelo *bottom-up* considera as etapas de elaboração e implementação como sendo dependentes. Aos atores sociais (públicos e privados) envolvidos na implementação da política pública é concedido liberdade para que possam organizar e interferir no processo de implementação, sendo que a política não é definida no topo da pirâmide, mas a nível de execução (LIPSKY, 1980). Tal modelo possui uma abordagem aberta, variável e considera o contexto, o que torna possível as adaptações às condições locais, mesmo considerando o risco de falhas (MATLAND, 1995).

Um tema central discutido quando se estuda os burocratas de nível de rua e que é encontrado na literatura é a discricionariedade. No curso das políticas públicas, ações discricionárias dos burocratas tendem a ser inevitáveis. O termo discricionariedade pode ser definido como o poder que os burocratas possuem de tomar decisões durante o processo político. Lotta (2012) expõe que a discricionariedade existe e é influenciada conforme os burocratas de nível de rua interagem com os sistemas políticos, organizacionais, profissionais e comunitários, influenciando seu comportamento e o processo de implementação.

Isso se dá em virtude do processo de implementação que exige dos agentes habilidades específicas (técnicas e relacionais) (CURRIE; PROCTER, 2005) e também das ações que precisam ser praticadas. Quando os burocratas exercem a discricionariedade nas decisões sobre os cidadãos que interagem diariamente acabam por mudar o comportamento da agência, no qual são incorporadas suas ações individuais (LIPSKY, 2010). Todavia, as decisões dos burocratas alteram-se de acordo com o grau de sua autonomia e com a existência de regras que delimitam o comportamento e o poder de tomar decisões (LOTTA; PIRES; OLIVEIRA, 2014).

Segundo Lipsky (2010), a discricionariedade dos burocratas de nível de rua permite que determinem a natureza, quantidade e qualidade dos benefícios, bem como as sanções fornecidas por suas agências. Todavia, isso não significa que os burocratas não tenham regras, regulamentações e normas para seguir, pelo contrário, as principais dimensões das políticas públicas são delineadas pelas elites políticas e por funcionários políticos e administrativos, as normas ocupacionais e administrativas também têm o papel de estruturar a atuação. Os burocratas de nível de rua vivem em uma linha tênue, entre cumprir normas e objetivos e lidar com as condições de implementações e com as demandas dos cidadãos.

As escolhas políticas dos burocratas de nível de rua, dessa forma, são responsáveis por manter um grau de padronização existente entre as políticas públicas de um lugar e de outro. Mesmo diante de medidas que minimizem a ação individual dos burocratas, possuem certa autonomia e a utilizam no exercício de sua função.

A discricionariedade pode ser utilizada por diversas razões, uma delas tem a ver com o contexto de implementação de uma política pública. A grande diversidade existente no território brasileiro exige uma configuração adequada com o que é necessário e de acordo com a visão de quem faz parte de determinada realidade. A diversidade de cenário faz com que ações diferentes e individuais se façam necessárias. Mas não é somente o contexto de implementação que resulta no uso da discricionariedade, podendo ser inerente ao exercício de sua função, de uma proliferação de regras que faz com que os burocratas se posicionem, fruto de crenças, valores e vivências, assim como um resultado de regras ambíguas ou incompletas (ARRETCHE, 2001).

Considerando essa última razão, um problema encontrado na literatura é a incompletude de normas, ou seja, a falta de precisão, a indeterminação e a ambiguidade na linguagem e nos objetivos das políticas públicas (OLIVEIRA, 2012; ZAHARIADIS, 2007). Essa falha colabora para que os agentes utilizem de sua discricionariedade de forma mais ampla, permitindo diferentes formas de interpretação (OLIVEIRA, 2012). Lipsky (2010) sinaliza que esse cenário pode ser propício para a simplificação do trabalho e cria práticas para atender os usuários sem um padrão de qualidade aceitável. Ainda sobre as consequências, Ham e Hill (1993) apontam o oportunismo por meio do seu poder nos locais públicos de atuação, que se opõe às normas e regras impostas para o exercício de sua função.

Vale ressaltar que a incompletude das normas pode ser um problema gerado na fase de elaboração da política pública e que permanece até a implementação, abrindo espaço para que os implementadores interpretem e deliberem baseados em sua perspectiva (OLIVEIRA, 2012).

A discricionariedade dá margem para a autonomia que possibilita que os interesses próprios passem a ter mais importância. Fica evidente que há um conflito nesse cenário, onde de um lado estão os valores dos burocratas e do outro os valores das instituições. Pires (2009) aponta a controvérsia na literatura sobre a atuação dos burocratas, em que de um lado tem-se a discricionariedade, que sugere autonomia e o poder de tomar decisão, e de outro, o controle baseado na visão weberiana, remetendo ao cumprimento de regras, procedimentos regularizados e o controle das ações. Há de ser considerado que os burocratas são dotados de interesses e que estes não ficam de fora do processo político. De face a isso, conseguem informações, recursos, apoio que vão ao encontro de seus interesses (RUA; AGUIAR, 2009).

Para Hupe e Hill (2007), a existência de regras não é fator que impossibilita o uso da discricionariedade por parte dos burocratas, pois, segundo os autores, as normas, principalmente as que regulamentam assuntos complexos, têm a necessidade de serem

interpretadas e aplicadas à situação real. A partir desta visão, o poder discricionário é considerado importante para garantir que as tomadas de decisão atendam aos cidadãos.

Lipsky (2010) apresenta que os burocratas são o foco de controvérsia política em que são pressionados pelas demandas dos destinatários dos serviços a aumentarem a efetividade e responsividade; e pelas demandas dos cidadãos a serem mais eficazes e eficientes nos serviços governamentais, ou seja, sofrem pressão pelas instituições e pelos cidadãos. Considerando que é a partir do contato com os burocratas que os cidadãos possuem acesso aos serviços públicos, dessa maneira os burocratas têm forte impacto na vida dos cidadãos, sendo o elo de ligação entre o Estado e a sociedade.

Identificar quais são as variáveis que influenciam os burocratas de nível de rua é fundamental para identificar os reflexos que isso pode gerar e para compreender o porquê dos resultados das políticas públicas implementadas. Lipsky (2010) aponta que as condições do ambiente de trabalho afetam a atuação dos burocratas. Em virtude disso, o autor apresenta cinco condições no trabalho que influenciam os burocratas, como exposto no Quadro 2.

Quadro 2 – Condições do trabalho que afetam os burocratas de nível de rua

<b>Condições</b>	<b>Descrição</b>
Os recursos	Os recursos são insuficientes para realizar as tarefas que são necessárias.
A demanda	As demandas pelos serviços têm a tendência de elevar para atender à oferta.
As metas das instituições	As expectativas perante as metas onde os burocratas atuam tendem ser ambíguas, vagas ou conflitantes.
O desempenho	É difícil medir o desempenho voltado para a realização dos objetivos, ainda mais considerando a discricionariedade dos burocratas.
Clientes não voluntários	A satisfação dos clientes não é determinante para o comportamento dos burocratas, pois nada perdem caso não satisfaçam a necessidade de seus clientes.

Fonte: Elaborado pela autora com base em Lipsky (2010).

As condições apresentadas sinalizam as dificuldades que os burocratas encontram em seu ambiente de trabalho, não esquecendo da diversidade e da lida com diferentes interesses, além dos seus próprios.

Diante do que já foi abordado acerca dos burocratas e sublinhando sua proximidade com os cidadãos, os mesmos possuem um papel importante para que um programa ou política pública atinja seus objetivos e metas (MAJONE; WILDAVSKY, 1995). É por meio do estudo dos burocratas de nível de rua que se pode analisar empiricamente as lacunas existentes entre o que é planejado e o que é de fato implementado e executado. A discricionariedade é analisada sob duas perspectivas diferentes, por um lado é considerada necessária pelo contexto de execução ser diferente e exigir respostas e ações específicas; por outro, a autonomia que é

agregada às ações dos burocratas faz com que as normas, regras, objetivos sejam diluídos entre as práticas individuais, alterando o comportamento das instituições e provocando uma diversidade de práticas. Todavia, sua existência não é questionada, mas sim como essa autonomia altera o que é entregue ou disponibilizado, suas ações e interação com os cidadãos, que são o pivô das políticas públicas.

## **2.5 PNAISM e PNAISH: o que trazem em seus documentos**

A PNAISM é uma política pública que considera a mulher em todos os seus ciclos de vida e tem o compromisso de implantar ações de saúde que assegurem os direitos humanos das mulheres, com o objetivo de promover melhorias nas condições de saúde, além de reduzir a morbidade e mortalidade, principalmente por causas evitáveis.

Como o documento da PNAISM apresenta, a situação de saúde envolve diferentes perspectivas das condições de vida, como a relação com o meio ambiente, a alimentação, o lazer, as condições de trabalho, moradia e renda. No entanto, existem outras variáveis que também acrescentam complexidade na situação de saúde, como raça, gênero, etnia, situação de pobreza, e classe social (BRASIL, 2004). A visão mais abrangente da situação de saúde se distancia do olhar focado apenas nas condições institucionais da saúde, ou seja, das capacidades que o setor possui, tanto de infraestrutura como de recursos humanos e financeiros, passando a ter relevância também informações sobre as características individuais, sociais e do ambiente em que o usuário vive.

A saúde e a doença possuem conceitos que estão estreitamente relacionados, sendo o resultado circunstanciado pelos fatores sociais, econômicos, culturais e históricos, variando com o passar do tempo e da região que o indivíduo esteja inserido (BRASIL, 2004). A heterogeneidade do país é confirmada pela desigualdade nas condições sociais, econômicas e culturais, adicionado a isso, tem-se o desequilíbrio no acesso aos serviços de saúde, que implica em um perfil epidemiológico que se altera de acordo com a região e o tempo (BRASIL, 2004). Essas diferenças são informações importantes que devem ser consideradas no momento da implantação e implementação da PNAISM, aproximando a atuação da realidade local.

Além da região ser um fator diferenciador, a localização de residência também é um fator relevante para que os indivíduos tenham acesso aos serviços de saúde, cabendo destacar que as mulheres residentes na zona rural possuem maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde, sendo ainda um desafio para o sistema de saúde brasileiro. A dificuldade no acesso está

atrelada a fatores como desigualdades das relações de gênero e emprego, distância entre residência ou trabalho dos serviços de saúde, precárias condições dos serviços locais e a capacitação dos gestores e profissionais da saúde para lidar com as particularidades decorrentes do trabalho no campo (BRASIL, 2004). Desse modo, não é suficiente introduzir a oferta de exames preventivos na atenção básica, é necessário um esforço para que as mulheres mais vulneráveis utilizem desses serviços, ou seja, que de fato utilizem o sistema de saúde pública.

A política feminina destaca que determinados problemas afetam de forma diferente homens e mulheres. No documento da política foram citadas as principais causas de mortes da população feminina, como doenças cardiovasculares, câncer de mama, de pulmão, de colo de útero, doenças no aparelho respiratório, endócrinas, nutricionais e metabólicas, com destaque para a diabetes. Mas não se pode esquecer da mortalidade que acomete mulheres durante o ciclo gravídico-puerperal e, de acordo com o documento, a mortalidade materna é um bom indicador para avaliar as condições de saúde de uma população. O alto grau de mortalidade materna indica precárias condições socioeconômicas, baixo nível de informação e escolaridade, violência presente nas relações familiares e dificuldade no acesso aos serviços de saúde com boa qualidade (BRASIL, 2004).

A assistência em anticoncepção para garantir à mulher o planejamento familiar, o direito de expressar sua sexualidade e reduzir a incidência de abortos são importantes medidas que asseguram melhores condições de saúde à mulher. As ações de planejamento familiar fazem parte da atenção básica e foi trazido no documento da PNAISM que muitos municípios estavam com dificuldades para implementar estratégias adequadas para a disponibilidade de métodos contraceptivos para a população, de caráter educativo, mas com a intenção da escolha livre e informada (BRASIL, 2004). Vinculado à ideia de métodos contraceptivos, especialmente o preservativo, tem-se a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, que é outro fator que adiciona complexidade à saúde das mulheres (BRASIL, 2004).

A violência doméstica e sexual contra mulheres, de acordo com o documento da PNAISM, é um dos mais relevantes indicadores de discriminação de gênero contra as mulheres. A violência doméstica e sexual é um grave problema de saúde pública, que já assinalava a progressão nos cuidados com as mulheres que se encontravam nessa situação (BRASIL, 2004).

Como consequência das condições de desigualdade de gênero enraizadas na sociedade brasileira, não raro, as mulheres possuem transtornos mentais, menos acesso a espaços de decisão na política, sofrem com violência, possuem mais que uma jornada de trabalho e são mais prejudicadas com o sucateamento de serviços e políticas sociais (BRASIL, 2004).

A formação profissional e o preparo dos profissionais da saúde que atendem as mulheres são peças fundamentais para que as questões de gênero sejam consideradas e, assim, possam desenvolver um bom trabalho perante populações que são mais vulneráveis tanto no acolhimento quanto no atendimento. Além disso, é importante desenvolver ações com informações claras, com orientações para iniciação à vida sexual e reprodutiva e sobre planejamento familiar. Não obstante, a integração das ações de saúde com outros setores também é abordada no documento como mecanismo de apoio, criando uma espécie de rede que promove melhorias em conjunto (BRASIL, 2004).

Os hábitos de vida das mulheres também são fatores que implicam na saúde, ou seja, a forma de alimentação, a prática de exercícios físicos, o não uso de tabaco e álcool, a disponibilidade de tempo para o lazer e a convivência com familiares e amigos, o acesso a uma atividade produtiva e o acesso à informação contribuem para atenuar os problemas de saúde (BRASIL, 2004).

Os grupos de maior vulnerabilidade, como mulheres lésbicas, que vivem a transexualidade, bissexuais, mulheres negras, indígenas, em situação de prisão, residentes e trabalhadoras rurais e com deficiência, necessitam de atenção especial considerando os limites que as impedem de frequentar e utilizar dos serviços públicos de saúde, o que reforça ainda mais a necessidade de profissionais capacitados para o atendimento dentro de suas especificidades e respeitando seus direitos de cidadania (BRASIL, 2004).

A política voltada para os homens tem o objetivo de facilitar e ampliar o acesso de homens aos serviços de saúde, haja vista que a procura é significativamente menor quando comparado às mulheres. Essa realidade faz com que o acesso ao sistema de saúde, muitas vezes, seja por meio da atenção secundária ou terciária, com doenças já instaladas e que precisam de cuidados rápidos. Conseqüentemente, a falta da prevenção acarreta reflexos que reverberam no desempenho da saúde, como menor resolutividade e maior custo para o setor, além disso tem-se o sofrimento dos usuários que se torna maior.

A PNAISH possui cinco eixos prioritários que norteiam as principais ações, sendo eles: Acesso e Acolhimento; Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva (SSSR); Paternidade e Cuidado; Prevenção de Violência e Acidentes e; Doenças Prevalentes na População Masculina. Os eixos prioritários são responsáveis por abranger os homens em sua pluralidade, garantindo que as necessidades dessa população sejam consideradas, bem como os fatores que são relevantes para a saúde dos homens.

O primeiro eixo, Acesso e Acolhimento, está direcionado a formular estratégias relacionadas ao estímulo para a realização de exames preventivos, adoção de hábitos mais saudáveis e a promoção da saúde, por intermédio de ações voltadas para a educação em saúde, sendo capazes de propiciar mudanças no ambiente dos serviços e no comportamento dos profissionais de saúde na comunidade e nos usuários, atentando para as peculiaridades sociais, econômicas, regionais e culturais deste público (BRASIL, 2009).

O segundo eixo, Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva (SSSR), é direcionado ao direito da saúde sexual e saúde reprodutiva, de expor demandas no campo de práticas sexuais e reprodutivas, o direito de expressar sua orientação sexual e sua vontade de planejar ou não a constituição de uma família, bem como a vulnerabilidade a doenças e agravos da saúde sexual masculina (campo biológico e psíquico) (BRASIL, 2009).

O terceiro eixo, Paternidade e Cuidado, está relacionado ao envolvimento dos homens nas ações de planejamento reprodutivo, no acompanhamento do pré-natal, parto e pós-parto de suas parceiras e nos cuidados relativos ao desenvolvimento da criança. Este campo oferece muitos benefícios quanto à educação em saúde, pois o envolvimento do homem nos cuidados com sua parceira e com a criança faz com que se aproxime dos serviços de saúde. Essa situação perpassa os cuidados com a saúde de todos os envolvidos e é favorável para desconstruir concepções de que o homem não é acometido por agravos de saúde, bem como o inclui previamente nos cuidados paternos (BRASIL, 2009).

Um fator importante para consolidar o terceiro eixo foi o Guia Pré-Natal do Parceiro para Profissionais de Saúde (HERRMANN, 2016), uma ferramenta que busca ressaltar a importância do envolvimento dos homens em todas as ações voltadas para o planejamento reprodutivo, assim como para o ampliado acesso e acolhimento dessa população. Logo, fazem os homens enxergarem os serviços de saúde sob uma nova ótica, possibilitando que realizem exames de rotina, que mantenham a carteira de vacinação em dia, que desperte o quanto é importante os cuidados com a saúde, entre outros benefícios.

O quarto eixo, Prevenção de Violência e Acidentes, refere-se ao esforço direcionado para a redução da morbimortalidade por acidentes de transporte, de trabalho, violência urbana, doméstica e familiar e suicídio. A PNAISH assumiu o importante papel de ajudar outros setores, que também são de responsabilidade do Estado, somando ações às já existentes, quando estas abordavam a prevenção, a promoção, o tratamento e a reabilitação de situações de violência e acidentes em todos os níveis de atenção, mas, em especial, nos serviços fornecidos pela atenção básica (BRASIL, 2009).

O quinto eixo, Doenças Prevalentes na População Masculina, diz respeito à prevenção e promoção da saúde mediante ações educativas, organização dos serviços e treinamentos dos profissionais de saúde, incluindo a formulação de políticas para a prevenção e controle das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e de outras enfermidades que acometem essa população. Considerando as DCNTs, tem-se como determinantes sociais dessas doenças: desigualdades sociais; diferenças de acesso à bens e serviços; baixa escolaridade e desigualdade no acesso à informação. Além dos apresentados, considera-se os fatores de risco modificáveis, como o tabagismo, consumo de bebida alcoólica, falta de atividade física e alimentação inadequada (BRASIL, 2009).

De acordo com o documento da PNAISH, no ano de 2005, as principais causas de mortalidade na população masculina de 15 a 59 anos foram: causas externas; doenças do aparelho circulatório; tumores (aparelhos digestivo, respiratório e urinário); doenças do aparelho digestivo e doenças do aparelho respiratório.

Além das colocações assinaladas, é importante ressaltar que os homens nas populações indígenas e negras, homens gays, bissexuais, travestis, transexuais, trabalhadores rurais, com deficiência, em situação de risco, em situação carcerária possuem mais vulnerabilidade, necessitando de ações estratégicas considerando a equidade para que todos tenham acesso aos serviços de saúde.

É por meio dos eixos que a política masculina tem procurado elaborar e realizar ações que disseminem seus objetivos e diretrizes, pondo em evidência os fatores de risco e proteção e a influência das questões de gênero e sociais que estão associadas ao sucesso da política. Cabe salientar que a prioridade nos eixos apresentados não descarta a importância de outras vertentes oportunas à saúde dos homens. Julgou-se importante trazer as políticas públicas em caráter mais minucioso para que haja a uma compreensão dos fatores que interferem nas mesmas e que são considerados em seus documentos.

#### 2.5.1 Fatores que influenciam o desempenho da PNAISM e da PNAISH

Buscou-se na literatura os fatores já discutidos em outros estudos e que foram identificados como influenciadores tanto na saúde da mulher como na saúde dos homens, sendo evidenciado os principais eixos encontrados. Nos estudos de Farah (2006) e Coelho et al. (2009) foi possível identificar a necessidade de avanços para, de fato, incorporar efetivamente a perspectiva de gênero nas políticas públicas e programas, pois, embora esteja presente em

muitas delas, na prática, acabam por reiterar desigualdades de gênero. A desigualdade de gênero mencionada nos estudos é fruto de uma sociedade patriarcal em que as relações, o poder, o prestígio e a força são centralizadas nos homens, colocando a mulher em posição inferior (MARTINS; LYRIO, 2015; BORELL, 2014). Para a mulher é atribuída a subordinação, a dominação, a restrição e a dificuldade de desfrutar de seus direitos.

Chama-se atenção para o problema de saúde pública denominado violência contra as mulheres, em suas diferentes formas de existência, seja ela sexual, física, mental, moral, realizada em ambiente familiar ou fora dele (PASSOS; TELLES; OLIVEIRA, 2019; SILVA et al., 2019; BATISTA; SCHRAIBER; D'OLIVEIRA, 2018). As consequências psicológicas decorrentes da violência vão além da mulher que a sofre, ou seja, é uma situação que não só afeta a saúde individual como também a coletiva (BUENO; LOPEZ, 2018), por exemplo, a dos familiares que convivem e presenciam essa realidade (RODRIGUES et al., 2016).

A violência contra as mulheres incomoda e inspira discussão pois são acontecimentos contingenciados por situações externas e evitáveis. Existem grupos com maior vulnerabilidade à violência, como mulheres que possuem deficiência, residentes em áreas rurais, com baixas condições socioeconômicas, baixa escolaridade ou que dependem financeiramente do companheiro. Foram sinalizadas possíveis soluções para reduzir a incidência da violência, como a criação de legislação específica, o aprimoramento das já existentes, ações de caráter intersetorial, implementação de políticas em outros setores (emprego, educação, renda) e a capacitação dos profissionais de saúde para lidar com a situação e atender às mulheres vítimas de violência (PASSOS; TELLES; OLIVEIRA, 2019; SILVA et al., 2019; BATISTA; SCHRAIBER; D'OLIVEIRA, 2018).

Os profissionais de saúde possuem destaque pois têm atuação com influência nas políticas públicas, como acontece nos casos que envolvem vítimas de violência. Tal importância foi confirmada por sua posição estratégica nos locais de saúde e seu relacionamento com as famílias nas residências. Diante da importância que os profissionais da saúde possuem e das diversas situações que presenciam e convivem, a capacitação e o treinamento são aspectos encontrados que necessitam de atenção, principalmente os que abordam a violência (SIGNORELLI; TAFT; PEREIRA, 2018). Uma explicação para esse fato pode ser a dificuldade de se abordar assuntos relacionados à violência, seja por parte das vítimas quanto pelos profissionais (VIEIRA et al., 2009). As vítimas precisam se sentir confortáveis e confiantes para relatar a situação, enquanto os profissionais necessitam conhecer a maneira de abordar as vítimas e ter habilidade para lidar com os diferentes casos e contextos (VIEIRA et al., 2009).

O treinamento e a capacitação dos profissionais de saúde é um eixo importante e Mattos-Pimenta et al. (2020) versam sobre um mestrado profissional voltado para a saúde das mulheres, mostrando um esforço em direção ao aprimoramento dos conhecimentos sobre a saúde da mulher. Ter opções em que os profissionais possam melhorar sua atuação, expandir as práticas e prestar um serviço mais especializado, humanizado e adequado são algumas vantagens de iniciativas como esta. Ademais, a criação de cursos fomenta que outros sejam criados, inclusive voltados especificamente à saúde dos homens, que necessita de esforços nesse sentido.

Dentre os eixos encontrados estão as doenças que acometem mulheres, Moura et al. (2016) constataram que as principais causas de mortalidade entre as mulheres, de 2000 a 2010, foram as neoplasias, as doenças no aparelho circulatório, e causas externas de morbimortalidade, corroborando o que é exposto pelo documento da PNAISM (BRASIL, 2004). Já Freitas-Júnior (2020) evidenciou a mortalidade materna evitável, que, apesar de ser o foco introdutório da saúde da mulher, ainda gera preocupações quanto à qualidade dos serviços. A identificação das principais causas de mortes é fundamental para que o MS possa ampliar as ações em torno dos fatores de risco dessas doenças, além de promover ações de conscientização da população quanto aos cuidados com a própria saúde.

Adentrando nos eixos voltados para a saúde dos homens, vê-se a baixa presença do público masculino nos serviços de saúde e o pouco autocuidado (PAIVA et al., 2020; PEREIRA; KLEIN; MEYER, 2019). A presença dos homens nas dependências de saúde ainda é tímida, principalmente quando é comparada com a das mulheres.

Nesse caminho, são apontados alguns dificultadores do acesso dos homens aos serviços de saúde que são relacionados ao usuário, como o estereótipo de homem forte e que não adocece, a vergonha em determinadas situações, pressa, medo, desconhecimento dos serviços da atenção básica; alguns relacionados aos profissionais da saúde, como falta de acolhimento e de visão mais ampla da saúde dos homens; e aos postos de atendimento, como o horário de funcionamento dos serviços de saúde, poucos homens atuando na atenção básica, excesso de demandas, e serviços de saúde feminizados (PAIVA et al., 2020).

Destaca-se dentro dos fatores mencionados o horário de funcionamento, como um fator muito prejudicial, pois o horário de funcionamento dos serviços de saúde muitas vezes coincide com os horários de trabalho, caracterizando um fator negativo para que os homens possam ter acesso à saúde. Todavia, é uma situação que pode ser revertida com a criação de estratégias de flexibilização dos horários de atendimento, sem a necessidade de grandes esforços e investimentos.

O acolhimento nos ambientes de saúde também é um importante fator que traz benefícios para manter os homens frequentando os espaços de saúde (MAIA; MALAGUTTI, 2017). Inclusive, Leite et al. (2016) indicam que as experiências com o serviço prestado possuem um papel importante para que os homens continuem procurando os serviços de saúde. Ir construindo um vínculo com os usuários, para que haja interação, confiança e diálogo é fundamental para que a atenção básica seja, realmente, a porta de entrada do sistema de saúde pública.

Figueiredo e Schraiber (2011) ressaltam que as dificuldades de acesso dos homens ao serviço não são apenas vinculadas ao seu comportamento, mas também à sensação de não pertencimento àquele ambiente, frequentado na maioria das vezes por mulheres e composto por uma equipe majoritariamente feminina. Esses aspectos, segundo Cordeiro et al. (2014) caracterizam um espaço e serviços feminizados, que apresentam, perante os homens, denotação negativa, necessitando que sejam repensados ou potencializados para uma postura mais acolhedora e inclusiva no tocante à saúde integral do homem. As autoras ressaltam que a solução da problemática não está no aumento de profissionais de saúde homens, mas sim em reconstruir atitudes dos profissionais diante às demandas da saúde do homem, sejam eles de qualquer gênero.

Quanto às estratégias para ampliar a demanda dos homens, Cordeiro et al. (2014) consideram que são limitadas e não consideram as singularidades masculinas, criando barreiras para absorver as demandas masculinas, além do pouco estímulo ao acesso. Como colocado por Gomes, Nascimento e Araújo (2007), as campanhas de saúde pública são voltadas, predominantemente, para as mulheres. No estudo de Cordeiro et al. (2014) a ampliação dos horários de funcionamento nas UBSs é uma estratégia em potencial, ainda que, resguardadas as fragilidades que ainda necessitam ser superadas, como a falta de absorção das demandas dos homens nas unidades de atenção básica à saúde e a baixa instrumentalização profissional acerca da saúde dos homens.

Em relação ao treinamento e a capacitação dos profissionais de saúde, Araújo et al. (2014) confirmaram a necessidade de articular capacitações, uma vez que as questões inerentes à população masculina e as barreiras frente ao setor saúde são obstáculos para a melhoria na saúde. No estudo foi apontado como dificultador a falta de habilidade e prática para trabalhar com a população masculina devido à lacuna entre os serviços de saúde e as estratégias de aproximação com o homem, por isso, há a necessidade de capacitação para minimizar as barreiras e para prestar um serviço com mais qualidade. Os autores concluem apresentando

sugestões de ações para o treinamento e capacitação, como práticas de saúde e discussões intersetoriais envolvendo a abordagem e o acolhimento dos homens e a realização de capacitações por meio de parcerias com instituições de ensino para uma mudança das práticas de saúde em que valorizasse os profissionais de saúde e os usuários (ARAÚJO et al., 2014).

A saúde pública é para atender a quem necessitar dela. E vários indivíduos, de grupos distintos, necessitam desse acesso diariamente, o que exige que a equipe esteja preparada para abordar cada usuário. É nesse momento que o acolhimento se torna um diferencial para aquele que utiliza dos serviços públicos. O acolhimento é uma ação técnico-assistencial que influencia na relação entre profissional e usuário promovendo a reorganização dos serviços e o melhoramento da qualidade da assistência, isso, tendo o usuário como eixo principal para a prestação dos cuidados. O acolhimento inicia-se desde o momento em que o usuário tem contato com os profissionais de saúde e envolve a escuta ativa, atenção, valorização das queixas, identificação das necessidades, tratamento humanizado e reconhecimento do usuário como participante ativo do seu processo saúde-doença (SILVA JÚNIOR; MASCARENHAS, 2004). O acolhimento correto faz parte de uma assistência de qualidade e influencia na percepção que o usuário irá ter de seu atendimento e/ou tratamento.

Para Silva Júnior e Mascarenhas (2004) acolher significa tratar de forma humanizada. De acordo com os autores, é o resgate do conhecimento técnico das equipes, a reflexão da humanização das relações e a consideração do ambiente de trabalho como lugar de sujeitos. Os autores percebem o acolhimento em três dimensões, como postura, como técnica e como reformulador de processo. Como postura, o acolhimento pressupõe a atitude dos profissionais de saúde de receber, escutar e tratar de forma humanizada os usuários e suas demandas. Como técnica, o acolhimento instrumentaliza a geração de procedimentos e ações organizadas que facilitam na escuta, análise e oferta de soluções. Como reformulador do processo, o acolhimento sinaliza os problemas e fornece soluções e respostas, identificando as demandas dos usuários e reestruturando o serviço.

Outro eixo foi o estilo de vida, os comportamentos, e os hábitos mantidos na vida particular dos homens que também influenciam em sua saúde, como o hábito de fumar e beber, alimentação inadequada, falta de atividade física e pouca procura dos serviços de saúde, como apresentado por Alves et al. (2011). Esses hábitos aparecem no documento da PNAISH como fatores que interferem negativamente na saúde dos homens (BRASIL, 2009). Tem-se, ainda, as doenças que também acometem os homens, como pressão alta, sobrepeso e obesidade central, tumores e diabetes (SALDARRIAGA et al., 2018), confirmando o texto da política pública.

Mozer e Corrêa (2014) encontraram que a articulação entre a Secretaria Municipal de Saúde com as empresas do setor privado foi uma estratégia positiva para a implementação da política, caracterizando uma possível maneira de articular ações que aproximem os homens dos ambientes públicos de saúde. Além disso, os estudos de Cesaro, Santos e Silva (2019) e Santos e Nardi (2014) apontaram para o caráter intersetorial que as políticas devem possuir para que os homens possam ser assistidos em seus mais diversos aspectos. As parcerias firmadas e o caráter intersetorial influenciam de maneira positiva os resultados na saúde.

Por fim, um eixo encontrado para ambas as políticas e que realça e gera preocupação é a falta ou pouco conhecimento de alguns profissionais sobre as políticas, utilizando de sua discricionariedade para conduzir seu trabalho (LEAL; FIGUEIREDO; NOGUEIRA-DASILVA, 2012; DAHER et al., 2017). A pouca ou falta de familiaridade com a PNAISM e com a PNAISH, e a falta de conhecimento e engajamento sugerem que as políticas não são relevantes, e os desdobramentos do desconhecimento recaem sobre a saúde das mulheres e dos homens. Posto isso, para muitos profissionais de saúde o início da mudança será o conhecimento e a leitura dos documentos. A questão da divulgação prejudica tanto os usuários, que não possuem conhecimento de seus direitos, quanto os profissionais de saúde, que não baseiam sua atuação conforme as ações e objetivos apresentados nas políticas.

### **3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS**

Para atingir o objetivo principal deste estudo – analisar as políticas públicas de saúde PNAISM e PNAISH e a situação dos municípios mineiros refletindo sobre as questões de gênero e seus impactos nos cuidados com a saúde – utilizou-se da abordagem multimétodos, combinando aspectos quantitativos e qualitativos. A abordagem quantitativa foi utilizada para observar o comportamento dos municípios de Minas Gerais por meio dos índices criados. A abordagem qualitativa possibilitou a proximidade com a realidade nos municípios selecionados, para que fosse possível identificar os elementos que os fazem ser divergentes quando é analisada a saúde de mulheres e homens.

Quanto aos objetivos, a pesquisa se classifica como exploratória-descritiva. Exploratória por hierarquizar e analisar os municípios de Minas Gerais, bem como aprofundar o conhecimento por meio de entrevistas, sendo possível compreender com mais profundidade a saúde de mulheres e homens no estado. Descritiva por apresentar a realidade nos municípios

investigados de maneira detalhada, apresentando as ações e características similares e divergentes.

Quanto aos procedimentos técnicos, a pesquisa é classificada como documental e estudo de campo, por utilizar dos documentos das políticas públicas PNAISM e PNAISH e por aprofundar o entendimento sobre realidades específicas por meio de entrevistas. Dessa forma, os dados utilizados tiveram natureza secundária, referente às variáveis operacionalizadas, e primária, no que refere às entrevistas realizadas.

### **3.1 Local de estudo**

A escolha de Minas Gerais se deu em virtude da extensão territorial do estado, bem como do número elevado de municípios. A maior parte dos municípios é de pequeno porte, fato que dificulta a existência de uma infraestrutura adequada para o atendimento de saúde, acarretando sobrecarga em outros municípios maiores, o que torna a gestão pública complexa. Além disso, o estado passou por uma crise fiscal a partir de 2016, afetando os repasses financeiros destinados aos municípios, o que influencia direta e indiretamente a saúde (BARROS, 2018).

A unidade de análise para a criação dos índices foi composta pelos municípios do estado de Minas Gerais com dados disponíveis, e, para a realização das entrevistas, foram selecionados dois municípios mineiros. A escolha de dois municípios para a realização das entrevistas foi com o intuito de fazer-se conhecer duas realidades que, a partir dos resultados quantitativos, apresentaram oposição no que tange à saúde da mulher e do homem. Posto isso, os municípios escolhidos para serem realizadas as entrevistas foram Rio Paranaíba e Santana do Deserto.

### **3.2 Coleta e análise dos dados**

Na primeira fase, para hierarquizar e analisar os municípios mineiros, foram construídos índices. Para definir as variáveis utilizadas no primeiro objetivo específico, foram realizadas pesquisas nos websites do Índice Mineiro de Responsabilidade Social (IMRS), do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) e do Finanças do Brasil (FINBRA).

Os dados quantitativos foram analisados pela análise fatorial exploratória e pela técnica de criação de índices. A análise fatorial exploratória é um conjunto de técnicas que busca explicar a correlação entre as variáveis utilizadas, simplificando os dados por meio da redução do número de variáveis necessárias para descrevê-los (PESTANA; GAGEIRO, 2008). Para

Hair et al. (2009) é uma técnica que possibilita definir uma estrutura entre as variáveis de análise, que possibilita reduzi-las em um conjunto menor de variáveis estatística, denominados fatores com o menor nível de perda de informação relevante. O modelo de análise fatorial é apresentado na Equação 1.

$$X_i = a_{i1}F_1 + a_{i2}F_2 + \dots + a_{im}F_m + \varepsilon_i \quad (i = 1, \dots, p) \quad (1)$$

Onde  $X_i$  é o  $i$ -ésimo escore da variável analisada depois de ter sido padronizada (*média* = 0 e *desvio padrão* = 1);  $i = 1, \dots, p$ ;  $a_{i1}, a_{i2}, \dots, a_{im}$  é a constante chamada de carga fatorial que mede a importância dos fatores na composição de cada variável;  $F_1, F_2, \dots, F_m$  são os fatores aleatórios comuns para todas as variáveis medidas; e  $\varepsilon_i$  é um fator específico para cada teste (FÁVERO, 2015).

Para verificar a adequação da análise fatorial foram utilizadas a estatística de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e o Teste de Esfericidade de Bartlett. O KMO indica quão adequado é o conjunto de variáveis para realizar a análise fatorial exploratória, ou seja, se entre elas existe correlação adequada, sua expressão é dada pela Equação 2. O KMO pode variar de 0 a 1, o valor próximo a 0 indica que a análise fatorial pode não ser adequada, pois a correlação é fraca entre as variáveis. Quanto mais próximo de 1 é desejado, sendo 0,5 o limite para ser aceito e maior que 0,6 considerado adequado o uso da técnica (PESTANA; GAGEIRO, 2008).

$$KMO = \frac{\sum_{i \neq j} \sum r_{ij}^2}{\sum_{i \neq j} \sum r_{ij}^2 + \sum_{i \neq j} \sum a_{ij}^2} \quad (2)$$

Onde  $r_{ij}$  é o coeficiente de correlação entre as variáveis e  $a_{ij}$  é o coeficiente de correlação parcial.

O Teste de Esfericidade de Bartlett testa a hipótese que a matriz das correlações seja a matriz identidade, com determinante igual a 1. Caso a matriz das correlações seja a matriz identidade, isso significa que a inter-relação entre as variáveis são iguais a 0, não podendo prosseguir com a técnica (PESTANA; GAGEIRO, 2008).

No Quadro 3 são apresentadas as variáveis utilizadas na análise fatorial e que, posteriormente, foram consideradas nos fatores para a construção dos índices. As análises foram realizadas com o auxílio dos *softwares Statistical Package for Social Sciences (SPSS)* e *Microsoft Office Excel 2016*.

Foram utilizados dados de 2016 em consonância com a disponibilidade dos mesmos. Todavia, as variáveis referentes ao saneamento básico possuem como mês e ano de referência dezembro de 2015, período mais recente com dados disponíveis. A utilização de um ano anterior, neste caso, não é prejudicial na pesquisa tendo em vista que as variáveis consideradas não teriam uma representativa mudança de um ano para o outro.

Quadro 3 – Descrição das variáveis

<b>Dimensão</b>	<b>Variável</b>	<b>Descrição</b>	<b>Fonte</b>
Social	Índice de envelhecimento	Número de pessoas residentes de 65 anos de idade ou mais, dividido pelo número de pessoas menores de 15 anos de idade, multiplicado por 100.	IMRS
	Taxa de urbanização	Razão entre o número total de pessoas residentes na área urbana do município e a sua população total.	IMRS
	População sem Bolsa Família	Percentual de pessoas não pertencentes às famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família.	IMRS
	Plano de saúde privado	Razão entre a população beneficiária de planos privados de saúde e a população total do município, multiplicado por 100.	IMRS
Condições de habitação	Energia elétrica	Percentual de famílias atendidas pela ESF que possuem acesso à energia elétrica.	DATASUS
	Casa tijolo	Percentual de famílias atendidas pela ESF que possuem casa de tijolo.	DATASUS
	Lixo coletado	Percentual de famílias atendidas pela ESF que possuem o lixo coletado.	DATASUS
	Coleta de esgoto	Percentual de famílias atendidas pela ESF que possuem acesso à coleta de esgoto.	DATASUS
	Abastecimento de água	Percentual de famílias atendidas pela ESF que possuem acesso à rede de abastecimento de água.	DATASUS
Capacidade institucional	Médicos	Quantidade de médicos que atendem pelo SUS dividido pela população e multiplicado por 10.000.	DATASUS
	Enfermeiros	Quantidade de enfermeiros que atendem pelo SUS dividido pela população e multiplicado por 10.000.	DATASUS
	Estabelecimento de saúde	Quantidade de unidades de saúde, hospitais e postos de saúde divididos pela população e multiplicado por 10.000.	DATASUS
	Centro de Referência de Assistência Social - CRAS	Quantidade de Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) dividido pela população e multiplicado por 100.000.	IMRS
Econômica	PIB <i>per capita</i>	Produto Interno Bruto municipal <i>per capita</i> .	IMRS
	Gasto <i>per capita</i> com saúde	Total dos gastos com saúde de cada município dividido pela população.	IMRS
	Transferência intergovernamental	Total da transferência intergovernamental de cada município dividido pela população.	FINBRA
	Taxa de emprego	Taxa de emprego no setor formal.	IMRS
	Rendimento médio	Valor do rendimento médio dos empregados no setor formal.	IMRS

<b>Dimensão</b>	<b>Variável</b>	<b>Descrição</b>	<b>Fonte</b>
Feminina	Mulheres agredidas	Quantidade de mulheres que morreram por agressão dividido pela população feminina e multiplicado por 100.000.	IMRS
	Mulheres que morreram por câncer de colo de útero	Taxa de mulheres que morreram por câncer de colo de útero.	IMRS
	Mulheres que morreram por câncer de mama	Taxa de mulheres que morreram por câncer de mama.	IMRS
	Sem pré-natal	Proporção dos nascidos vivos cujas mães não realizaram 7 ou mais consultas de pré-natal.	IMRS
	Sem exame de colo de útero	Quantidade de mulheres que não realizaram o exame de colo de útero dividida pela população feminina e multiplicado por 1.000.	DATASUS
	Sem mamografia	Quantidade de mulheres que não fizeram a mamografia dividida pela população feminina e multiplicado por 1.000.	DATASUS
Masculina	Homens agredidos	Quantidade de homens que morreram por agressão dividida pela população masculina e multiplicado por 100.000.	IMRS
	Homens que morreram por neoplasias (tumores)	Quantidade de homens que morreram por neoplasias dividida pela população masculina e multiplicado por 10.000.	DATASUS
	Homens que morreram por doenças do aparelho circulatório	Quantidade de homens que morreram por doenças no aparelho circulatório dividido pela população masculina e multiplicado por 10.000.	DATASUS
	Homens que morreram por doenças do aparelho respiratório	Quantidade de mortes masculinas por doenças no aparelho respiratório dividido pela população masculina e multiplicado por 10.000.	DATASUS
	Homens que morreram por causas externas de morbidade e mortalidade	Quantidade de homens que morreram por causas externas de morbidade e mortalidade dividido pela população masculina e multiplicado por 10.000.	DATASUS
	Homens internados	Quantidade de homens que precisaram de Autorização de Internação Hospitalar aprovada durante o ano dividida pela população masculina e multiplicado por 100.	DATASUS

Fonte: Elaborado pela autora.

Foi utilizado logaritmo nas variáveis financeiras, pois mesmo após relativizar os valores, ainda havia grandes variações entre os municípios, optando-se, assim, por transformar em logaritmo.

As dimensões foram divididas conforme a natureza da variável. Na dimensão social, foram consideradas variáveis que correspondem à população. As condições de habitação englobaram variáveis sensíveis às condições de saneamento e também da moradia. Na dimensão capacidade institucional, foram consideradas variáveis que mostravam a capacidade institucional para possibilitar o acesso aos serviços de saúde pública bem como dos serviços socioassistenciais. A dimensão econômica foi composta por variáveis que expressam

indicadores da soma dos bens e serviços produzidos, do que é gasto com a saúde, as transferências intergovernamentais e indicadores de emprego e renda. A dimensão feminina foi composta por variáveis sensíveis à saúde das mulheres e, a masculina, por variáveis sensíveis à saúde dos homens.

Os municípios selecionados para realização das entrevistas foram definidos por meio da hierarquização, de acordo com índice socioeconômico e institucional similares, mas com índices feminino e masculino diferentes entre si. Na segunda fase, para a realização do segundo e terceiro objetivos, a coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas fundamentadas em um roteiro semiestruturado (Apêndice A). Para realizar as entrevistas, foram realizados contatos via e-mail, telefone e *WhatsApp* com as secretarias de saúde, em especial com as gestoras de saúde municipais, para verificar a possibilidade de executar o estudo nos municípios, bem como, para obter informação dos profissionais de saúde que poderiam participar do estudo, de acordo com a proximidade de sua prestação de serviço com as diretrizes das políticas e de sua proximidade com a população.

Após a autorização, foram apresentadas as informações necessárias e o agendamento das entrevistas, que ocorreram por meio de videoconferências gravadas, adotando-se a plataforma *Google Meet*. A videoconferência foi adotada devido à pandemia da Covid-19, a fim de resguardar a saúde dos envolvidos. Foram realizadas, no total, cinco entrevistas, sendo três em Rio Paranaíba e duas em Santana do Deserto. As entrevistas tiveram tempo médio de uma hora, foram gravadas após a confirmação do participante e transcritas. O total de cinco entrevistas se deu pela falta de disponibilidade de outros profissionais de saúde para participar da entrevista no município de Santana do Deserto.

As categorias de análise foram definidas, *a priori*, como resultado da análise dos documentos da PNAISM e da PNAISH e da literatura a respeito das políticas. As categorias utilizadas na análise de conteúdo das entrevistas são apresentadas no Quadro 4. As categorias de análise subsidiaram a elaboração do roteiro de entrevista, para que o instrumento de coleta de dados atendessem às necessidades.

Quadro 4 – Categorias da análise de conteúdo

Coleta de dados	Categorias	Descrição
Entrevistas	Perfil dos participantes da pesquisa	Obter informações que permitam traçar o perfil dos participantes.
	Conhecimento das políticas	O objetivo desta categoria é identificar se os participantes conhecem as políticas PNAISM e PNAISH e o que os mesmos conhecem.
	Ações praticadas	Nesta categoria a intenção é mapear todas as ações praticadas das políticas, a fim de avaliar a eficácia da mesma.
	Demanda das políticas	Esta categoria busca compreender como tem sido a demanda das ações previstas em seus documentos.
	Dificuldades enfrentadas	A intenção desta categoria é identificar quais são as dificuldades que os burocratas de nível de rua percebem e que dificultam atingir a eficácia das políticas.
	Divulgação das políticas	Esta categoria foi criada para identificar como são divulgadas as políticas para os cidadãos, visto que é possível que uma grande parte dos cidadãos possam desconhecê-las.
	Capacitação	Esta categoria visa analisar se os burocratas de nível de rua tiveram treinamento para executar os objetivos das políticas e considerar a questão de gênero.
	Gênero	A categoria gênero busca analisar as questões de gênero na saúde por meio da percepção dos profissionais de saúde.

Fonte: Elaborado pela autora com base em Leal, Figueiredo, Nogueira-da-Silva (2012) e Costa-Júnior, Couto e Maia (2016).

A análise dos dados das entrevistas se deu por meio da análise de conteúdo temática, sendo esta, “um conjunto de técnicas de análise das comunicações” que visa obter conhecimentos referentes às condições de produção ou recepção das mensagens, realizada por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens (BARDIN, 2011, p. 37). Para a realização da análise de conteúdo foram consideradas as três etapas propostas por Bardin (2011), ou seja, a pré-análise, que consiste na organização do material que será analisado; a exploração do material, etapa de codificação e decomposição dos dados em categorias de análise; e o tratamento, em que são feitas as inferências e a interpretação dos resultados.

Para o presente estudo, na pré-análise, as entrevistas foram transcritas, realizou-se, então, a leitura flutuante de todo material e foi elaborado os indicadores para prosseguir com a análise. A exploração do material foi o momento de organizá-lo conforme as categorias analíticas preestabelecidas. Por fim, o tratamento dos dados ocorreu por meio de sua interpretação, buscando-se discutir os resultados com estudos prévios.

Este estudo foi aprovado em pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Viçosa, em cumprimento dos preceitos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996).

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Esta seção é dedicada à apresentação dos resultados do estudo e apresenta os resultados da hierarquização e análise dos municípios mineiros, a escolha dos municípios que participaram das entrevistas e, por último, os resultados das entrevistas realizadas com os profissionais de saúde de Rio Paranaíba e de Santana do Deserto.

### 4.1 Hierarquização dos municípios de Minas Gerais

Para iniciar o processo de análise e, posteriormente, a aplicação das técnicas, foi realizada a análise descritiva das variáveis utilizadas, como apresentado na Tabela 1. O número de municípios analisados, de um total de 853, foi de 595, para os quais foram encontrados dados disponíveis para todas as variáveis.

Tabela 1 – Análise descritiva das variáveis utilizadas na análise fatorial exploratória, Minas Gerais, 2016

Variáveis	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão	Coef. de variação (%)
<b>Dimensão social</b>					
Ind. envelhecimento	27,52	53,15	40,90	3,86	14,92
Tx. urbanização	18,56	100	72,88	16,96	287,68
Pop. sem PBF	84,20	99,72	96,68	2,14	4,60
Plano de saúde	0,08	68,54	10,80	11,05	122,19
<b>Dimensão condições de habitação</b>					
Energia elétrica*	52,42	100	97,94	3,44	11,87
Casa tijolo*	30,92	100	98,29	4,15	17,19
Lixo coletado*	3,82	100	75,70	19,27	371,17
Coleta de esgoto*	0,00	100	64,52	28,09	789,29
Abastecimento de água*	0,00	100	74,68	18,06	326,11
<b>Dimensão capacidade institucional</b>					
Médicos	0,92	37,50	7,92	5,34	28,54
Enfermeiros	0,72	22,48	5,01	3,05	9,30
Estabelecimento saúde	0,61	19,13	5,22	2,63	6,93
CRAS	0,00	61,31	14,19	10,47	109,59
<b>Dimensão econômica</b>					
PIB log	3,78	5,26	4,18	0,24	0,06
Gasto saúde log	2,30	3,44	2,78	0,16	0,03
Transf. Intergovernamental log	3,01	4,20	3,40	0,17	0,03

Variáveis	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão	Coef. de variação (%)
<b>Dimensão econômica</b>					
Tx. emprego	2,70	93,90	20,46	11,55	133,30
Rend. médio log	2,71	3,58	3,18	0,09	0,01
<b>Dimensão feminina</b>					
Mulher agredida	0,00	99,11	3,25	9,44	89,06
Mortes por câncer de colo de útero	0,00	60,28	3,27	8,66	74,92
Mortes por câncer de mama	0,00	99,89	11,69	17,39	302,40
Sem Pré-natal	0,00	68,09	23,36	10,45	109,21
Sem exame colo de útero	64,70	99,90	91,57	5,29	27,98
Sem exame mamografia	78,28	99,98	96,48	3,19	10,17
<b>Dimensão masculina</b>					
Homem agredido	0,00	265,11	27,76	33,59	1128,00
Morte por neoplasias	0,00	49,02	12,42	6,56	42,97
Morte aparelho circulatório	0,00	56,98	19,39	9,64	92,94
Morte aparelho respiratório	0,00	40,19	9,89	6,16	37,96
Morte por causas evitáveis	0,00	29,43	10,01	5,53	30,57
Internações masculinas	1,14	12,22	5,30	1,79	3,19

Nota: \*As variáveis correspondem ao ano de 2015, considerando que não existia dados disponíveis para o ano de 2016.

Fonte: Dados da pesquisa.

A “dimensão social”, primeira a ser analisada, tem a variável “taxa de urbanização” que possui variação de 287,68%, sendo a maior da dimensão; seguida pela variável “plano de saúde”, com 122,19% de variação; isso evidencia grande discrepância dos valores entre as observações. A variável “Plano de saúde” apresentou valor mínimo de 0,08, máximo de 68,54 e média de 10,80, mostrando que apesar de haver observações com mais da metade da população coberta por planos de saúde, a média dos dados mostra uma interpretação contrária, na qual apresenta que a maioria das observações possui um número pequeno de beneficiários.

As diferenças significativas existentes entre as observações estão presentes em todas as dimensões das variáveis. Tal resultado pode ocorrer devido às diversas realidades encontradas nos municípios de Minas Gerais, que são maiores que entre as grandes regiões do Brasil, como apresentado por Abrucio, Franzese e Sano (2013).

A variável “coleta de esgoto” da dimensão “condições de habitação” foi a que apresentou maior variação, com 789,29%. Outras duas tiveram destaque, a saber “lixo coletado” (371,17%) e “abastecimento de água” (326,11%). A disparidade existente nas variáveis da condição de habitação chama a atenção, uma vez que as condições sanitárias interferem diretamente na saúde da população, além de serem condições básicas para a qualidade de vida

dos cidadãos. Observando o valor mínimo e máximo das variáveis apresentadas é possível identificar a oscilação nas observações. As variáveis “coleta de esgoto” e “abastecimento de água” tiveram o valor mínimo igual a zero, entretanto este valor não significa que no município não possua tais serviços, mas sim, que nenhuma das famílias participantes possuía acesso. Quando se analisa as médias das variáveis “energia elétrica” e “casa tijolo” os valores estão próximos da totalidade.

Quanto à dimensão “capacidade institucional” a variável “CRAS” foi a que se destacou com a maior variação (109,59%), sendo seu valor mínimo igual a zero. A variável “estabelecimento de saúde”, que inclui unidades de saúde, hospitais e postos de saúde, obteve 6,93% de variação, mostrando uma baixa diferença entre os municípios no que se refere à quantidade desses estabelecimentos.

Na dimensão econômica, a variável “taxa de emprego” apresentou uma variação de 133,30%. Seu valor mínimo foi 2,70 e seu máximo foi 93,90, o que mostra como a situação de emprego é discrepante entre os municípios analisados. O valor da média foi 20,46, considerado baixo, e, conforme Carvalho (2013), ter um emprego formal implica em melhores condições de vida e também de saúde. O restante das variáveis da dimensão não apresentou coeficiente de variação alto.

Na dimensão feminina, a variável que possui a maior variação é “mortes por câncer de mama”, com 302,40%. Esse resultado suscita o entendimento de que há grande variabilidade da quantidade de exames realizados nos municípios, podendo ser compreendido por uma grande quantidade de municípios com poucos habitantes, ou pela concentração em municípios em que a infraestrutura seja adequada para a realização dos exames. Logo, a variável “Sem pré-natal”, com 109,21%, segue a mesma análise.

Em relação à dimensão masculina, a variável “homem agredido” foi a que apresentou maior coeficiente de variação (1128%), tanto da dimensão masculina quanto das outras dimensões. Isso está relacionado à grande variação de mortes masculinas que derivaram de agressões, tendo como valor mínimo zero e valor máximo de 265,11.

#### 4.1.1 Índices utilizados na análise dos municípios mineiros

Para a criação dos índices e obtenção os fatores que os compõem, foi realizada a análise fatorial exploratória. Para a extração dos fatores, utilizou-se o método de extração dos componentes principais com rotação pelo método ortogonal Varimax. Na intenção de aferir a qualidade das correlações entre as variáveis utilizadas, foi realizado o Kaiser-Meyer-Olkin

(KMO) e o teste de esfericidade de Bartlett. O KMO varia de 0 a 1 e, quanto mais próximo de 1, melhor é seu resultado, o mínimo para ser aceito é 0,5. O teste de Bartlett requer que a hipótese nula seja rejeitada, da matriz das correlações ser a matriz identidade, ou seja, significância menor que 0,05. A comunalidade é a proporção da variância explicada pelos fatores, e na literatura é considerada satisfatória sendo maior que 50% (PESTANA; GAGEIRO, 2008).

Na Tabela 2 são apresentados os resultados do KMO e do teste de Bartlett. Para aumentar a qualidade dos modelos, no que se refere ao valor do KMO e do percentual de explicação, foram retiradas as variáveis “mortes por câncer de colo de útero” e “mortes por câncer de mama” da dimensão feminina e a variável “homem agredido” da dimensão masculina. Apesar de serem variáveis importantes que, inclusive, aparecem em vários estudos da revisão de literatura, considerá-las para a construção do modelo implicaria em não continuar com a análise fatorial exploratória.

As dimensões “social”, “condições de habitação”, “capacidade institucional” e “econômica”, por serem consideradas em conjunto para a análise fatorial exploratória, serão tratadas a partir daqui por “dimensão socioeconômica e institucional”.

Tabela 2 – Testes da qualidade da análise fatorial exploratória

Testes	Parâmetros	Dimensão socioeconômica e institucional	Dimensão feminina	Dimensão masculina
KMO	>0,500	0,850	0,513	0,624
Bartlett	Sig. 0,000	0,000	0,000	0,000

Fonte: Dados da pesquisa.

O conjunto das variáveis na “dimensão socioeconômica e institucional” foi o que apresentou o melhor valor de KMO, 0,850, sendo considerado bom, e rejeitou a hipótese de a matriz das correlações ser a matriz identidade, o que mostra que os dados se ajustam à análise fatorial (PESTANA; GAGEIRO, 2008). Obteve-se quatro fatores que explicaram 67,24% da variância total. O primeiro fator foi composto pelas variáveis “índice de envelhecimento”, “estabelecimento saúde”, “CRAS”, “gasto saúde log”, e “transferências intergovernamentais log” e foi denominado de “longevidade, recursos financeiros e estabelecimentos”. O segundo fator foi composto pelas variáveis “plano de saúde”, “PIB log”, “taxa de emprego” e “rendimento médio log”, sendo denominado de “emprego e renda”. O terceiro fator foi composto pelas variáveis “população sem PBF”, “energia elétrica”, “casa tijolo”, “lixo coletado”, “coleta de esgoto” e “abastecimento de água” e foi denominado de “bolsa família e

condições de habitação”. O quarto fator foi composto pelas variáveis “médicos”, “enfermeiros” e sendo denominado de “recursos humanos”. A variável “casa tijolo”, por possuir valor inferior a 0,40 de carga fatorial na rotação Varimax não foi considerada no fator “bolsa família e condições de habitação”.

A dimensão feminina apresentou um valor de KMO igual a 0,513, próximo do mínimo aceitável, sendo considerado ruim, e também rejeitou a hipótese de a matriz das correlações ser a identidade (PESTANA; GAGEIRO, 2008). Por meio do baixo valor do KMO, os achados deste trabalho sinalizam uma descoberta sobre a temática—que as variáveis utilizadas apresentaram uma correlação fraca entre si. A dimensão resultou em dois fatores que explicaram 60,03% da variância total. O primeiro fator foi composto pela variável “mulher agredida” e denominado de “agressão à mulher”; e o segundo fator foi composto pelas variáveis “sem pré-natal”, “sem exame colo de útero” e “sem exame mamografia” e denominado de “exames femininos”. Segundo Brasil (2004), os exames preventivos femininos impactam positivamente na saúde da mulher, principalmente a prevenção de cânceres, e a realização do acompanhamento por meio do pré-natal impacta positivamente não só na saúde da mãe, mas também na da criança.

A “dimensão masculina” resultou em um valor de KMO igual a 0,624, considerado razoável, e também rejeitou a hipótese de a matriz das correlações ser a matriz identidade (PESTANA; GAGEIRO, 2008). Esta dimensão gerou dois fatores que explicaram 50,29% da variância total. O primeiro fator foi composto pelas variáveis “morte por neoplasias”, “morte aparelho circulatório”, “morte aparelho respiratório”, e “internações masculinas” e denominado de “mortes e internações masculinas”. O segundo fator foi composto pela variável “morte por causas evitáveis” e denominado de “mortes por causas evitáveis masculinas”. Os homens têm uma tendência em não procurar os serviços de saúde como meio de prevenção a doenças e outros agravos à saúde, o que é agravado pelo fato de que as masculinidades e posições sociais fazem com que assumam papéis carregados de estereótipos de homem valente, que não precisa de cuidado (COUTO; GOMES, 2012; GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007).

Após a análise fatorial exploratória, foram construídos os índices com os fatores gerados da dimensão socioeconômica e institucional, feminina e masculina, com a intenção de analisar os municípios mineiros observando as condições sociais, econômicas, de infraestrutura e institucional, bem como a saúde da população de ambos os gêneros.

Para incorporar os fatores aos índices, foram realizadas reparametrizações para que os escores fatoriais dos municípios variassem entre 0 e 1 e, para isso, foi utilizada a Equação 3.

$$F_{ij} = \frac{(F - F_{min})}{(F_{max} - F_{min})} \quad (3)$$

Em que  $F_{min}$  é o valor mínimo observado para o escore fatorial e  $F_{max}$  é o valor máximo, sendo  $F$  é o valor do escore fatorial que foi reparametrizado.

Em seguida, os valores foram multiplicados por suas respectivas cargas fatoriais. Para a definição do índice foi feita a média aritmética e, mais uma vez, foi realizada a reparametrização para que os valores variassem entre 0 e 1 e multiplicados por 100. A partir desse processo obteve-se o valor de cada índice para as observações.

Os índices foram denominados de "índice socioeconômico e institucional" (ISI), "índice de saúde feminino" (ISF) e "índice de saúde masculino" (ISM). O ISI retrata condições que possuem influência na saúde e que resultam na qualidade de uma política pública, sendo composto pelos fatores "longevidade, recursos financeiros e estabelecimentos", "emprego e renda", e, "bolsa família e condições de habitação". O ISF retrata as condições de saúde especificamente da população feminina com base nos fatores "agressão à mulher", "exames femininos". Por último, o ISM retrata as condições de saúde específicas da população masculina com base nos fatores "mortes e internações masculinas" e "mortes por causas evitáveis masculinas".

O ISI foi composto por fatores positivos, sendo que quanto maior o valor do índice, melhor é a situação dos municípios. Já os ISF e ISM foram compostos por fatores negativos, sendo que quanto menor o valor do índice, melhor é a situação dos municípios.

A análise descritiva dos índices é apresentada na Tabela 3. Como foi realizada a reparametrização e a multiplicação por 100, os valores de mínimo e máximo foram, respectivamente, 0 e 100 para todos os índices. Analisando os coeficientes de variação, é possível identificar a desigualdade que está presente entre os municípios mineiros, tendo como maior coeficiente de variação o ISI com 261,40%, seguido pelo ISM com 222,71% e com menor variação o ISF com 120,25%. Além disso, o ISF apresentou média alta, o que mostra que grande parte dos municípios participantes possuem fragilidade na saúde das mulheres.

Tabela 3 – Análise descritiva dos índices

Índices	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão	Coef. de variação (%)
ISI	0,00	100	38,85	16,17	261,40
ISF	0,00	100	59,53	10,97	120,25
ISM	0,00	100	45,54	14,92	222,71

Fonte: Dados da pesquisa.

A hierarquização dos municípios de Minas Gerais (Apêndice C) se deu a partir do ISI, sendo que o índice serviu para confirmar elementos evidenciados na literatura, como as condições sociais, habitacionais, institucionais e econômica, que fogem especificamente da saúde feminina e masculina, mas que resultam na qualidade de uma política pública de saúde. Os elementos são importantes e alteram as condições de entrega das políticas públicas de saúde, o comportamento dos burocratas de nível de rua e as condições de insumos, por isso a necessidade de isolar esses elementos, uma vez que não produzem resultados iguais.

Para realizar uma análise com todos os municípios participantes e ter um melhor entendimento da distribuição dos mesmos nos três índices, estes foram divididos em quatro estratos, de 0 a 25, de 25,01 a 50, de 50,01 a 75 e de 75,01 a 100 (Tabela 4). Para o ISI, a classificação de acordo com os estratos mencionados foi péssimo, ruim, regular e bom, respectivamente, enquanto para o ISF e ISM a classificação dos estratos foi bom, regular, ruim e péssimo, respectivamente.

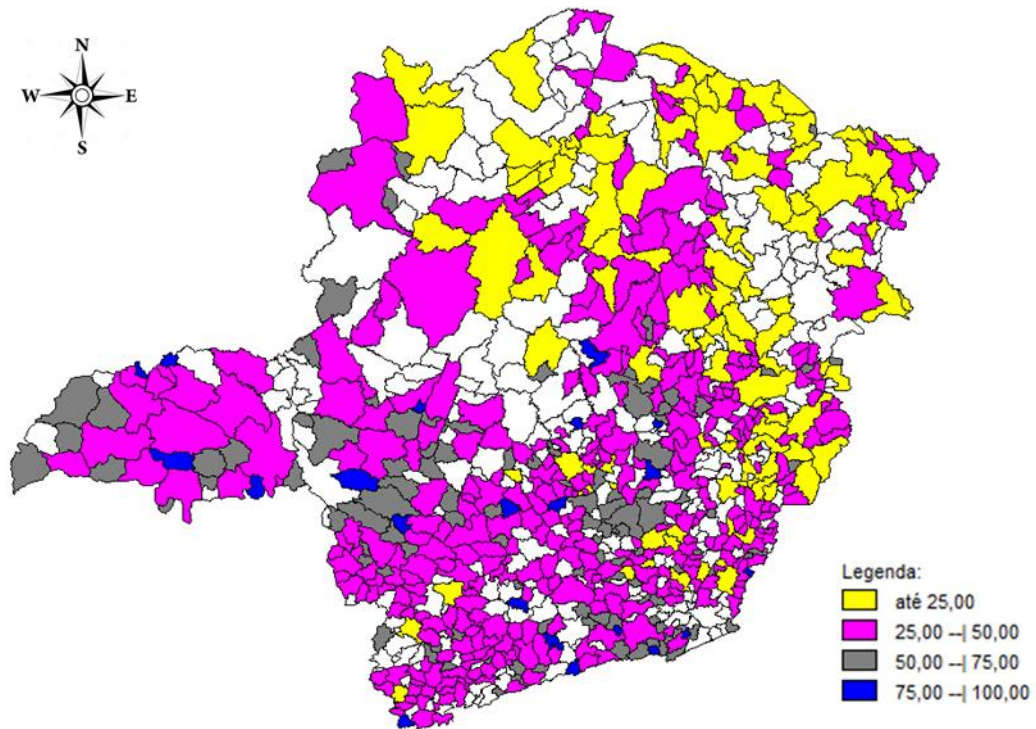
Tabela 4 – Distribuição dos municípios em estratos

Índices	0 – 25	25,01 - 50	50,01 - 75	75,01 - 100
ISI	100	363	110	22
ISF	5	42	473	25
ISM	43	343	185	24

Fonte: Dados da pesquisa.

O ISI, que possui análise quanto maior melhor, apresentou 22 municípios classificados como bons. Por meio da Figura 2, as mesorregiões que aparecem com bons resultados são o Triângulo Mineiro/Alto Paranaíba, Sul/Sudoeste de Minas, Zona da Mata, Metropolitana de Belo Horizonte, Oeste de Minas, Campo das Vertentes e Central Mineira. A maioria dos municípios está no estrato classificado como ruim. Com os piores resultados para este índice, há 100 municípios, sendo que a única mesorregião que não apareceu foi o Triângulo Mineiro/Alto Paranaíba e as que se destacaram com o maior quantitativo de municípios foram o Norte de Minas e em seguida o Vale do Rio Doce, como pode ser visualizado em amarelo na Figura 2.

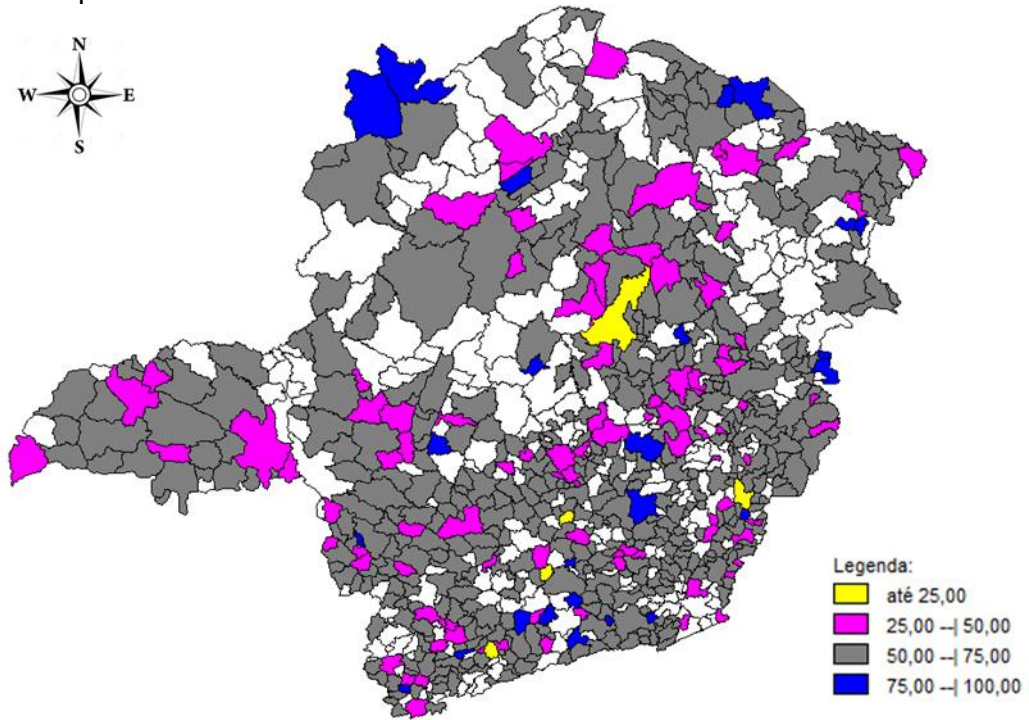
Figura 2 – Mapa de Minas Gerais conforme o ISI



Fonte: Elaborado pela autora por meio do software TabWin.

Para o ISF, cinco municípios foram classificados como bons. As mesorregiões foram a Zona da Mata, Metropolitana de Belo Horizonte, Sul/Sudoeste de Minas, Jequitinhonha e Campo das Vertentes. Já 25 municípios tiveram os piores resultados, distribuídos nas mesorregiões Sul/Sudoeste de Minas, Norte de Minas, Vale do Rio Doce, Zona da Mata, Metropolitana de Belo Horizonte, Noroeste de Minas, Central Mineira, Campo das Vertentes e Vale do Mucuri. A maior parte dos municípios concentraram-se na classificação ruim, correspondente à cor cinza, como é possível verificar na Figura 3.

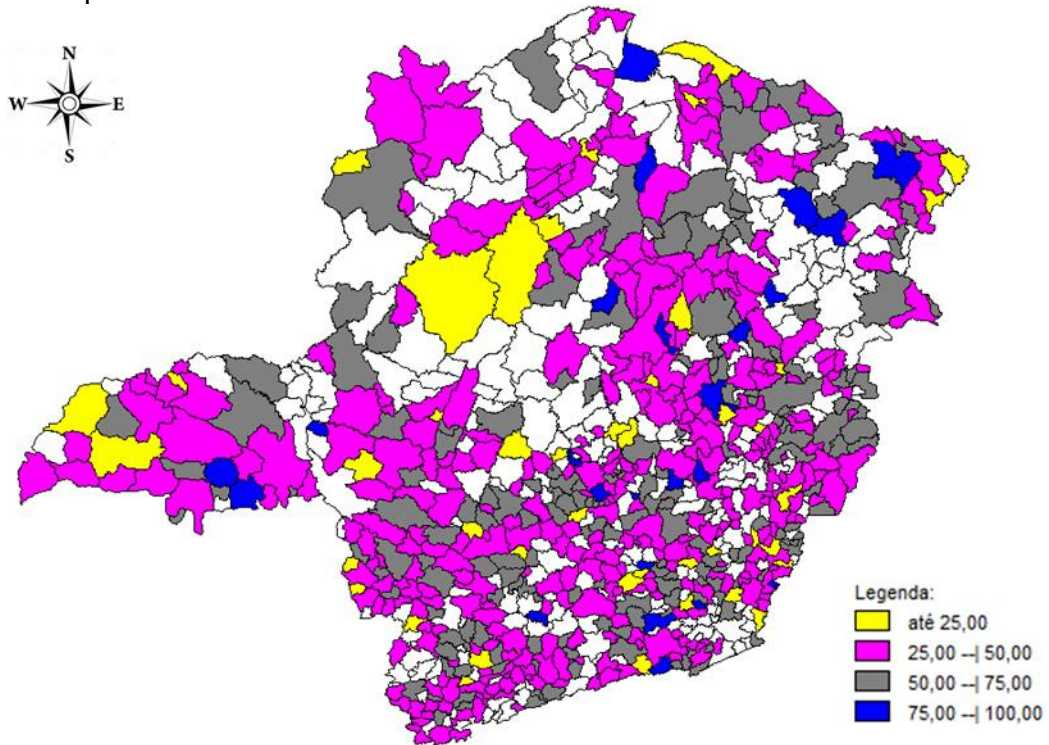
Figura 3 – Mapa de Minas Gerais conforme o ISF



Fonte: Elaborado pela autora por meio do software TabWin.

O ISM teve 43 municípios classificados como bons, que fazem parte das mesorregiões Zona da Mata, Triângulo Mineiro/Alto Paranaíba, Sul/Sudoeste de Minas, Norte de Minas, Jequitinhonha, Metropolitana de Belo Horizonte, Vale do Rio Doce, Campo da Vertentes, Noroeste de Minas, Oeste de Minas e Central Mineira, conforme é identificado na Figura 4. A única mesorregião que não apresentou município classificado como bom foi o Vale do Mucuri. Os municípios classificados como péssimos somam 24 e estão localizados nas mesorregiões Metropolitana de Belo Horizonte, Jequitinhonha, Zona da Mata, Triângulo Mineiro/Alto Paranaíba, Norte de Minas, Vale do Rio Doce, Campo da Vertentes, Central Mineira e Vale do Mucuri. A maioria dos municípios neste índice foram classificados como regulares.

Figura 4 – Mapa de Minas Gerais conforme o ISM



Fonte: Elaborado pela autora por meio do software TabWin.

Mais uma vez, afirma-se que a classificação dos municípios, bom, regular, ruim ou péssimo, é apenas entre os que compõem a amostra utilizada na pesquisa. Os municípios de cor branca são aqueles que não fizeram parte da amostra do estudo.

Ressalta-se o baixo quantitativo de municípios classificados como bom em todos os índices, o que corrobora as diferenças entre os municípios e a diversidade de mesorregiões que apareceram na classificação dos melhores municípios. As mesorregiões comuns nos três índices classificados como bom foram a Campo das Vertentes, Metropolitana de Belo Horizonte e Sul/Sudoeste de Minas. Já as mesorregiões que aparecem nos três índices com as piores classificações foram a Campo das Vertentes, Central Mineira, Metropolitana de Belo Horizonte, Norte de Minas, Vale do Mucuri, Vale do Rio Doce e Zona da Mata.

Por meio da análise dos municípios mineiros, escolheu-se dois para realização das entrevistas com os profissionais de saúde. A escolha considerou municípios que apresentavam ISI semelhantes, mas que se diferenciavam quando analisados o ISF e o ISM, sendo selecionados um município com índices considerados bons e, o outro, com índices inferiores. É importante ressaltar que a classificação de bom ou ruim é somente aplicada quando se analisa a amostra utilizada. Como parâmetro para a análise, definiu-se que seriam considerados como bons valores acima de 50,00 e ruins os valores abaixo de 50,00 para o ISI e, para o ISF e o ISM,

os valores considerados bons foram abaixo de 50,00 e ruins os acima. Como pode ser analisado no recorte do Apêndice C apresentado na Tabela 5.

Tabela 5 – Posição dos municípios escolhidos para as entrevistas

<b>Hierarquização dos municípios de Minas Gerais</b>					
<b>Posição</b>	<b>Código IBGE</b>	<b>Município</b>	<b>ISI</b>	<b>ISF</b>	<b>ISM</b>
512°	315860	Santana do Deserto	56,07	68,92	72,60
513°	316130	São Francisco de Sales	56,32	55,25	37,47
514°	316010	Santo Antônio do Gramma	56,36	51,65	46,18
515°	315970	Santa Rosa da Serra	57,03	62,01	34,67
516°	313830	Leandro Ferreira	57,25	53,82	40,05
517°	311900	Cordislândia	57,32	45,34	38,63
518°	310640	Belo Vale	57,72	64,50	58,22
519°	311040	Camacho	57,98	56,43	24,88
520°	315550	Rio Paranaíba	58,11	40,00	30,42

Fonte: Dados da pesquisa.

Por consequência, os municípios escolhidos foram Rio Paranaíba e Santana do Deserto, que apresentaram valores de ISI de 58,11 e 56,07, respectivamente. O resultado aponta que os dois municípios apresentaram um bom resultado quando se observam as condições sociais, econômicas, de estabelecimentos e de moradia. Quando observado o ISF, Rio Paranaíba apresentou um índice de 40,00 e Santana do Deserto de 68,92, e, a partir do resultado compreende-se que existe uma significativa diferença nas questões relacionadas à saúde que são oferecidas para as mulheres. Para o ISM, Rio Paranaíba apresentou um índice de 30,42 e Santana do Deserto de 72,60, sendo que a mesma análise pode ser realizada quando se observa a saúde dos homens. Analisando as posições dos municípios segundo o ISI, de um total de 595 municípios pesquisados, tanto Rio Paranaíba quanto Santana do Deserto apresentaram uma boa classificação, ocupando a 520° e 512° posição, respectivamente.

Sendo assim, estes dois municípios foram selecionados por apresentarem mais evidências que indiquem a diferença existente entre o atendimento à saúde das mulheres e dos homens. Tais análises se fazem importantes para conhecer diferentes realidades e, assim, verificar os pontos que necessitam de investimento e, ou aprimoramento, contribuindo para a melhoria das políticas vigentes.

## 4.2 As políticas públicas PNAISM e PNAISH e o gênero: a percepção dos profissionais de saúde

### 4.2.1 O município de Rio Paranaíba

Em 1923, Rio Paranaíba foi definido, oficialmente, como município. O município está localizado na mesorregião do Triângulo Mineiro e Alto Paranaíba e na microrregião de Patos de Minas, com extensão territorial de aproximadamente 1.332 Km<sup>2</sup>. Sua população estimada em 2020 foi de 12.335 habitantes, e sua densidade demográfica, de 8,79 habitantes por Km<sup>2</sup> em 2010 (IBGE, 2018).

De acordo com o último censo demográfico, realizado em 2010, o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de Rio Paranaíba foi 0,709, que é considerado alto, considerando que o índice varia de 0 a 1 e quanto mais próximo de 1 maior é o desenvolvimento humano (IBGE, 2018). O PIB municipal foi superior a R\$516 milhões, e o PIB *per capita* foi de R\$41.984,26, em 2018. Comparando o PIB *per capita* do município com os outros municípios do estado de Minas Gerais, Rio Paranaíba ocupava a posição 55 de 853. A nível nacional ocupava a posição 639 de 5.570 municípios, o que mostra que o município ocupava boas posições em ambas as comparações.

A principal atividade econômica realizada no município é a agricultura, com produção de batata, cebola, alho, cenoura, café, milho, trigo e soja. O setor imobiliário também é uma atividade importante para o município, bem como o setor de bens e serviços. O salário médio mensal, em 2018, foi de 2,2 salários mínimos e 23% da população total neste mesmo ano estava ocupada. Em comparação com o restante dos municípios mineiros, Rio Paranaíba ocupava a posição 91 de 853 quando se analisa os salários médios e 117 de 853, quando é analisada a proporção de pessoas ocupadas. Já comparando o município com a totalidade de municípios no país, ocupou a posição 1289 de 5570 e 1005 de 5570, respectivamente (IBGE, 2018).

Em 25 de julho de 2006 foi criado um campus da Universidade Federal de Viçosa em Rio Paranaíba e as atividades acadêmicas iniciaram no segundo semestre de 2007, sendo, inicialmente, ofertado dois cursos e a partir de 2008 outros cursos foram oferecidos. Rio Paranaíba foi o menor município brasileiro a receber um campus de uma universidade federal.

A saúde no município oferece os serviços de atenção básica e algumas especialidades, sendo que todos os serviços de atenção terciária são realizados nos municípios de Patos de Minas, em Minas Gerais, e Barretos no estado de São Paulo, por meio do consórcio

intermunicipal de saúde. A maioria dos cidadãos utilizavam dos serviços de saúde pública e 6,71% possuíam plano de saúde privados (IMRS, 2016).

#### 4.2.2 O município de Santana do Deserto

O município de Santana do Deserto foi criado em 1953. O município está localizado na mesorregião da Zona da Mata e na microrregião de Juiz de Fora, com uma extensão territorial de aproximadamente 182 Km<sup>2</sup>. A população estimada para o município no ano de 2020 foi de 3.981 habitantes, e a densidade demográfica foi de 21,13 habitantes por Km<sup>2</sup>, de acordo com o Censo Demográfico de 2010 (IBGE, 2018).

O IDHM de Santana do Deserto foi de 0,651 em 2010, sendo considerado médio. O PIB municipal, em 2018, foi maior que R\$39 milhões, e o *per capita* foi de R\$9.918,50. Em comparação com os outros municípios de Minas Gerais, em relação ao PIB, Santana do Deserto ocupa a posição 681 de 853 municípios e dentre os 5.570 municípios do Brasil a posição 4.167 (IBGE, 2018), não ocupando, assim, posição destaque positivo em relação ao seu valor de seu PIB.

A principal atividade econômica realizada no município é a agropecuária, sendo que, nas últimas décadas, foi principalmente a pecuária, com destaque para a criação de gado Holandês para a produção de leite, e de Nelores e *Brahman* para o corte. Existe também a criação de cavalos Manga-larga Marchador e uma tímida atividade industrial e do comércio. O salário médio mensal em 2018 foi de 2,1 salários mínimos e a proporção de pessoas ocupadas era de 10,7% da população total. Comparando com o restante dos municípios do estado, o município ocupa a posição 117 de 853, quando se analisa os salários médios e, 549 de 853 a proporção de pessoas ocupadas. Quando se compara com os municípios do Brasil ocupa a posição 1.693 de 5.570 e 3.241 de 5.570, respectivamente (IBGE, 2018).

A saúde pública no município é quase toda voltada para a atenção primária, sendo oferecido poucas especialidades. Dessa forma, a totalidade da atenção secundária e toda a terciária são realizadas por meio do consórcio intermunicipal de saúde, no município de Juiz de Fora, localizado a aproximadamente 50 Km de Santana do Deserto. No município, apenas 6,23% da população possui plano de saúde privados (IMRS, 2016), fato que implica no uso da maioria dos cidadãos dos serviços públicos de saúde.

#### 4.2.3 O perfil dos participantes da entrevista

Inicialmente, buscou-se conhecer o perfil dos entrevistados, com a intenção de identificar algumas características relevantes para compor a análise do presente estudo quanto às informações dos profissionais de saúde dos municípios de Rio Paranaíba e Santana do Deserto. No Quadro 5 é apresentado o perfil dos participantes.

Quadro 5 – Perfil dos participantes da pesquisa

	Participante da pesquisa	Gênero	Nível de escolaridade	Cargo atual	Experiências anteriores na saúde
Rio Paranaíba	PRP1	Feminino	Superior completo (Enfermagem). Possui especialização.	Coordenação da atenção primária (10 anos).	Enfermeira hospitalar, enfermeira, epidemiologia.
	PRP2	Feminino	Superior completo (Medicina). Não possui especialização.	Médica da UBS (1 ano).	Não.
	PRP3	Feminino	Superior completo (Pedagogia). Não possui especialização.	Secretária de saúde (4 anos).	Recepcionista do hospital, participou da criação da Secretaria de Saúde, setor de regulação.
Santana do Deserto	PSD1	Masculino	Superior completo (Enfermagem). Possui especialização.	Enfermeiro responsável técnico (2 anos e meio).	Secretário de saúde, coordenador da atenção primária, enfermeiro hospitalar.
	PSD2	Feminino	Superior completo (Fisioterapia). Possui especialização.	Secretária de saúde (3 anos).	Fisioterapeuta particular.

Fonte: Elaborado pela autora.

Todos os participantes da pesquisa possuem ensino superior completo e apenas a participante PRP3 não possui formação na área da saúde. Ter profissionais qualificados é fundamental para que cada vez mais os serviços sejam oferecidos com qualidade, promovendo melhorias, atendendo melhor a população, bem como colaborando para que o setor tenha melhores resultados. Dentre os participantes, PRP1, PSD1 e PSD2 possuem especialização. A participante PRP1 tem pós-graduação em Saúde da Família e Gestão da Clínica, o PSD1 em Enfermagem do Trabalho e, atualmente está cursando Urgência e Emergência e a PSD2 em Fisioterapia Traumato-Ortopédica. A atualização constante do conhecimento é fundamental, principalmente considerando que, conforme Villela (2009), os profissionais de saúde durante

sua formação têm pouco contato com discussões que ofereçam capacitação para lidar com a desigualdade de gênero e outras determinantes. Em vez disso, possuem uma formação tecnicista, restringindo o aprendizado ao corpo biológico.

A experiência em outros cargos públicos na saúde também tem importância, considerando que a vivência da prática traz conhecimentos. Nesse sentido, somente uma participante, a PRP2, não possuía outras experiências de trabalho na saúde, porém relatou sobre os momentos durante o período da graduação. As experiências dos outros participantes foram diversificadas e em níveis de atenção diferentes, como é o caso dos enfermeiros que tiveram a oportunidade de trabalhar em hospitais. A secretária de saúde de Rio Paranaíba, afirmou que seu vínculo com a saúde começou em 1982 e que estendia até o presente momento da entrevista, sendo 39 anos de experiência na saúde em Rio Paranaíba, o que, segundo ela, possibilitou que viesse a ocupar o cargo de secretária de saúde, como exposto:

Como eu fiquei muitos anos na regulação, então eu fui adquirindo conhecimento de todas as áreas, ampliando ainda mais, eu acho que essa é a minha base [...] que hoje eu estou com a gestora do município. É por eu ter esse entendimento, esse conhecimento, é que eu “tô” a frente, agora da Secretaria de Saúde (PRP3).

A participante PRP1 também apresentou grande experiência na saúde, totalizando 28 anos. A PSD2 possui 18 anos na saúde e o PSD1 informou que são aproximadamente 11 anos. A PRP2, é a que possuía menos tempo, apenas 1 ano. Ano este que foi marcado pela pandemia de Covid-19, restringindo as consultas e as ações que eram desenvolvidas e, por isso, prejudicou a participante ter uma visão do funcionamento do todo sem as restrições impostas.

Quanto à forma de ingresso no cargo, os participantes PRP1 e PSD1 informaram que foi por meio de concurso público; a participante PRP2, foi por meio de processo seletivo simplificado; e a PRP3 e a PSD2, por meio de nomeação.

#### 4.2.4 O conhecimento das políticas públicas PNAISM e PNAISH

Após as perguntas direcionadas ao perfil dos entrevistados, foram realizadas perguntas acerca do conhecimento dos participantes sobre as políticas públicas PNAISM e PNAISH. Essa categoria permitiu compreender o quanto os participantes entendem das políticas e do conteúdo de seus documentos.

Embora seja indiscutível a importância das políticas, como elucidado por Castro, Simonetti e Araújo (2015) e Fontes et al. (2011), nenhum dos participantes demonstrou

segurança para afirmar que conhecia os objetivos das políticas públicas PNAISM e PNAISH: “eu tive que procurar pra ver, saber sobre o que é, aí que eu vi que é sobre a saúde da mulher e saúde do homem”, disse a PRP1; para a PRP2: “a gente sabe mais ou menos. Ambas as políticas são para melhorar a saúde da mulher e atender, dar uma assistência generalizada tanto para homem quanto para mulher, de forma preventiva e curativa”. A PSD2 também respondeu que conhece “mais ou menos” as políticas e o PSD1 diz: “os objetivos eu entendo que seja algo assim, para melhorar a saúde da mulher e a saúde do homem, mas aprofundar no assunto eu não sei te falar”. A PRP3 relatou não saber direito os objetivos das políticas públicas abordadas.

Por meio da fala dos participantes é possível identificar a falta de conhecimento tanto da PNAISM e da PNAISH, como de seus objetivos. O não conhecimento das políticas chama a atenção, uma vez que, com exceção da PRP3, todos possuíam formação na área da saúde, podendo, inclusive, ter adquirido conhecimento durante o período de formação. Outro fato que chama a atenção é o tempo de atuação na saúde que a PRP3 e a PRP1 possuíam e, mesmo assim, não conheciam com profundidade as políticas em questão. Esse resultado também foi encontrado por Leal, Figueiredo e Nogueira-da-Silva (2012), que observaram que em todas as macrorregiões do Brasil grande parte dos implementadores da PNAISH não a conheciam, uma realidade que prejudica a atuação dos profissionais pois, assim, eles não direcionam suas ações para cumprir os objetivos das políticas.

Sobre a razão do desconhecimento das políticas, a PRP1 acredita que é pouco divulgado pelo Ministério da Saúde e pelo estado de Minas Gerais, inclusive as siglas, pois, como apresentado por ela, os profissionais de saúde trabalham com muitas siglas. Relatou, ainda, que “muitas vezes a gente já trabalha até algumas políticas, mas ela anda junto, dentro das estratégias mesmo, e não é muito, assim, divulgado, como que eu vou dizer, assim, desmembrado, os objetivos, as ações”. Já o PSD1 atribui o desconhecimento ao fato de ter concluído o curso superior e ido trabalhar em hospitais, distanciando-se da atenção básica. Os demais participantes não se posicionaram quanto ao motivo da falta de conhecimento. Esse déficit de conhecimento reforça a falta de visibilidade das políticas, o que foi confirmado por meio das falas dos profissionais. Resultados que colocam em destaque a necessidade de tais políticas serem mais debatidas, estudadas e avaliadas.

Mesmo com pouco conhecimento das políticas, todos os profissionais disseram que elas são importantes para a manutenção da saúde de mulheres e homens, além do esclarecimento e incentivo para que a população procure as unidades de saúde de forma preventiva e frequente. A PRP2 afirmou, “com certeza diminuir a mortalidade, tanta mortalidade e também melhorar a

qualidade de vida”. A PRP3 relatou que a importância está na disponibilidade de exames, como a mamografia e o preventivo, difundindo a prevenção entre as mulheres, já para os homens o PSA (Antígeno Prostático Específico), que auxilia na detecção do câncer de próstata. A PSD2 associou a importância na disponibilização de informações, segundo ela, o município é pequeno e nem todos possuem acesso a informações de outros meios, como na internet.

PSD1 acrescentou relatando sobre a importância de utilizar a sala de espera nos dias em que houver usuários aguardando para consultar com o especialista, como um momento oportuno para deixar orientações, conversar com os usuários, mobilizar para que influenciem outras pessoas a frequentar os espaços públicos de saúde e informar sobre, por exemplo, o tabagismo e as DSTs (Doenças Sexualmente Transmissíveis). De acordo com o participante, seria um momento em que um enfermeiro ou Agente Comunitário de Saúde (ACS) iria expor, por cerca de quinze minutos, sobre uma temática e, de acordo com sua visão, iria prestar uma ótima colaboração para o conhecimento da população.

Quanto ao conhecimento da população sobre as políticas, todos os participantes indicaram que não há, principalmente em relação ao nome das políticas, mas a PRP2 relatou que a população fica ciente quando frequenta o posto de saúde, ou seja, quem não procura não fica sabendo. A PRP3 disse que a população conhece por meio do trabalho dos ACS. Sobre os prejuízos do desconhecimento da população acerca das políticas de saúde a PRP1 afirma que “as pessoas não sabem os direitos que têm, os benefícios que teriam se tivessem o conhecimento dessas políticas” (PRP1). Compartilhando do mesmo entendimento, o PSD1 e a PSD2 indicaram que a causa desse desconhecimento é a falta de informação e que isso acarreta no agravamento da situação da doença. Para a PRP3,

O prejuízo que a população tem é porque quando ele desconhece essa política ele provavelmente ele possa vir um pouco tardio para a assistência, o que ocasiona a esse paciente, a essa população um retardo no tratamento. Porque quando essa população ela faz, e ela trabalha com a prevenção a gente não tem um agravamento maior da situação, porque logo no início ele é detectado, seja qual for a patologia do paciente, quanto mais precoce ele chega para nós nas Unidades de Saúde é a recuperação (PRP3).

Já quando questionados sobre os benefícios do conhecimento das políticas pelos cidadãos, PSD1 apontou para a educação da população, no sentido de informar e realizar ações que tenham a participação da população. Foi também falado de a população estar ciente de seus direitos e ter uma resolutividade mais rápida de seu problema. A PSD2 também abordou a melhoria do conhecimento e da qualidade de vida dos usuários da saúde pública. Diante do que foi exposto, pode-se remeter as falas dos participantes à importância da informação, da

disseminação do conhecimento para o diagnóstico e também tratamento de doenças que acometem mulheres e homens. Ficou clara a preocupação que todos expuseram sobre a celeridade em cuidar da saúde como uma maneira eficaz, fato que remete à importância da atenção básica.

A atenção básica, de acordo com Giovanella e Mendonça (2012), é importante por ser a porta de entrada dos usuários ao sistema de saúde com foco na prevenção e também por ser mais barata aos cofres públicos, como afirma Starfield (2002). Como as políticas fazem parte da atenção básica, foi questionado sobre como a mesma é fortalecida no município. De acordo com as respostas, em Rio Paranaíba, é fortalecida por meio das unidades que o município possui, que ficam abertas oito horas diárias, com a equipe completa, composta pelo médico, enfermeiro e agentes, sendo, ao todo, cinco equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF); e também há uma equipe multidisciplinar, composta por fisioterapeuta, nutricionista e psicólogo, que atende as quatro unidades urbanas e também a rural (PRP3; PRP1).

A PRP1 explicou que o município possui muitas pessoas residindo na área rural, trabalhando em plantações de alho, cenoura, entres outros, e para o atendimento das pessoas que residem na zona rural tem-se o PSF rural, que atende os distritos e os povoados. O médico e a equipe têm um cronograma para atender essa população, que é dividido de acordo com a densidade populacional nos distritos e povoados. Tem-se também os ACSs que fazem as visitas mensais, quinzenais e semanais de acordo com a necessidade de cada família, “se a família é uma família que não tem nenhum paciente com doenças crônicas, esse paciente é atendido mensal, se ele tem alguma comorbidade, ele é quinzenal, se ele tem um paciente acamado a gente disponibiliza semanal” (PRP3).

Para a PRP2 a saúde é relativamente fortalecida, tanto para a população urbana quanto para a rural, sendo que as ações são muito voltadas para quem frequenta os postos de saúde. Destaca, porém, a falta de profissionais para atender a zona rural e acredita que o principal erro que ocorre no município é a falta da busca pela comunidade.

Em Santana do Deserto, foi exposto que existem poucas ações para fortalecer a atenção básica e que, com a pandemia, essas ações foram paralisadas, conforme o relato do PSD1: “não vejo esse fortalecimento não”. Para a população que reside na zona rural é assegurado um número de vagas para as consultas, porém, quando essas vagas acabam, o usuário tem que retornar em outra oportunidade. O município dispõe de uma facilidade que ajuda os residentes da zona rural a serem atendidos nas unidades na zona urbana, que é o contato que os usuários podem fazer com a UBS, requisitando o atendimento, por exemplo, em caso de dor de dente ou

necessidade de vacinação ou consulta. Nesse caso, é disponibilizado um veículo para buscar e também retornar com esses pacientes, isso, pelo fato de o município possuir uma extensão territorial grande com população pequena e por não ter unidade na zona rural (PSD1; PSD2).

A PNAISM menciona a localização de residência como um fator diferenciador para que os usuários possam ter acesso aos serviços de saúde e que os usuários residentes na zona rural possuem maior dificuldade (BRASIL, 2004). Carvalho (2013) discute que os cidadãos residentes na zona rural têm mais possibilidade de sofrerem iniquidades na saúde, pois o acesso à saúde é realizado com mais dificuldade, considerando a localidade da residência. Nesse aspecto, Rio Paranaíba se destaca em relação à Santana do Deserto, pois, pelas falas dos entrevistados, é possível identificar uma melhor organização para atender a população rural.

#### 4.2.5 Ações praticadas nos municípios em relação à PNAISM e PNAISH

Foi importante para o estudo identificar e analisar as ações praticadas nos municípios que eram coerentes com os objetivos das políticas públicas PNAISM e PNAISH. Tal conhecimento é importante para verificar as ações que precisam ser implementadas nos municípios por serem essenciais para a população. Em virtude do ano de 2020 ter sido um ano atípico, que, em decorrência do isolamento social, muitas ações foram suspensas, as falas dos participantes, na maioria das vezes, fizeram menção às ações anteriores à pandemia.

Sobre Rio Paranaíba, foi explicado o trabalho que os agentes de saúde realizavam e que eram voltados para o planejamento familiar, mas que foram suspensos em decorrência da pandemia. De acordo com a PRP1:

Na visita domiciliar o agente de saúde quando vê que, por exemplo, aquela família ou mesmo quando tá gestante já é abordado esse assunto, dessa parte de contraceptivo e os agentes de saúde vão trazendo essas pessoas quando a gente geralmente marca uma reunião, onde é apresentado, geralmente a gente pede para vir o homem e a mulher, o casal, mas hoje em dia a gente tem muita procura de, por exemplo, só da mulher (PRP1).

Nessas reuniões são apresentados os métodos contraceptivos, para que os participantes analisem e decidam qual escolher. Na reunião já é realizado o agendamento para o retorno com a enfermeira, no qual é informado o método que será utilizado e realizado os procedimentos adequados para o método escolhido. Nesse trabalho do planejamento familiar, é disponibilizado, para as mulheres, o DIU, o anticoncepcional e, caso seja necessário, a laqueadura. Porém, a laqueadura é um procedimento mais complexo e não é realizado no

município, havendo, assim, uma demora na concessão da vaga. Para os homens, é disponibilizado o preservativo e a vasectomia, que é um processo simples e ambulatorial, realizado no próprio município (PRP3; PRP1). A PRP2 relatou não ter presenciado nenhuma ação sobre a informação e incentivo sobre o uso dos métodos contraceptivos e que a orientação é realizada dentro do consultório, embora atribua que sua experiência com esse assunto possa ser devido à pandemia, que ocorreu paralelamente ao início de suas atividades no município.

Em Santana do Deserto eram realizadas palestras explicando os métodos e também disponibilizados os métodos contraceptivos, como o anticoncepcional e a colocação do DIU para as mulheres (PSD1; PSD2). Para os homens, são disponibilizados o preservativo e a vasectomia que, assim como em Rio Paranaíba, também é realizada no próprio município (PSD1).

Sobre os materiais informativos para a população sobre a saúde das mulheres e dos homens, em Rio Paranaíba foi indicado que são feitos materiais esporadicamente, como no mês de outubro e em novembro, meses em que a saúde da mulher e do homem estão em evidência, respectivamente (PRP3). No dia a dia não é distribuído esse tipo de material para a população (PRP1). Os assuntos dos materiais informativos geralmente são os exames de Papanicolau, o Antígeno Prostático Específico (PSA) e outros exames de rotina (PRP2). Além disso, tem-se um programa na rádio da saúde, que acontece toda sexta-feira e que é utilizado para intensificar as informações sobre a saúde das mulheres e dos homens. Já em Santana do Deserto, os únicos materiais informativos são os distribuídos pela Superintendência, que vêm do estado para o município. Os assuntos dos materiais informativos são sobre câncer de mama, próstata, DST e gestação (PSD2). De acordo com o PSD1, “o município, por exemplo, não faz uma cartilha educativa [...] é só mesmo o que o estado fornece para o município, que para ser sincero é quase nada”.

Embora não seja apenas por meio de materiais informativos que mulheres e homens terão acesso às informações necessárias, a falta de informação pode gerar resultados negativos para a população, pois esses materiais constituem mecanismos importantes pois muitos possuem vergonha de perguntar e se comunicar com os profissionais sobre a saúde, principalmente a sexual.

Quando questionados sobre as ações realizadas para grupos distintos, como lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais, trabalhadores rurais, mulheres e homens negros, com deficiência, em situação de rua, de violência, de prisão e para os idosos, em Santana do Deserto foi dito que:

Não tem atendimento nenhum, não tem nada separado. Ah vamos fazer isso aqui para orientação, não tem, não sei te dizer se de repente na assistência social, lá no CRAS, quando procura algum apoio se é dado esse apoio, aí eu não sei te falar, foge do meu conhecimento, entendeu. Mas aqui na saúde, não tem não (PSD1).

Já a PSD2 relatou que existiam ações voltadas para os idosos como palestras, reuniões, prática de exercícios ao ar livre e para o entretenimento. Segundo a participante, algumas ações eram realizadas em parceria com o CRAS, como as ações voltadas para o entretenimento.

Em Rio Paranaíba, haviam ações voltadas para os idosos em parceria com o CRAS, sendo realizados dois encontros na semana com um grupo de idosos (PRP1). Para os trabalhadores rurais, a PRP1 relata que “como é uma região muito forte nessa parte rural, a gente sempre faz ações em parceria com as fazendas, porque são pontuais, quando é marcado a gente leva a vacina, sempre tem uma palestra, algumas questões que a gente faz”. A PRP3 complementou expondo: “a gente ultimamente não anda fazendo, porque a gente não pode [...] cortou todas essas nossas ações, mas a gente já fez muitos trabalhos educativos, informativos, de campanha de vacina nessas áreas rurais”, a interrupção apontada pela participante é decorrente da pandemia da Covid-19.

Além disso, duas equipes faziam o atendimento quinzenal noturno com o horário estendido para atender os trabalhadores rurais, pois de acordo com a PRP1: “eles chegam quatro, cinco horas da tarde. Então quando a equipe percebe que há uma demanda para isso, ela faz esse agendamento, só para trabalhadores rurais, e faz atendimento estendido até às 19 horas, mas aí é só para agendamento mesmo. Não é procura espontânea”. Na literatura, o horário de funcionamento aparece como um fator dificultador que influencia na saúde, pois a coincidência entre o horário de atendimento com o horário de trabalho é mais uma barreira e a solução para essa dificuldade é a ampliação do horário de atendimento, como realizado em Rio Paranaíba.

O atendimento com o horário estendido acontece somente por meio de agendamento, pois a equipe de saúde de Rio Paranaíba já tentou por demanda espontânea, porém não obteve o retorno esperado, por isso optou-se por trabalhar dessa forma. Foi informado que para os outros grupos não há ações específicas. A PRP2 compartilhou que já aconteceu de atender algumas mulheres vítimas de violência doméstica e que não há muito o que ser feito. A temática violência ainda necessita de muita atenção pública para que situações como essa tenham ações formuladas para seu enfrentamento, pois é uma situação delicada e que afeta não só a saúde das mulheres, mas também de outros indivíduos que convivem com essa realidade, como os filhos

(BUENO; LOPEZ, 2018; RODRIGUES et al., 2016).

Quando perguntados sobre os eventos específicos para mulheres e homens durante o ano, foi mencionado pelos participantes o Outubro Rosa, com o foco voltado para exames, como a mamografia e o Papanicolau, e ações de informação. A esse respeito a PRP1 relatou: “antes da pandemia a gente fazia as reuniões com, às vezes, até um bingo para oferecer os brindes”, pois como relatado por ela, a população participa apenas se houver algo atrativo, e acrescentou que não utiliza mais o termo palestra, mas sim encontro ou roda de conversa para despertar o interesse. A PRP1 disse que mesmo tendo o Outubro Rosa, não é neste mês que se realiza maior número de exames, sendo o trabalho desenvolvido durante todo o ano. Segundo a participante, não é eficiente realizar uma grande quantidade de exames em um único mês, pois o laboratório demandará de um tempo maior para disponibilizar os resultados, sendo importante realizar o trabalho durante os meses do ano. Além disso, relatou que “cada equipe tem sua meta mensal de coleta de preventivo, então, isso é monitorado para que todas as equipes atinjam a meta todos os meses”. Diferentemente, em Santana do Deserto, há a disponibilização de mais vagas de exames durante os meses mencionados, além de haver um grupo específico de atendimento às gestantes (PSD1; PSD2).

Para os homens, foi relatado o Novembro Azul, que em Santana do Deserto possui como ação a disponibilização de informações, distribuição de faixas informativas e cartazes nos ambientes públicos de saúde e também em alguns pontos de via pública (PSD1; PSD2). Em Rio Paranaíba, foi também relatada a disponibilização de informações, porém a participante PRP1 voltou sua fala às ações que são realizadas nas fazendas, voltadas para os homens, que são a maioria. Todos os participantes ressaltaram que a participação dos homens nos eventos promovidos é pequena, quando comparado às mulheres. Paiva et al. (2020) e Pereira, Klein e Meyer (2019) também relataram em seus estudos a dificuldade que os homens possuem em participar dos serviços que são oferecidos na saúde de forma espontânea, além de constatarem que o autocuidado é raro.

Com relação às parcerias, em Rio Paranaíba, novamente, as fazendas prevaleceram. A articulação de parcerias com empresas privadas é uma estratégia positiva, que demonstra uma boa oportunidade de articular ações que aproximem os homens dos ambientes públicos de saúde (MOZER; CORRÊA, 2014). Nesse caso, os assuntos a serem abordados são apresentados pelo solicitante, como pode ser observado na fala da PRP1:

Muitas vezes a gente já vai meio voltado para o que eles trazem, mas a gente trabalha muito a questão de doenças transmissíveis, que entra no caso tanto para a mulher como

para o homem, e quando a gente faz essas ações a gente leva preservativo onde é distribuído (PRP1).

Outras parcerias mencionadas nos dois municípios foram com o CRAS e com a Secretaria Municipal de Educação. No CRAS, a PRP3 relatou as ações com idosos e gestantes, e o PSD1, a existência de um grupo de idosos que participavam de passeios, e outro que discutia questões relacionadas à alimentação, como sua importância na prevenção de algumas doenças. Foi ainda relatada a preleção de palestras educativas voltadas para a educação sexual, vacinação, entre outros assuntos (PRP1; PSD1).

Quando mulheres e homens necessitam acessar a atenção secundária e terciária, foi exposto que, na maioria das vezes, tudo se inicia na atenção básica e após a identificação da necessidade, o usuário é encaminhado para a atenção secundária ou terciária. Em Rio Paranaíba acontece da seguinte forma:

A gente redireciona ele [o usuário] para a equipe dele e aqui a gente direciona a secundária para Patos de Minas, que lá tem o CEAE, que é o Centro Estadual de Atenção Especializada e tem todo o atendimento para mulher, desde uma alteração no preventivo, de mama, essas questões de tratamento hormonal para transexualidade, vamos falar assim, lá também faz esse atendimento, pros HIV positivos, tudo é encaminhado para o CEAE, e posteriormente, se precisar ir para o terciário, aí já o atendimento fica ou Belo Horizonte, se for tratamento de câncer, algum tipo de câncer, aqui a gente, a maioria dos nossos, quase, vou falar 100% não que eu ia tá mentindo, mas 80% dos nossos pacientes aqui de Rio Paranaíba fazem tratamento em Barretos, que é no estado de São Paulo. A gente tem uma casa de apoio lá no município, uma casa que as pessoas quando vão para tratamento têm esse apoio, dessa casa que é de Rio Paranaíba lá. E a gente oferece o transporte, ele vai pra lá três vezes na semana, segunda, quarta e sexta tem carro que vai para lá, então, por exemplo, se você tem um exame que é na segunda, sai de madrugada, todos os pacientes (PRP1).

Em Santana do Deserto, o município de referência é Juiz de Fora. O município faz parte do consórcio de saúde da Agência de Cooperação Intermunicipal em Saúde Pé da Serra (Acispes), no qual os usuários recebem a atenção secundária e terciária (PSD1). Assim, o contato inicial é com a atenção básica e é o médico que irá direcionar o usuário para a atenção secundária ou terciária, sendo a marcação e o transporte realizados pelo próprio município (PSD2).

De forma geral, os processos indicados pelos participantes são semelhantes. A PRP2 chamou a atenção para a dificuldade que é encontrada em algumas áreas e procedimentos, sendo um processo demorado. Quando questionada sobre as áreas e os procedimentos mais demorados, a participante respondeu explicando que seria mais fácil falar sobre os que têm o acesso mais rápido, como exemplificado a oncologia, o pré-natal de risco e a hemodiálise.

Com relação às ações realizadas para as gestantes em Rio Paranaíba, foi apresentada as

ações iniciais para a gestante dentro da UBS, como é realizado seu acompanhamento com os profissionais de saúde e as ações de informação e apoio que são promovidas, como pode ser identificado por meio das falas:

Geralmente a gente oferece na UBS, a gente tem teste rápido de gravidez, caso alguém já procure, a enfermeira já tem isso para tá realizando na hora. O primeiro atendimento é realizado pela enfermeira onde ela faz já todos, a gente faz todos os testes rápidos nas unidades, HIV, Sífilis, Hepatite B, Hepatite C, ela já faz nesse primeiro atendimento, já solicita todos os outros exames e já agenda para o atendimento com o médico. Então, geralmente é atendido um mês pela enfermeira, outro mês pelo médico [...] Quando ela estiver com 32 semanas, após as 32 semanas, ela é encaminhada para o atendimento com a obstetra que a gente tem, que faz o atendimento uma vez por semana, aí ela atende tanto a parte de ginecológica, como as gestantes, então, aí depois que ela vai, ela fica com a enfermeira e com a ginecologista. A atenção primária não perde o vínculo, porque todo o agendamento é realizado pela atenção primária (PRP1).

A gente faz os encontros com as gestantes, faz as palestras e no final a gente faz esse kit, entrega esse kit para as gestantes, então a gente trabalha os últimos meses, a gestante ela tem que ter sete encontros para que ela receba esse kit, justamente por isso, porque nesses encontros é que a gente vai educar essa mãe, como higienizar o bebê, amamentação correta, a parte da alimentação, então assim é uma gama que é trabalhado com essas gestantes (PRP3).

Em Santana do Deserto, o PSD1 relatou que no município já teve a Rede Cegonha, em que um grupo das gestantes era acompanhado durante toda a gestação e, no final do acompanhamento, cada gestante recebia um kit com banheira, fralda e mamadeira, porém a estratégia Rede Cegonha não permaneceu. Quando perguntado sobre a participação dos pais nessas ações e também no acompanhamento do pré-natal, todos os participantes disseram que a maioria deles não participa das ações promovidas. A PRP1 relatou que essa ausência dos pais é causada pela falta de atestado médico para o homem que acompanha a gestante, o que acarreta a falta no trabalho, e também pela questão cultural, que afasta os homens do acompanhamento, principalmente quando a consulta é realizada nos serviços públicos, como apresentado:

É dado um atestado, o de comparecimento, então ela [a gestante] consegue e assim não tem, a gente não percebe que tem muita essa cultura do homem está participando, porque principalmente o SUS atende muito [...] a gente percebe assim, por exemplo, no dia que a gestante vai no particular geralmente o pai tá aí junto, a gente percebe que é questão de cultura mesmo e de necessidade mesmo (PRP1).

A presença dos homens se mostrou aquém do esperado tanto nos eventos e ações promovidos, como também no acompanhamento das mulheres grávidas. Isso influencia diretamente no planejamento familiar, em que também é importante que os homens estejam presentes e cientes de sua responsabilidade. A proximidade dos homens dos espaços de saúde

colabora, inclusive, para estimular que façam o acompanhamento de sua saúde, seja preventiva ou em decorrência de algum sintoma que eventualmente tenham.

Ações importantes e que foram pouco identificadas são as voltadas para o combate à violência doméstica e sexual, sendo que em Santana do Deserto, de acordo com o PSD1 não existem ações nesse sentido pelas equipes de saúde. A PSD2 explicou que estavam iniciando um trabalho voltado para a temática, porém com a pandemia o trabalho não teve continuidade: “nós estávamos começando a referenciar esse tema, no final de 2019, mas depois o planejamento caiu por terra” (PSD2). A violência ainda necessita de maior atenção, para que seja considerada na proporção que verdadeiramente se apresenta, destinando estratégias para que o município avance nos cuidados às vítimas. A literatura apresenta ações de combate à violência contra as mulheres, como as ações em outros setores ou de caráter intersetorial e a capacitação dos profissionais de saúde para conseguirem lidar com essas situações, além de outras voltadas para o aprimoramento da legislação, que também possui um papel muito importante no combate à violência (PASSOS; TELLES; OLIVEIRA, 2019; SILVA et al., 2019; BATISTA; SCHRAIBER; D’OLIVEIRA, 2018).

Em Rio Paranaíba, foi relatado que quando os agentes percebem algum tipo de violência, o assunto é levado até a equipe, que procura abordá-lo de alguma maneira. Porém, a participante PRP1 informa que é difícil “porque essa família geralmente se distancia da equipe”. A participante exemplificou com um caso que aconteceu no município, que expressa a dificuldade que ainda existe em combater a violência:

A gente já teve aqui caso, por exemplo, até na zona rural, uma adolescente que sofria abuso sexual dentro de casa e assim, a equipe sofreu ameaça pelo pai dessa adolescente, porque a mãe trouxe para o atendimento e o irmão abusava dela e o pai não aceitava que acontecia isso, então, assim, a equipe teve um problema muito grande porque ele começou a ameaçar, que aquilo era mentira, que estava inventando, inclusive, eles mudaram da região que eles moravam (PRP1).

A falta de ações bem estruturadas para o combate da violência e da assistência às vítimas faz com que as pessoas necessitadas não tenham o apoio necessário, principalmente pelo medo de que uma atitude de ajuda se converta em distanciamento dos postos de saúde, das UBSs e dos ACSs.

Todas as ações, estratégias e informações para a população são importantes, principalmente nos momentos, no decorrer do ano, em que a saúde da mulher e do homem esteja em evidência. Propor uma aproximação com o público-alvo é fundamental para a conscientização.

Segundo Gomes, Nascimento e Araújo (2007), existe o pensamento de que a utilização dos serviços de saúde de forma preventiva pelos homens coloca em risco sua masculinidade e poderiam ser associados à fraqueza. Por meio desse apontamento, visualiza-se com mais clareza a dificuldade de realizar um evento que faça com que os homens compareçam de maneira espontânea, visando uma antecipação de problemas de saúde mais frequentes, normalmente sua presença é condicionada à obrigatoriedade de participar, como foi apresentado nos eventos que ocorrem nas fazendas em Rio Paranaíba.

Uma estratégia interessante e válida utilizada em Rio Paranaíba foi alterar o nome do evento para “encontro” ou “roda de conversa” e também articular alternativas para atrair o público-alvo. Para aumentar a participação masculina é interessante promover a busca ativa estruturada a partir de um plano de intervenção com estratégias para conscientizá-los sobre a importância de cuidar da saúde de forma preventiva. A conscientização tem um papel importante para que se possa alterar o comportamento dos homens de forma permanente. Ademais, a capacitação dos profissionais de saúde também constitui uma importante medida para que os mesmos possam estar aptos a realizar a busca ativa e prestar um serviço de qualidade considerando as especificidades em torno da saúde dos homens.

#### 4.2.6 A demanda das políticas públicas PNAISM e PNAISH pelos cidadãos nos municípios

Uma política é criada para atender às necessidades da população e para fazer com que as diferenciações sociais sejam minimizadas, conforme apresentado por Rua (2014). Todavia, mesmo que a política seja estudada, analisada, formulada e implementada, pode ser que, por algum motivo, necessite de alterações ou até mesmo de extinção. Desse modo, a demanda e os resultados atribuídos são indicativos relevantes para sua continuidade ou não. Nesse sentido, quando perguntado se as políticas públicas de saúde atendiam às necessidades dos cidadãos, a PRP1, a PRP2 e a PRP3 apresentaram que sim, justificando os atendimentos realizados no município.

A resposta das participantes pode ser confrontada com as ações praticadas em Rio Paranaíba e, a partir disso, é possível analisar que as respostas possuem uma visão minimizada do quanto a política pode ser ampla. Isso porque suas falas não abrangem as ações que as políticas vislumbram por completo, faltando ações concretas e que sejam coerentes com os objetivos das políticas. Essa constatação mostra o distanciamento existente entre as políticas públicas e a prática profissional, denotando a necessidade de implementar mais ações para que

a saúde possa melhorar e se tornar uma área de mais inclusão.

A PSD2 respondeu que não sabia responder com precisão se atendem ou não às necessidades da população. A resposta da participante apresenta o baixo conhecimento acerca das políticas públicas PNAISM e PNAISH, além disso, seu posicionamento gera questionamentos no sentido de descobrir os impactos que tal impressão tem sobre a implementação de políticas públicas e também do conhecimento das demandas dos cidadãos em geral. O PSD1 disse que não atende, conforme pode ser confirmado:

Falta mais incentivo dessas políticas, eu acho que a falta, igual eu estava te explicando a falta do conhecimento dessa política é muito importante, eu acho que assim, de repente mais profissionais não só capacitados, mas se capacitarem para desenvolver mais esses programas que é muito interessante para a população, então eu acho que está faltando de repente esse feedback aí (PSD1).

Quando perguntado se as políticas podem ser melhor aproveitadas, somente a PRP3 disse não conseguir afirmar com certeza, sendo que todos os outros participantes mantiveram uma posição favorável. A PRP1 justificou que caso tivessem mais conhecimento, não só os profissionais como a população também, as políticas seriam melhor aproveitadas. A PRP2 justificou afirmando que

As políticas visam muito o apoio a melhorar a saúde da mulher e o apoio mesmo tanto da mulher quanto do homem e se colocasse em prática, tipo assim, colocasse a conhecimento de toda a comunidade, acho que tanto as pessoas exigiriam mais e como os políticos, os profissionais começariam a atender e a realmente a executar, que é o que seria fantástico, que aí sim poderia ajudar as mulheres, com certeza, dá um apoio amplo, tanto de prevenção contra o curativo mesmo (PRP2).

O PSD1 justificou: “que tanto essa política para o homem quanto essa política para a mulher, seriam um conhecimento para população, em benefício da população, não só para os profissionais de saúde”.

A PNAISM e a PNAISH abordam importantes pontos da saúde de mulheres e homens que poderiam ser trabalhados nos municípios, como foi verificado quando se abordou a questão da violência, que não foram relatadas ações em nenhum dos municípios. Aproveitar as políticas significa aproximar ao máximo dos objetivos construídos em seus documentos e quanto mais próximo, mais serviços são oferecidos para a população e uma rede maior de proteção é formada.

É importante ressaltar que as condições dos municípios, como disponibilidade de profissionais e as condições estruturais e econômicas são fatores que influenciam a saúde

pública (VIACAVA et al., 2012) e são consequências do desmonte da saúde pública, do desfinanciamento e da privatização da saúde (SILVA et al., 2013). Tais condições nem sempre serão favoráveis à implementação de políticas amplas que não considerem somente questões biológicas e de doença. Sempre é possível haver melhoria em alguma política ou programa, o que é importante ser observado na busca de melhorias constantes.

Tratando-se ainda da atenção básica, assegurando a importância que ela representa e, das condições, muitas vezes, precárias que, principalmente, os municípios pequenos possuem, essas melhorias devem ser frequentes. Os profissionais precisam ser constantemente incentivados a se manterem atualizados com as novidades, com os novos aprendizados e com a necessidade de um amadurecimento sobre as questões relacionadas ao gênero, que ainda são questões que merecem mais discussão e entendimento da relevância que possui nos cuidados médicos da população.

#### 4.2.7 A percepção dos profissionais da saúde sobre as dificuldades de efetivação, acesso e uso do sistema pública de saúde

A saúde é uma das áreas governamentais que, por diversas vezes, destaca-se pelas dificuldades que enfrenta, seja em sua estrutura, recursos ou até mesmo insumos básicos, que são fatores que influenciam no desempenho da saúde pública, como indicado por Viacava et al. (2012) e Solar e Irwin (2010). Diante da importância de compreender as dificuldades que os profissionais de saúde enfrentam diariamente no exercício de suas atividades e da população para acessar os serviços, considerando as dificuldades relacionadas ao gênero, direcionou-se aos entrevistados algumas perguntas nesse propósito.

Os burocratas de nível de rua possuem uma posição muito próxima aos cidadãos, interagem diariamente com eles (LIPSKY, 1980). Por meio dessa aproximação e da prestação de serviços conseguem identificar com mais facilidade as dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde e pela população. Os burocratas desempenham um importante papel para os cidadãos, pois são eles que entregam os serviços públicos.

Quando questionado se os participantes escutavam reclamações dos usuários sobre os serviços prestados para mulheres e homens, todos indicaram que sim e houve um consenso nas respostas dos participantes quanto à percepção das reclamações encontradas em ambos os municípios. A principal reclamação encontrada foi em relação à demora, tanto na realização e resultado de exames, quanto de consultas com especialistas. A PRP1 exemplificou que a falta

do atendimento do urologista no município, que por fazer parte do grupo de risco da Covid-19 paralisou o atendimento, tem gerado reclamações, principalmente dos homens mais velhos, que gostariam que voltasse o atendimento no município. Como já apresentado, Rio Paranaíba tem o apoio do CEAE para o atendimento quando este não é ofertado no município, porém, a PRP3 relatou que o número de vagas no centro é limitado, o que faz com que a demora seja ainda maior que dentro do próprio município. A reclamação identificada nos dois municípios está ligada ao desmonte da saúde pública, à falta de recursos humanos e materiais que gera a redução da capacidade pública de realizar os atendimentos conforme a demanda.

Outra reclamação foi em relação aos exames, medicamentos e procedimentos que não são ofertados pelo SUS (PRP2), sendo necessário que o usuário utilize de uma ação judicial para que o município forneça o exame, o medicamento ou o procedimento, conforme exposto pela PRP3. A situação de precariedade acaba por fortalecer o setor privado de saúde, em que pessoas que podem pagar pelos atendimentos não esperam, ocorrendo a evolução natural dos planos privados (COTTA et al., 1998). Conforme relatou o PSD1, não se tinha reclamações do serviço prestado pelos profissionais de saúde, e complementou: “falo com os colegas, que nós não estamos fazendo favor para ninguém, nós estamos fazendo nossa obrigação, então nessa da gente atender o paciente, o paciente sai daqui muito satisfeito, sai daqui com satisfação imensa, agradecendo muito o que foi feito”.

Para atenuar as reclamações apresentadas, a gestão de saúde dos municípios trabalhava com os consórcios e convênios. Além disso, quando o sistema de saúde pública não ofertava a necessidade do usuário, por exemplo, quando um medicamento ou o processo apresentava morosidade, o município sempre procurava atender da melhor maneira, com o que fosse necessário para que os cuidados fossem realizados.

Em relação à diferença de dificuldades de acesso por mulheres e homens, foi apontado por todos os participantes que existem tais diferenças, o que divergiu foi a percepção dos participantes quanto às dificuldades. A PRP1 apontou a questão cultural, em que o homem só procura quando não tem mais jeito, já a mulher, segundo a entrevistada, não possui nenhuma dificuldade de acesso e quando percebe que há um problema de incompatibilidade de horário por causa do trabalho é realizado o agendamento e, por exemplo, é feito o exame à noite ou no sábado. A PRP2 já citou que as dificuldades para os homens são o trabalho e as informações e que as mulheres têm mais facilidade e apoio. Um fator importante apresentado tanto pela PRP1 quanto pela PRP2, foi a falta dos atendimentos do urologista no município, situação que não ocorre com as mulheres, que possuem o atendimento ginecológico em normalidade. A PRP3

apontou que é preciso um trabalho mais intensivo com os homens, estar “puxando-o”, a mulher “já é mais espontânea, ela já procura mais o serviço, ela já interessa mais”. A PSD2 disse que as mulheres frequentam os estabelecimentos de saúde sem nenhum problema, mas os homens não, mesmo os homens que estão aposentados que possuem mais disponibilidade de tempo. O PSD1 já abordou:

Eu vejo que a mulher hoje por ainda ter aquela situação de ser dona de casa, muitas vezes não trabalhar fora, ela tá mais cuidando da família o acesso dela a UBS é muito maior que do homem, por exemplo, se tem um pediatra hoje se tem que trazer a criança ao pediatra quem vem é a mãe não vem o pai, se tem que trazer o exame do marido para marcar, quem vem trazer esse exame é a mulher não o marido, então é muito isso, entendeu, eu vejo que essa, não é questão de dificuldade é questão assim, me parece por a mulher tá ‘em casa’ ela acaba vindo mais a UBS (PSD1).

Por meio da fala do participante é possível identificar o que o papel de cuidar de todos na família ainda recai sobre a mulher. Farah (2004) explica que a priorização da mulher em políticas públicas de saúde é em decorrência de sua função na família, que gera resultados para os integrantes e também para a sociedade. McDonough e Watters (2001) acreditam que a mulher possui mais estressores em suas vidas devido aos papéis sociais que possuem e as distribuições de recursos, isso ocorre por causa das demandas e obrigações que possuem, atribuindo mais responsabilidades no papel que a mulher desempenha na sociedade. Isso acaba por reforçar o comportamento dos homens de não se fazer presente na saúde dos filhos, no planejamento familiar, e no cuidado de sua própria saúde, aumentando ainda mais a distância até os cuidados de saúde.

Em Rio Paranaíba, especificamente para as mulheres, a dificuldade apontada no acesso aos serviços de saúde foi a existência de um enfermeiro homem para realizar a coleta do preventivo na zona rural, fato que gera desconforto nas mulheres (PRP1). Um relato semelhante tem o PSD1 de Santana do Deserto, que apresentou:

Já vivenciei uma situação pelo seguinte, o ginecologista é homem, não tem uma ginecologista mulher, é um ginecologista homem. Então, já tive paciente, aí o homem veio até mim, ah poxa minha esposa tá precisando passar pelo ginecologista, eu queria que fosse uma mulher, e a gente tem que respeitar essa situação, nós como profissionais da saúde a gente sabe, eu não vejo problema nenhum em ir num urologista mulher, não vejo, mas lógico que tem pessoas que tem lá, ah eu não quero. Então, assim, a dificuldade hoje aqui no município maior seria essa situação do ginecologista (PSD1).

Outra dificuldade seria o de acesso das mulheres à atenção secundária, que possui um número reduzido de disponibilidade, prolongando seu período na fila de espera (PRP3).

Complementando, a PRP2 relatou que são poucos profissionais para atender a demanda, que é grande. A PSD2 abordou a distância para as mulheres que residem na zona rural, mas explicou que nesses casos elas podem solicitar o transporte disponibilizado pelo município, e que além dessa possível dificuldade não existe nenhuma outra.

Já para os homens foi relatado a questão do horário de funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, que é semelhante ao horário de trabalho, o que desestimula a busca pelos serviços, e a falta do urologista em Rio Paranaíba pela rede pública (PRP2). Além disso, a participante também relatou o fato de não ter tantas políticas públicas de saúde voltadas para os homens. O horário de funcionamento também foi relatado em Santana do Deserto, que diferentemente de Rio Paranaíba não existe a possibilidade de o atendimento ser realizado com horário estendido ou no sábado, segundo o PSD1:

Hoje para você colocar a UBS para funcionar vamos pensar até às 19 horas tem que ter um enfermeiro, não pode funcionar sem o enfermeiro, você tem que ter uma licença da Superintendência de Saúde para você funcionar até esse horário e a questão do custo com o profissional médico, que o médico também igual eu te falo a gente não tem, a gente tem dois médicos que reside no município, com residência no município, o problema que 1 é do PSF então ele trabalha de segunda a sexta de 7 às 4, e o outro é clínico trabalha 2 vezes por semana, mas o horário dele é só até às 4 horas, então assim, e o médico que vem de fora ele não quer ficar aqui até às 19 horas pra ir embora para outra cidade à noite, não quer, entendeu. Então, tem toda essa dificuldade, existe sim proposta, a secretária já falou de repente vai conseguir aumentar esse horário aí de atendimento, mas isso tudo tem que ser conversado, tem que ver se a Superintendência libera, que não é tão fácil (PSD1).

O horário de funcionamento é, de fato, um fator dificultador, todavia existem alternativas que podem ser adaptadas para atender a população que necessita de um horário alternativo de atendimento, como já mencionado. Essas dificuldades insinuam e evidenciam ainda mais a situação na qual os homens se encontram quando se discute saúde. A situação da falta do horário estendido em Santana do Deserto, apesar de ter sido mencionada quando perguntado sobre a saúde dos homens, é uma ação que iria beneficiar todos aqueles que dependem do serviço público de saúde e que em seu horário normal de atendimento, tem dificuldade de estar presente, favorecendo mulheres, homens, crianças, idosos. Outro fator importante mencionado é a falta de políticas públicas de saúde para os homens, realmente o foco maior sempre esteve nas mulheres, talvez seja o momento de resolver problemas atuais, focando em lacunas que, histórica e culturalmente, confirmaram-se e se solidificaram. O papel da mulher exposto pelas falas é complexo, o que a posiciona como aquela que adquire mais uma função, a de cuidar da saúde dos homens, o que acaba por reforçar, ainda mais, a falta de necessidade de os homens fazerem exames de rotina, de comparecer às consultas e de se

preocuparem com a própria saúde.

As dificuldades encontradas diariamente na saúde evidenciam como a discricionariedade muitas vezes é utilizada pelos profissionais de saúde que vivem em uma linha tênue entre cumprir normas e lidar com as condições de implementação e com as demandas dos cidadãos que nunca se esgotam (LIPSKY, 2010), sendo necessário adequar a atuação de acordo com o cenário existente. Além disso, Lipsky (2010) aponta a controvérsia política que envolve os burocratas, que, são pressionados, de um lado, para aumentar a efetividade e, de outro, pelas demandas dos cidadãos, ou seja, sofrendo pressão pela instituição e pelos cidadãos, sem contar as condições de recursos que os burocratas possuem para desempenharem suas atividades.

#### 4.2.8 A Divulgação das políticas públicas PNAISM e PNAISH

Para que a população tenha conhecimento das políticas públicas de saúde é necessário um esforço conjunto dos profissionais de saúde, da Secretaria Municipal de Saúde, das parcerias firmadas entre saúde e movimentos sociais, empresas privadas e outras áreas de responsabilidade do Estado para realizar a divulgação das mesmas. A relevância do papel dos movimentos sociais é percebida desde a luta pelos direitos na saúde e, certamente, são um apoio no momento de divulgar as conquistas para a população. A parceria com empresas privadas possibilita a abertura desses locais para divulgação de informações úteis, eventos de conscientização e a aproximação com o público-alvo. A divulgação também serve de incentivo para que a população vá até os espaços de saúde pública, chamando a atenção da população.

Quando perguntado como a população fica sabendo das políticas PNAISM e PNAISH, todos os participantes relataram que é por meio das ações e campanhas que são coerentes com as políticas. Todavia, apesar de se terem ações que sejam coerentes com as políticas, divulgá-las é um movimento diferente que implica na população conhecer seu nome e seus principais objetivos, ou seja, os pontos fundamentais, como acontece com o SUS e com outros programas e políticas públicas amplamente difundidos na sociedade brasileira.

A divulgação pode ser alcançada de diferentes formas, e não apenas por meio dos profissionais de saúde ou nos ambientes de atendimento e em veículos de comunicação em massa. Os movimentos sociais e populares representam uma maneira de formar parcerias e difundir políticas públicas, considerando sua proximidade com a população e a confiança que é gerada nessa relação, porém nem em Rio Paranaíba nem em Santana do Deserto existe este

tipo de parceria.

Quanto aos meses do ano que as políticas possuem maior destaque, foi citado pelos participantes o Outubro Rosa, como o mês de destaque para as mulheres, e o Novembro Azul para os homens. A PRP3 explicou que são meses que: “o município faz uma diferenciação, que a gente vai buscar mais coisas a ofertar para essas pessoas nesses dois meses, a gente faz um trabalho mais intensivo, de prevenção, de orientação”. Ainda segundo a participante, nesses meses são realizadas palestras e também, como mencionado anteriormente, é utilizado do programa na rádio para ampliar a divulgação de informações, o programa acontece toda sexta-feira e tem duração de vinte minutos, possui uma escala com os profissionais da saúde em que cada um fala sobre um tema atual ou de acordo com o que é abordado em determinado mês. Complementando, a PRP2 relatou que o posto de saúde é enfeitado com a temática do mês, folhetos são distribuídos e acrescentou que fora desses meses ela não observa informações nesse sentido.

A PRP1 falou ainda sobre o Dezembro Vermelho, que tem como campanha a prevenção da AIDS, tema este que, segundo a participante, está vinculado à prevenção das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), entretanto esse cuidado não é somente em dezembro, inclusive a participante cita um exemplo:

Já teve uma vez que a Superintendência Regional de Saúde ia ter alguns kits de, por exemplo, de teste rápido para HIV que iam vender e eles ofereceram para algum município que gostaria de fazer algum trabalho e a gente fez parceria aqui com a Universidade e a gente foi para lá, a gente ficou três dias lá realizando, com procura espontânea dos estudantes e aí nesse ponto lá a gente tinha a enfermeira que fazia a coleta e a gente também levou o médico, porque caso algum desse, todos eram atendidos o médico que passava o resultado (PRP1).

Sobre o papel que possuem para a divulgação das políticas enquanto servidores públicos, a PRP1 disse que seu papel “está meio falho” e justificou que quanto mais incentivada a conhecer, mais iria trabalhar, e concluiu que: “como servidora eu também não faço muita divulgação das políticas não”. A falta de proximidade com as políticas PNAISM e PNAISH implica na pouca ou falta de divulgação das mesmas. A falta de conhecimento e incentivo são questões chaves para compreender o porquê de não realizar a divulgação de políticas importantes que poderiam melhorar significativamente a saúde de mulheres e homens, pois não há divulgação sem antes ocorrer o conhecimento e o entendimento.

A PRP2 percebe que seu papel é ministrar palestras em diferentes locais e em diferentes meios de comunicação para informação e conhecimento da população. Segundo a PRP3, sua função é intensificar com a coordenação para realizar a busca ativa, para que haja atenção aos

usuários em busca de diminuir a incidência dos tipos de câncer que atingem mulheres e homens e proporcionar para a população os exames anuais que necessita. O PSD1 disse que seu papel é: “estar chamando o enfermeiro do PSF, mostrando, divulgando, falando” e complementou “tô te falando, tá sendo uma aula, e assim, uma aula muito satisfatória. Vejo que o nosso município aqui tem muita coisa para fazer e coisas boas e, sinceramente, simples de fazer, fácil de fazer, não é nada, assim, eu vou ter que transformar, não, lógico que não”.

A PSD2 disse que não é seu papel divulgar, mas sim dos ACS, enfermeiros e médicos, pois, segundo a participante, a mesma não realiza nenhuma divulgação. A visão reduzida de sua participação na divulgação pela secretaria de saúde de Santana do Deserto é um alerta, pois, como gestora, seu papel é coordenar e acompanhar todo o processo de implementação das políticas públicas para que um trabalho de qualidade seja realizado no município, não minimizando a responsabilidade que outros profissionais de saúde também possuem, como os citados pela participante. Inclusive, esse relato justifica a classificação que o município obteve nos índices de saúde feminino e masculino.

A falta de conhecimento dos participantes sobre as políticas PNAISM e PNAISH reflete na falta de conhecimento da população, promovendo um ciclo vicioso, uma vez que, para que haja uma boa divulgação é necessário que os profissionais tenham conhecimento. As parcerias com movimentos sociais é um caminho interessante para se explorar. Os meses de destaque se repetem por serem os meses já amplamente difundidos como aqueles onde a saúde da mulher e do homem são destaques.

#### 4.2.9 A capacitação dos burocratas diante às mudanças e às novas políticas públicas

A capacitação dos profissionais de saúde influencia na qualidade do atendimento e do serviço, na rapidez, no preparo para lidar com situações diferentes e na utilização das melhores práticas. A capacitação possibilita que os funcionários públicos da saúde estejam aptos a reagir bem às mudanças que ocorrem, a se manterem atualizados e a oferecer serviços de mais qualidade para mulheres e homens (ARAÚJO et al., 2014; MATTOS-PIMENTA et al., 2020).

Nesse sentido, no município de Rio Paranaíba é promovida, uma vez ao ano, a ida de uma equipe constituída por enfermeiro e médico até o hospital de Barretos, em que os mesmos recebem a capacitação. A Superintendência Regional da Saúde também foi citada por disponibilizar capacitações quando alguma metodologia de trabalho é modificada. Não obstante, a PRP3 explicou que o município sempre procura contratar profissionais capacitados,

com novos métodos de trabalho (PRP3). Há a capacitação de enfermeiros novos, quando é necessário contratar ou trocar algum profissional e, de acordo com a PRP1, há, aproximadamente, dois anos fez-se uma capacitação sobre coleta de material e realização de testes rápidos de HIV, Sífilis, hepatite B e hepatite C, e toda vez que se recebia um profissional novo, o mesmo recebia a capacitação on-line. Havia uma capacitação no CEAE, que é em Patos de Minas, e também foi citado um treinamento interno relacionado ao pré-natal, realizado pelo ginecologista, para médicos e enfermeiros e que, conforme a PRP1, teve um feedback muito bom.

Quanto à periodicidade dos treinamentos e capacitações, não havia período estabelecido. Segundo a PRP1: “o que a gente faz é assim, por exemplo, eles [profissionais de saúde] levantaram essa questão que eles estão com dificuldade, então a gente já direciona a capacitação para aquela dificuldade”.

Já em Santana do Deserto, não foi informado nenhum tipo de treinamento e desenvolvimento. As atualizações que acontecem por meio de treinamentos são fundamentais para a qualidade dos serviços e atendimentos prestados, além de aproximar os profissionais das melhores e mais atuais práticas na saúde. Druck (2016) mencionou que a falta de políticas de qualificação e treinamentos é oriunda da falta de investimentos que a saúde enfrenta. O PSD1 relatou que estava concluindo uma pós-graduação, mas que a iniciativa era particular, não tendo o apoio do município, e salientou que seria interessante a realização de cursos e treinamentos para os profissionais do município. A resposta da PSD2 corroborou o que foi exposto por PSD1 de que as iniciativas são particulares.

Apesar das políticas apresentarem a questão da equidade de gênero e este ser um termo bastante divulgado, os participantes relataram que nunca tiveram treinamento nesse sentido. A PRP1 ainda justificou que não sabia se é porque o município era pequeno e afirmou que nem o estado, nem a Superintendência Regional de Saúde ofereciam capacitação ou instrução neste sentido.

A justificativa do município ser de pequeno porte foi dada em alguns momentos da entrevista, o que indica que existe a associação do tamanho do município com o acesso à informação, conhecimento, tecnologia e desenvolvimento. Apesar desta justificativa ser observada na prática, não é adequado tomar essa experiência como um fato. Considerando o estado de Minas Gerais que possui, de um total de 853, 670 municípios com menos de 20.000 mil habitantes, seria injustificável apontar que quase 79% dos municípios não possuem políticas públicas, programas, informações, tecnologia suficiente para progredir como um município

maior.

O treinamento para orientar os profissionais de saúde a estimular a ida de mulheres e homens às Unidades Básicas de Saúde foi realizado no município de Rio Paranaíba, porém, em Santana do Deserto, não. Em Rio Paranaíba, aconteceu no ano de 2020, mas o treinamento foi voltado para os agentes de saúde e não abrangeu os médicos e enfermeiros (PRP1). Quanto ao acolhimento em Santana do Deserto foi informado que nada foi realizado. Em Rio Paranaíba a PRP1 esclareceu:

Eu venho trabalhando há muito, uns 3 anos que a gente vem trabalhando essa questão do acolhimento [...] Ainda tem muita assim, ah mas eu fiz a triagem dele. E o que é a triagem? Pesei, medi, verifiquei a pressão e vi se tinha febre, então a gente vem trabalhando, a gente fez uma capacitação com os profissionais, com os enfermeiros, com os técnicos de enfermagem, com todos praticamente [...] Então, eu o que que é o acolhimento? Eu tenho que procurar saber o que que ele precisa e o que é aquilo que ele informou, eu tenho que resolver agora ou eu posso agendar o que que eu vou solucionar para ele daquele acolhimento. Então, eu tô tentando isso mudar, que acolhimento não é uma triagem, simplesmente não vi se ele tá com a pressão alta ou ele tá com febre, lógico que isso faz parte do acolhimento. Mas eu acolher ele, com o problema dele, porque às vezes ele só tava precisando conversar, o que a gente percebe muito (PRP1).

Por meio da fala da PRP1 é possível identificar duas dimensões do acolhimento apontadas por Silva Júnior e Mascarenhas (2004). A primeira é como postura, o profissional saber receber e escutar o que o usuário tem para dizer, considerando as demandas apresentadas por eles; a segunda é como técnica, que, como colocado pela participante, diz da triagem, procedimentos iniciais de análise e que ajudam na oferta de soluções. O acolhimento, de acordo com os documentos das políticas, é o ato de deixar o usuário confortável, de criar estratégias e estímulos para que os usuários frequentem os ambientes de saúde, não restringindo aos procedimentos médicos iniciais (BRASIL, 2004; 2009). Todos os participantes informaram que para as políticas públicas PNAISM e PNAISH não foi realizado nenhum tipo de treinamento para apresentar seus objetivos e diretrizes, apenas a PSD2 explicou que não sabia responder, pois na época não estava atuando na saúde pública do município.

Treinamentos básicos para discutir sobre temas que estão cada vez mais estão em voga são importantes, mesmo que o treinamento seja realizado internamente no município. Um exemplo é promover um trabalho voltado para o acolhimento dos usuários, para que se sintam bem e à vontade para expor suas queixas e para que os usuários rompam com a visão errônea de que não precisam procurar cuidados médicos.

#### 4.2.10 O gênero na saúde: semelhanças ou diferenças

Compreender as diferenças e os entraves que as questões de gênero imprimem na saúde é fundamental para melhorar os serviços, o acolhimento e promover a melhoria na saúde de mulheres e homens (AQUINO, 2006; COSTA-JÚNIOR; COUTO; MAIA, 2016). Além disso, considerar o gênero na saúde é importante pois considera os comportamentos existentes na sociedade (VILLELA, 2009), remetendo aos papéis sociais que são desempenhados (SCOTT, 1990). A partir do momento que é compreendido as diferenças, é possível articular estratégias mais seguras de se ter resultados positivos.

Essa diferença pode ser identificada pelo fato de a maioria dos homens não frequentarem os espaços de saúde sozinhos, como foi indicado por todos os participantes. De acordo com as observações dos mesmos, os homens normalmente vão acompanhados de suas esposas, filhas, namoradas ou companheiras. Já as mulheres, na visão dos participantes, vão normalmente sozinhas e quando estão acompanhadas é de um filho pequeno ou de uma irmã (PSD1; PRP2).

Essa necessidade de serem acompanhados por suas esposas expõe várias razões, como a falta de segurança de procurar cuidados médicos, a necessidade de a mulher acompanhar para ajudar no tratamento, necessidade de acompanhamento para que o homem realmente compareça à consulta ou faça o exame, vergonha de expor alguma fragilidade, não se sentir confortável e acolhido nas instituições de saúde (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007; FIGUEIREDO; SCHRAIBER, 2011).

Analisando a diferença do comportamento de mulheres e homens ao procurar os serviços de saúde, todos os participantes apontaram que o homem só procura quando os sintomas estão muito fortes e que possuem grande resistência, que, de acordo com a PRP1 é “uma febre muito alta ou uma pressão arterial mais alta, que ele já tá sentindo algum outro sintoma”, complementando: “o homem já procura a assistência, ele já não vai para a prevenção” e por isso tem-se “um índice maior de problemas mais sérios na parte masculina, porque eu acredito que, assim, eles não têm essa abertura, eles chegam tá já com o sintoma mesmo” (PRP3). O PSD1 ainda apresentou que “ele [o homem] só vem à UBS quando não tem jeito, geralmente quando chega aqui, eu já tomei o remédio tal, já fiz isso e não deu certo, mas quem te passou? Fulano falou que era bom. Aí toma por conta própria”, expondo mais um comportamento que confirma a demora a procurar os cuidados de forma correta e a resistência em aceitar que precisa de cuidados médicos.

Como a masculinidade faz referência a um homem forte, invulnerável, viril, que não adoece, uma postura contrária poderia demonstrar atitudes femininas (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007). Além disso, um fator que gera complicação é a dificuldade de expor os problemas quando os profissionais de saúde são mulheres, corroborando Gomes, Nascimento e Araújo (2007), que apresentaram que uma das questões impeditivas do homem procurar os serviços de saúde é a vergonha de expor seu corpo para o profissional de saúde, principalmente as regiões íntimas.

Já as mulheres, ao oposto dos homens, procuram frequentemente o atendimento médico, como exemplificado por uma das entrevistadas: “se ela está com dor de cabeça demais ela vai, se ela não dorme ela vai, ou se ela tiver alguma questão com filho ou com alguma coisa, ela vai porque está deprimida” (PRP1), “as mulheres vêm por causa de uma dor na unha” (PSD2). Normalmente procuram por prevenção, acompanhamento e buscando informação (PRP2), isso por causa do seu comportamento mais aberto e por dialogar mais (PSD1). Essa realidade é confirmada pelo histórico da saúde da mulher no Brasil, possuindo mais diversidade e existente por um período de tempo maior. Todavia, a PRP3 também observou que quando o profissional de saúde é homem, normalmente as mulheres direcionam-se a uma enfermeira, por ficarem com vergonha de expor seus problemas para um homem, comportamento semelhante ao relatado para os homens.

Em Rio Paranaíba, as especialidades mais procuradas pelas mulheres foram a ginecologia e a psiquiatria. Para os homens, a especialidade mais procurada foi a urologia. Outras especialidades eram procuradas por ambos, como cardiologia, a ortopedia e endocrinologia. Em Santana do Deserto, a especialidade mais procurada foi a ginecologia e a urologia, para mulheres e homens, respectivamente, e a cardiologia e a psiquiatria para ambos.

Com relação a adesão ao tratamento, todos os participantes relataram que a mulher seguia à risca, como pode ser confirmado pela fala de dois participantes: “acho que a mulher já vem com essa cultura, porque ela, ela tem um filho, quem leva para o atendimento, quem leva para vacinar, quem leva é a mãe” (PRP1) e “é impressionante como a mulher segue à risca o seu tratamento, ela vai, se tem que voltar no médico daqui quinze dias ela retorna, mesmo ela sendo curada” (PSD1). Já os homens são mais difíceis para aderir ao tratamento, principalmente quando sente uma ‘falsa’ melhora causada pela medicação, como apontou o PSD1:

A antibiótica terapia ela te dá uma falsa sensação de cura, você começa a tomar um antibiótico com 4, 5 dias ele melhorou, só que o médico prescreveu para você tomar 7 dias. O que acontece, a mulher segue à risca, o homem abandona, o homem chega ali na metade, opa já melhorei, não estou sentindo nada, vou tomar isso mais não

(PSD1).

Foi reforçado que o homem encerra o tratamento por decisão própria, sendo que grande parte dos medicamentos são oferecidos gratuitamente no município, ou seja, a compra do medicamento não é um fator que limita a continuidade do tratamento, como explicou o PSD1. Uma característica citada pela PRP3 é que os homens são mais práticos e que, por isso, querem um resultado mais rápido. Além disso, quando o tratamento faz efeito não retornam para fazer o acompanhamento, retornando apenas quando algum outro problema de saúde aparece (PRP2).

A diferença entre o comportamento de mulheres e homens é explicada pelas respostas dos participantes. A visão da mulher como mãe que cuida de sua família, como exposto por Farah (2004), ainda é observada. A mulher assume um papel de destaque na sua saúde, bem como na das pessoas que estão integradas no seu círculo familiar. As masculinidades são percebidas em vários momentos nos relatos dos participantes, quando falam sobre o uso de medicamentos antes de procurar a ajuda médica, quando já chegam necessitando da assistência, quando não continuam com o tratamento por já se sentirem melhor, quando não participam do planejamento familiar, dos eventos que são promovidos e quando necessitam que outras pessoas o acompanhe até as consultas para certificar que irão comparecer, são atitudes que demonstram a aversão aos cuidados de saúde por iniciativa própria.

Por meio das análises das entrevistas, é possível corroborar o que foi encontrado por meio dos resultados quantitativos. Ou seja, verificou-se de forma empírica que existem ações que fazem com que a saúde de mulheres e homens em Rio Paranaíba tenha um melhor resultado quando se compara com Santana do Deserto para o período estudado. Em virtude da quantidade e tipos de ações que são realizadas para a população, independente se residem na zona urbana ou rural, além das estratégias que ampliam a abrangência do atendimento, como o atendimento em horário estendido, a percepção de como atrair os usuários para eventos e os treinamentos desenvolvidos.

O município de Santana do Deserto apresenta tímidas ações quando se volta o foco para a saúde de mulheres e homens, ações simples, como colocado pelo participante PSD1, porém valiosas para a saúde, não são realizadas. O cuidado voltado para a prevenção pode resultar um grande benefício para a saúde no futuro, fortalecer a atenção básica é um importante passo em busca da saúde de qualidade.

Uma percepção recorrente na fala dos entrevistados foi o foco direcionado para a saúde das mulheres, apesar de a maioria das perguntas serem abrangentes para mulheres e homens verificou-se uma tendência de a resposta ser voltada apenas para as mulheres. Uma singular

demonstração de como a experiência com as mulheres é, de fato, maior que a com os homens, além das recordações e vivências cotidianas serem maiores com essa população. Essa percepção tem vínculo com o foco das políticas públicas de saúde terem a mulher como foco desde o início (FARAH, 2004) e também é um resultado das campanhas de saúde, que, em sua maioria, são voltadas para as mulheres (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007). Além disso, a análise pode ser estendida para confirmar como os espaços de saúde pública são feminizados, predominante frequentados por mulheres, sejam elas profissionais da saúde ou usuárias (FIGUEIREDO; SCHRAIBER, 2011).

Por meio da fala dos participantes sobre as ações que foram suspensas em virtude da pandemia que se iniciou em 2020, tem-se uma forte indicação de perda na saúde de mulheres e homens, pois muitos eventos, atendimentos, consultas e exames não foram realizados durante a pandemia, apenas as emergências. Dessa forma, houve um rompimento na continuidade dos acompanhamentos e diagnósticos, porém as doenças não pararam de acontecer, fato que pode, a curto e médio prazo influenciar, negativamente, a saúde de mulheres e homens. Conforme o modelo conceitual de determinantes sociais de saúde, uma condição de doença pode retroalimentar a posição de um cidadão ou uma pandemia pode alterar o funcionamento das instituições públicas de saúde, políticas públicas, a economia, as políticas sociais, por exemplo (SOLAR; IRWIN, 2010).

Também, em virtude da pandemia, houve a necessidade de fazer o isolamento social, que alterou a rotina da população e fez com que as famílias permanecessem mais tempo em convívio, fato que gerou o aumento da violência contra a mulher. Segundo Vieira, Garcia e Maciel (2020) a coexistência forçada fez com que a violência fosse potencializada. As autoras apresentam que ao mesmo tempo que se agrava a violência contra a mulher é reduzido a oferta de apoio às vítimas, na saúde, assistência social, segurança pública e justiça. Assim, se as ações de combate à violência, bem como o apoio às vítimas, já eram retraídas no cenário normal, tem-se uma grande preocupação com seu agravamento durante a pandemia da Covid-19 e os reflexos que esse aumento irá gerar no futuro. A violência contra a mulher é um importante tema que necessita de políticas públicas, no cenário pandêmico e fora dele, a ampliação da discussão e a criação de estratégias que respaldem as vítimas são essenciais, além de serem articuladas com outros setores públicos.

Outro ponto importante é a equidade de gênero que também aparenta grande deficiência e o acolhimentos nos espaços de saúde. Preparar o ambiente interno das instituições de saúde e os profissionais que atuam nele também é importante, pois o sentimento de estar confortável e

à vontade é um fator que influencia no envolvimento do usuário com o ambiente de saúde.

## 5 CONCLUSÕES

Neste estudo, pretendeu-se analisar as políticas públicas de saúde PNAISM e PNAISH e a situação dos municípios mineiros refletindo sobre as questões de gênero e seus impactos nos cuidados com a saúde. Para isso, na etapa quantitativa construiu-se três índices para que os municípios de Minas Gerais fossem hierarquizados e analisados. Posteriormente, escolheu-se dois municípios mineiros para realizar as entrevistas, com o propósito de conhecer com mais detalhes como é a saúde pública nos municípios, as ações que são desenvolvidas que se aproximam dos objetivos da PNAISM e da PNAISH e se as questões de gênero interferem no desempenho das mesmas.

As políticas públicas PNAISM e PNAISH fazem parte da atenção básica, por isso o foco dos cuidados encontra-se na prevenção, sendo mais saudável para os usuários, e mais econômico para o setor saúde. As políticas avançam em considerar grupos populacionais que eram excluídos de políticas públicas e programas de saúde e por formalizar ações que antes não existiam. Nesse contexto, em evidência está a PNAISH, que foi a primeira política voltada para os homens na saúde, trazendo uma perspectiva específica para a saúde dos homens, que até então não existia.

Os fatores presentes na literatura subsidiaram a escolha das variáveis que fizeram parte da análise fatorial e posteriormente dos índices. No tocante ao primeiro objetivo, por meio dos índices, verificou-se que uma pequena quantidade dos municípios mineiros fez parte do estrato considerado bom, este resultado mostra que em diferentes aspectos existem muitas possibilidades de melhorias, especificamente da saúde de mulheres e homens e de outras condições que acabam por afetar a saúde.

As entrevistas realizadas em Rio Paranaíba e Santana do Deserto foram fundamentais para analisar as políticas PNAISM e PNAISH pela perspectiva dos profissionais de saúde e compreender, a partir da realidade dos municípios, o resultado obtido por meio da análise da hierarquização, identificando o que é realizado em Rio Paranaíba que o fez destacar positivamente e o que em Santana do Deserto deve melhorar.

O pouco conhecimento das políticas foi identificado nos dois municípios, as políticas ainda são invisíveis para muitos profissionais de saúde. Uma das razões indicadas do desconhecimento das políticas foi por falta de divulgação por parte do Ministério da Saúde. A

divulgação pelo ministério possivelmente é uma solução para que tais políticas sejam resgatadas e até mesmo reformuladas para a nova realidade, pois as necessidades da população estão em constante mudanças e reforça-se, por exemplo, que se diminua, ainda, o foco da mulher como aquela destinada à maternidade.

O destaque nos índices de saúde feminino e no índice de saúde masculino de Rio Paranaíba tem correspondência nas ações que são promovidas no município. O município expressou empenho em ações como palestras, horário estendido e treinamentos sempre que possível. Além disso, a inclusão da população rural é uma dedicação que pôde ser percebida por meio das entrevistas, conforme exposto, Rio Paranaíba é um município em que a atividade do agronegócio é fortalecida e, por isso, existe uma quantidade expressiva de indivíduos residindo na zona rural.

Assim como em Rio Paranaíba, boa parte da população de Santana da Deserto reside e trabalha na zona rural, a articulação de ações para atender a essa população específica promoveria o fortalecimento da atenção básica. Vê-se também que é preciso incluir essa população em ações de informação, palestras e eventos comemorativos. Vale lembrar que o distanciamento geográfico da zona urbana pode fazer com que datas ou meses amplamente divulgados e conhecidos pela população com campanhas importantes, como o Outubro Rosa e o Novembro Azul, possam ser desconhecidos por essa população. Esses são alguns dos resultados que justificam a posição que o município ocupou na hierarquização.

Alguns pontos identificados são carentes nos dois municípios, como as ações voltadas para as mulheres em situação de violência, a participação dos homens em eventos e no acompanhamento dos cuidados com a saúde, falta de especialistas que atendam a população em suas demandas, mais celeridade em algumas especialidades e a promoção de treinamentos e capacitações para os profissionais de saúde. Chama-se a atenção também para o planejamento familiar, de como é importante que, nos municípios, seja amadurecido e trabalhado, até mesmo que seja utilizado como uma estratégia para que os homens passem a frequentar mais os ambientes de saúde.

A falta de ações para vítimas de violência em ambos municípios é um destaque que, sem amparo, os números da violência possivelmente são maiores que os informados, aumentando a subnotificação. Nesse caso da violência é importante que as ações não sejam planejadas isoladamente em áreas diferentes, assim como exposto das parcerias firmadas da saúde com a educação e com o CRAS, o combate à violência também necessita que parcerias sejam articuladas e, mais importante, que sejam implementadas. Além disso, é importante discutir

com os profissionais os tipos de violência e treiná-los para que possam ter atitudes adequadas nessas situações. A violência ainda é uma temática que precisa ser mais trabalhada com os profissionais de saúde e também com a população, pois envolve questões que expõe a vítima e gera traumas.

O treinamento e a capacitação dos profissionais de saúde são fundamentais na melhoria contínua dos procedimentos e atendimentos. O aperfeiçoamento transcende às barreiras do preconceito e da falta de equidade que os mais vulneráveis ainda enfrentam na saúde. Santana do Deserto apresentou deficiência com relação ao treinamento e desenvolvimento, mas que pode ser revertido por meio de parcerias que podem ser firmadas com a Acispes, consórcio no qual fazem parte, e por outras parcerias e iniciativas que a secretária de saúde pode promover nesse sentido.

A partir dos resultados das entrevistas conclui-se que as questões relacionadas ao gênero influenciam no desempenho das políticas, uma vez que procurar os serviços, participar de eventos e buscar pela prevenção, por exemplo, são comportamentos que não foram confirmados. A educação em saúde, para os homens, é um trabalho inicial que é necessário tanto em Rio Paranaíba como em Santana do Deserto, criar estratégias que conscientizem os homens para que enxerguem na prevenção qualidade de vida e bem-estar. As masculinidades não deixarão de existir na saúde, porém o esforço para que sejam minimizados deve ser feito. A aproximação dos homens com os ambientes de saúde tem que ser realizada baseado na educação e conscientização, pois ficou claro nas entrevistas que quando o homem vê cura em seu sintoma ele não tem o comportamento de voltar para realizar o acompanhamento. Nesse sentido, a educação e a conscientização fazem diferença pois introduzem mudanças na forma como pensam e agem, diminuindo a barreira de só procurar quando sentir algum sintoma.

Foi identificado que algumas atitudes das mulheres reforçam o distanciamento dos homens com os cuidados de sua própria saúde, por exemplo, como relatado na entrevista, muitas vezes as mulheres se colocam em uma posição em que são mais responsáveis pela saúde dos homens que eles mesmos. A conscientização também passa pelas mulheres, mesmo sendo um apoio importante, não podem ser responsáveis pela saúde dos homens.

Os cuidados maiores pelas mulheres, assim como suas responsabilidades, foram atribuídos ao fato de muitas delas serem donas de casa e não trabalharem, porém, esse tipo de relação não pode ser ampliada, pois grande parte das mulheres possuem rotinas mais atarefadas que os homens, com muitas funções e mesmo assim continuam cuidando de sua saúde. Portanto, vê-se que os profissionais de saúde também precisam passar por treinamentos e conscientização

quanto ao gênero para desmistificar algumas ideias que os mesmos suportam.

Em suma, percebe-se a importância de considerar as especificidades do gênero em políticas públicas de saúde para que se possa reduzir o hiato entre a saúde feminina e a masculina. Há a necessidade de novos olhares, principalmente no tocante à saúde dos homens, afim de proporcionar avanços, melhorias e mais ações. Por isso reitera-se a importância da PNAISM e da PNAISH e sugere-se que sejam mais aproveitadas, divulgadas, utilizadas, que aumente a oferta e o investimento destinado a treinamentos para os profissionais de saúde, que seja feita a reestruturação dos textos, objetivos e diretrizes dessas políticas, de forma a promover a discussão de temáticas importantes para a população e também de outras que estão emergindo na saúde. As limitações das políticas expostas nesse estudo demandam que sejam investigadas e avaliadas, com a intenção de melhorar a prestação dos serviços à população.

Em relação às limitações do estudo aponta-se para a quantidade de variáveis encontradas nas dimensões feminina e masculina, devido às especificidades que eram necessárias para compor a pesquisa, além dos dados mais recentes serem do ano de 2016. Outra limitação do estudo foi a quantidade de profissionais de saúde entrevistados e, devido à pandemia do novo coronavírus, a impossibilidade de ir até os espaços públicos de saúde observar a rotina, o comportamento dos profissionais, assim como da população.

Conclui-se ainda, que é de suma importância continuar as pesquisas em torno da saúde e do gênero e que os resultados podem ajudar, na prática, a saúde da população. Dessa forma, recomenda-se para estudo futuros ouvir os cidadãos, que são a principal motivação para que as políticas públicas, de um modo geral, existam, mesmo que algumas perguntas da entrevista tenham sido construídas nesse sentido, nada substitui poder ouvir quem, de fato, procura os serviços.

Além disso, é válido ampliar o escopo da pesquisa para os outros estados e também o Distrito Federal, sendo possível realizar análises e obter conclusões mais abrangentes, considerando o território nacional, assim como realizar um estudo longitudinal para acompanhar as variáveis que são afetadas pelas políticas, com a intenção de verificar a melhora na saúde após as implementações.

## REFERÊNCIAS

- ABRUCIO, F. L.; FRANZESE, C.; SANO, H. Trajetória recente da cooperação e coordenação no federalismo brasileiro: avanços e desafios. In: Cardoso Júnior JC, Bercovici, G, organizadores. **República, Democracia e Desenvolvimento**. Brasília: IPEA, p. 129-160, 2013.
- ALVES, R. F. et al. Gênero e saúde: o cuidar do homem em debate. **Psicologia: teoria e prática**, v. 13, n. 3, p. 152-166, 2011.
- AQUINO, E. M. L. Gênero e saúde: perfil e tendências da produção científica no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, n. spe, p. 121-132, 2006.
- ARAÚJO, M. G. et al. Opinião de profissionais sobre a efetivação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. **Esc. Anna Nery**, v. 18, n. 4, p. 682-689, 2014.
- ARRETICHE, M. Uma contribuição para fazermos avaliações menos ingênuas. In: MOREIRA, M. C. R.; CARVALHO, M. C. B. (Org.). **Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais**. São Paulo: IEE/PUC SP, 2001.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BARROS, G. L. **Observatório das finanças públicas estaduais**. Instituição Fiscal Independente. Brasília. 2018.
- BATICH, M. Previdência do trabalhador: uma trajetória inesperada. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 33-40, set. 2004.
- BATISTA, K. B. C.; SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L. Gestores de saúde e o enfrentamento da violência de gênero contra as mulheres: as políticas públicas e sua implementação em São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, p. e00140017, 2018.
- BERNARDO, M. H.; VERDE, F. F.; GARRIDO-PINZÓN, J. Vivências de trabalhadores com diferentes vínculos empregatícios em um laboratório público. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, v. 16, n. 1, p. 119-133, 2013.
- BORRELL, C. et al. Influence of macrosocial policies on women's health and gender inequalities in health. **Epidemiologic reviews**, v. 36, n. 1, p. 31-48, 2014.
- BRASIL. **Decreto nº 4.682, de 24 de janeiro de 1923**. Coleção de Leis do Império do Brasil, Rio de Janeiro, RJ, 24 jan. 1923. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/historicos/dpl/DPL4682-1923.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/historicos/dpl/DPL4682-1923.htm)>. Acesso em: 13 ago. 2018.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado, 1988.
- BRASIL. Lei Federal Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, Seção 1, 20 set. 1990a.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 dez. 1990b. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm)>. Acesso em: 24 jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. **Diário Oficial da União** 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 82 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: Princípios e Diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 92 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **História do Ministério, 2017**. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/noticias/681-institucional/40886-historia-do-ministerio>>. Acesso em: 04 jul. 2018.

BRAVO, M. I. S. Políticas de saúde no Brasil. In: MOTA, A. E. et al. (orgs.). **Serviço Social e Saúde: Formação e trabalho Profissional**. Brasília: ABPESS, 2006. Disponível em: <[http://www.fnepas.org.br/pdf/servico\\_social\\_saude/texto1-5.pdf](http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto1-5.pdf)>. Acesso em: 25 ago. 2018.

BUENO, A. L.; LOPES, M. J. Rural women and violence: Readings of a reality that approaches fiction. **Ambiente & Sociedade**, v. 21, 2018.

CARVALHO, A. I. Determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: população e perfil sanitário** [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, vol. 2. p. 19-38, 2013.

CASTRO, L. M. X.; SIMONETTI, M. C. M.; ARAÚJO, M. J. O. Monitoramento e acompanhamento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher PNAISM e do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres PNPM. In: **Monitoramento e acompanhamento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher PNAISM e do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres PNPM**. 2015.

CELUPPI, I. C. et al. 30 anos de SUS: relação público-privada e os impasses para o direito universal à saúde. **Saúde debate**, v. 43, n. 121, p. 302-313, 2019.

CESARO, B. C.; SANTOS, H. B.; SILVA, F. N. M. Masculinidades inerentes à política brasileira de saúde do homem. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 42, p. e119, 2019.

COELHO, E. A. C. et al. Integralidade do cuidado à saúde da mulher: limites da prática profissional. **Escola Anna Nery**, v. 13, n. 1, p. 154-160, 2009.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE - CONASS. **Para entender a gestão do SUS**. Brasília: CONASS; 2003.

CONNELL, R. **Gênero em termos reais**. São Paulo: nVersons; 2016.

CORDEIRO, S. V. L. et al. Atenção básica à saúde masculina: possibilidades e limites no atendimento noturno. **Esc. Anna Nery**, v. 18, n. 4, p. 644-649, 2014.

COSTA, E. M. A.; CARBONE, M. H. **Saúde da família: uma abordagem multidisciplinar**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2009.

COSTA-JÚNIOR, F. M.; COUTO, M. T.; MAIA, A. C. B. Gênero e cuidados em saúde: Concepções de profissionais que atuam no contexto ambulatorial e hospitalar. **Sex., Salud Soc. (Rio J.)**, n. 23, p. 97-117, 2016.

COTTA, R. M. M. et al. A Crise do Sistema Único de Saúde e a Fuga para o Mercado. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 3, n. 1, p. 94-105, 1998.

COURTENAY, W. H. Construction of Masculinity and Their Influence on Men's Well-Being: A Theory of Gender and Health. **Social Science & Medicine**, v. 50, n. 10, p. 1385-1401, 2000.

COUTO, M. T.; GOMES, R. Homens, saúde e políticas públicas: a equidade de gênero em questão. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 17, n. 10, p. 2569-2578, 2012.

CURRIE, G.; PROCTER, S. J. The antecedents of middle managers' strategic contribution: the case of a professional. **Journal of Management Studies**, v. 42, n. 7, p. 99-117, 2005.

DAHER, D. V. et al. A construção do vínculo entre o homem e o serviço de atenção básica de saúde. **Revista cubana de enfermagem**, p. 111-120, 2017.

DALLARI, S. G. O conteúdo do direito à saúde. In: COSTA, A. B. et al. (Org.). **O Direito achado na rua: introdução crítica ao direito à saúde**. Brasília: CEAD/UnB, p. 91-101, 2009.

DRUCK, G. A terceirização na saúde pública: formas diversas de precarização do trabalho. **Trabalho, educação e saúde**, v. 14, supl. 1, p. 15-43, 2016.

DYE, T. R. **Understanding public policy**. 14. ed. New Jersey: Pearson Education, 2013.

FARAH, M. F. S. Gênero e políticas públicas. **Rev. Estud. Fem.**, v. 12, n. 1, p. 47-71, 2004.

FARAH, M. F. S. et al. Gender and public policies. **Estudos Feministas**, v. 1, n. 1, p. 1-28, 2006.

FÁVERO, L. P. **Modelos de Regressão com EXCEL®, STATA® e SPSS®**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015.

FIGUEIREDO, W. S.; SCHRAIBER, L. B. Concepções de gênero de homens usuários e profissionais de saúde de serviços de atenção primária e os possíveis impactos na saúde da

população masculina, São Paulo, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 16, supl. 1, p. 935-944, 2011.

FONTES, W. D. et al. Atenção à saúde do homem: interlocução entre ensino e serviço. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 24, n. 23, p. 430-433, 2011.

FREITAS-JÚNIOR, Reginaldo Antônio de Oliveira. Avoidable maternal mortality as social injustice. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 20, n. 2, p. 607-614, 2020.

GALDAS, P. M.; CHEATER, F.; MARSHALL, P. Men and health help-seeking behaviour: literature review. **Journal of advanced nursing**, v. 49, n. 6, p. 616-623, 2005.

GARFIELD, C. F.; ISACCO, A.; ROGERS, T. E. A review of men's health and masculinity. **American Journal of Lifestyle Medicine**, v. 2, n. 6, p. 474-487, 2008.

GARRIDO-PINZÓN, J.; BERNARDO, M. H. Vivências de trabalhadores da saúde em face da lógica neoliberal: um estudo da atenção básica na Colômbia e no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 9, 2017.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção primária à saúde no Brasil. In: ALVES, S. M. C.; DELDUQUE, M. C.; DINO NETO, N. (Org.). **Direito sanitário em perspectiva**. Brasília: Escola Superior do Ministério Público da União, v. 2, p. 119-150, 2012.

GOMES, R. G.; NASCIMENTO, E. F.; ARAÚJO, F. C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 3, p. 565-574, 2007.

GONÇALVES, F. G. A. et al. Modelo neoliberal e suas implicações para a saúde do trabalhador de enfermagem. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 22, n. 4, p. 519-525, 2014.

GOUVEIA, R.; PALMA, J. J. SUS: na contramão do neoliberalismo e da exclusão social. **Estudos Avançados**, v. 13, n. 35, p. 139-146, 1999.

HAIR, J. F. et al. **Análise Multivariada de Dados**. Porto Alegre: Bookman, 2009.

HAM, C.; HILL, M. J. **The policy process in the modern capitalist state**. New York: Harvest, 1993.

HERRMANN, A. et al. Guia do Pré-Natal do Parceiro para Profissionais de Saúde. **Rio de Janeiro: Ministério da Saúde**, 2016.

HOWLETT, M.; RAMESH, M. **Studying public policy: policy cycles and policy subsystems**. Toronto: Oxford University, 1995.

HOWLETT, M.; RAMESH, M.; PERL, A. **Política Pública: seus ciclos e subsistemas: uma abordagem integral**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

HUPE, P.; HILL, M. Street-level bureaucracy and public accountability. **Public Administration**, v. 85, n. 7, p. 279-299, 2007.

IMRS. IMRS: ÍNDICE MINEIRO DE RESPONSABILIDADE SOCIAL. **Perfil Municipal**. 2016. Disponível em: <<http://imrs.fjp.mg.gov.br/>>. Acesso em: 08 mar. 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Indicadores Sociais**. 2018. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>> Acesso em: 09 mar. 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Pesquisa Nacional de Saúde, 2019: percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal**: Brasil e grandes regiões/IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento - Rio de Janeiro: IBGE, 2020.

KEIJZER B. Hasta Donde el Cuerpo Aguante: Género, Cuerpo y Salud Masculina. In: CACERES, C.; CUETO, M.; RAMOS, M.; VALLENS, S. (Orgs.). **La Salud como Derecho Ciudadano**: Perspectiva y Propuestas desde América Latina. Lima: Facultad de Salud Pública y Administración de la Universidad Peruana Cayetano Herida, p. 137-152, 2003.

LAQUEUR, T. **Inventando o sexo**: corpo e gênero dos gregos a Freud. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 2001.

LEAL, A. F.; FIGUEIREDO, W. S.; NOGUEIRA-DA-SILVA, G. S. O percurso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Homens (PNAISH), desde a sua formulação até sua implementação nos serviços públicos locais de atenção à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 17, n. 10, p. 2607-2616, 2012.

LEITE, J. F. et al. Sentidos da saúde numa perspectiva de gênero: um estudo com homens da cidade de Natal/RN. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 36, n. 2, p. 341-353, 2016.

LIPSKY, M. **Street-level bureaucracy**: dilemmas of the individual in public service. New York: Russell Sage Foundation, 1980.

LIPSKY, M. **Street-level bureaucracy**: dilemmas of the individual in public service. 30. ed. Anniversary Expanded Edition. New York: Russell Sage Foundation, 2010.

LOTTA, G. S. O papel das burocracias do nível da rua na implementação de políticas públicas: entre o controle e a discricionariedade. In: FARIA, C. A. (org). **Implementação de Políticas Públicas**. Teoria e Prática. Editora PUCMINAS, Belo Horizonte, 2012.

LOTTA, G. S.; PIRES, R. R. C.; OLIVEIRA, V. E. Burocratas de médio escalão: novos olhares sobre velhos atores da produção de políticas públicas. **Revista do Serviço Público**, v. 65, n. 4, p. 463-492, 2014.

LUCCHESI, P. T. R. Informação para Tomadores de Decisão em Saúde Pública. Projeto ITD. **Biblioteca Virtual em Saúde – Saúde Pública Brasil**. São Paulo, 2004. Disponível em: <[http://files.bvs.br/upload/M/2004/Lucchese\\_Políticas\\_publicas.pdf](http://files.bvs.br/upload/M/2004/Lucchese_Políticas_publicas.pdf)>. Acesso em: 01 ago. 2018.

MAIA, S. M.; MALAGUTTI, W. As dificuldades de percepção do enfermeiro da atenção

primária à saúde do homem. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE)**, v. 15, n. 4, 2017.

MAJONE, G.; WILDAVSKY, A. Implementation as Evolution. In: THEODOULOU, S. Z.; CAHN, M. A. **Public policy: the essential readings**. New Jersey: Prentice Hall, Upper Saddle River, 1995.

MARTINS, Q. S.; LYRIO, D. C. Contextualizando a luta por direitos igualitários na trajetória das políticas públicas de saúde para a mulher brasileira. **Revista Ártemis**, v. 19, 2015.

MASSARDI, W. D. O.; ABRANTES, L. A. Esforço Fiscal, Dependência do FPM e Desenvolvimento socioeconômico: um estudo aplicado aos municípios de Minas Gerais. **REGE Revista de Gestão**, v. 22, n. 3, p. 295-313, 2015.

MATLAND, R. Synthesizing the implementation literature: the ambiguity-conflict model of policy implementation. **Journal of Public Administration Research and Theory**, v. 5, n. 2, p. 145-174, 1995.

MATTOS-PIMENTA, C. A. et al. Prática Avançada em Enfermagem na Saúde da Mulher: formação em Mestrado Profissional. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 33, 2020.

MCDONOUGH, P.; WALTERS, V. Gender and health: reassessing patterns and explanations. **Social science & medicine**, v. 52, n. 4, p. 547-559, 2001.

MÉDICI, A. C.; OLIVEIRA, F. E. B. **Considerações sobre o sucateamento da rede pública e privada de saúde**. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), 1992.

MENDES, Á.; CARNUT, L. Capitalismo contemporâneo em crise e sua forma política: o subfinanciamento e o gerencialismo na saúde pública brasileira. **Saúde e Sociedade**, v. 27, p. 1105-1119, 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Plano nacional de saúde e ambiente no desenvolvimento sustentável**. Brasília: Ministério da Saúde, 1995.

MOURA, E. C. et al. Mortality in Brazil according to gender perspective, years 2000 and 2010. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 19, p. 326-338, 2016.

MOZER, I. T.; CORRÊA, A. C. P. Implementação da Política Nacional de Saúde do Homem: o caso de uma capital Brasileira. **Escola Anna Nery**, v. 18, n. 4, p. 578-585, 2014.

OLIVEIRA, A. Burocratas da linha de frente: executores e fazedores das políticas públicas. **Revista de Administração Pública**, v. 46, n. 6, p. 1551-1573, 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO)**. 1946. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>>. Acesso em: 20 jan. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Diminuindo diferenças: a prática das**

**políticas sobre determinantes sociais da saúde.** Genebra: OMS, 2011. Disponível em: <[www.who.int/sdhconference/discussion\\_paper/Discussion\\_Paper\\_PT.pdf](http://www.who.int/sdhconference/discussion_paper/Discussion_Paper_PT.pdf)>. Acesso em: 25 set. 2020.

PAIVA NETO, F. T. et al. Dificultades del autocuidado masculino: discursos de hombres participantes en un grupo de educación para la salud. **Salud Colectiva**, v. 16, p. e2250, 2020.

PASSOS, R. L.; TELLES, F. S. P.; OLIVEIRA, M. H. B. Da violência sexual e outras ofensas contra a mulher com deficiência. **Saúde em Debate**, v. 43, p. 154-164, 2020.

PEREIRA, J.; KLEIN, C.; MEYER, D. E. PNAISH: uma análise de sua dimensão educativa na perspectiva de gênero. **Saúde e Sociedade**, v. 28, p. 132-146, 2019.

PESTANA, M. H.; GAGEIRO, J. N. **Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS.** 5. ed. Lisboa: Sílabo, 2008.

PETERS, B. G. **American Public Policy.** Chatham, N.J.: Chatham House. 1986.

PIRES, R. R. C. Burocracia, discricionariedade e democracia: alternativas para o dilema entre controle do poder administrativo e capacidade de implementação. **Cadernos Gestão Pública e Cidadania**, v. 14, n. 54, p. 147-187, 2009.

PORTER, M. E.; TEISBERG, E. O. **Repensando a saúde:** Estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos. São Paulo: Bookman, 2007.

RODRIGUES, V. P. et al. Family relationships in the context of gender-based violence. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 25, n. 3, 2016.

RUA, M. G. **Políticas Públicas.** 2. ed. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração – UFSC, 2014.

RUA, M. G.; AGUIAR, A. T. A Política Industrial no Brasil, 1985-1992: políticos, burocratas e interesses organizados no processo de policymaking. **Planejamento e Políticas Públicas**, n. 12, 2009.

SABATIER, P. Top-down and bottom-up approaches to implementation research: A critical analysis and a suggested syntheses. **Jornal of Public Policy**, v. 6, n. 1, p. 21-48, 1986.

SALDARRIAGA, D. S. et al. Perfil socioeconômico e demográfico de Saúde dos homens no norte pioneiro do Paraná – brasil. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR.** v. 24, n.3, p.27-31, 2018.

SANTOS, H. B.; NARDI, H. C. Masculinidades entre matar e morrer: o que a saúde tem a ver com isso? **Physis**, v. 24, n. 3, p. 931-949, 2014.

SCHIENBINGER, L. **O feminismo mudou a ciência?** Bauru: EDUSC; 2001.

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. **Physis**, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007.

SCOTT, J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação e Realidade**, v. 16, n.

2, p. 5-22, 1990.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. **60% dos homens só vão ao médico já com a doença avançada, aponta estudo**. Governo de São Paulo, 2012. Disponível em: <<http://www.saude.sp.gov.br/ses/noticias/2012/julho/60-dos-homens-so-va-ao-medico-ja-com-a-doenca-avancada-aponta-estudo>>. Acesso em: 18 jun. 2020.

SIGNORELLI, M. C.; TAFT, A.; PEREIRA, P. P. G. Domestic violence against women, public policies and community health workers in Brazilian Primary Health Care. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 23, n. 1, p. 93-102, 2018.

SILVA, J. G. et al. Direitos sexuais e reprodutivos de mulheres em situação de violência sexual: o que dizem gestores, profissionais e usuárias dos serviços de referência? **Saúde e Sociedade**, v. 28, p. 187-200, 2019.

SILVA JUNIOR, A. G.; MASCARENHAS, M. T. M. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da Integralidade: aspectos metodológicos e conceituais. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Cuidado**: as fronteiras da integralidade: Rio de Janeiro: IMS/UERJ. p. 241- 257, 2004.

SILVA, N. L. et al. O desmonte da saúde e seus impactos no serviço social-a privatização dos Hospitais Universitários. **VI Jornada Internacional de Políticas Públicas**, 2013.

SOLAR, O.; IRWIN, A. **A conceptual framework for action on the social determinants of health**. Social Determinants of Health Discussion Paper 2. Genebra: OMS, 2010. Disponível em: <[http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241500852\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241500852_eng.pdf)>. Acesso em: 24 set. 2020.

SOUZA, C. Políticas públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, v. 8, n. 16, p. 20-45, 2006.

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco Brasil, Ministério da Saúde; 2002.

STARFIELD, B.; SHI, L.; MACINKO, J. Contribution of primary care to health systems and health. **Milbank Q**, v. 83, n. 3, p. 457-502, 2005.

VERDE, F. F.; BERNARDO, M. H.; BÜLL, S. Trabalho e precarização na saúde pública. **ECOS-Estudos Contemporâneos da Subjetividade**, v. 3, n. 1, p. 18-31, 2013.

VIACAVA, F. et al. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 9, n. 3, p. 711–24, 2004.

VIACAVA, F. et al. Avaliação de Desempenho de Sistemas de Saúde: um modelo de análise. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 17, p. 921–934, 2012.

VIEIRA, E. M. et al. Conhecimento e atitudes dos profissionais de saúde em relação à violência de gênero. **Rev. bras. epidemiol.**, v. 12, n. 4, p. 566-577, 2009.

VIEIRA, P. R.; GARCIA, L. P.; MACIEL, E. L. N. Isolamento social e o aumento da

violência doméstica: o que isso nos revela?. **Revista Brasileira de Epidemiologia** [online], v. 23, p. e200033, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1980-549720200033>>. Acesso em: 20 abr. 2021.

VILLELA, W. V. Relações de gênero, processo saúde-doença e uma concepção de integralidade. **BIS, Bol. Inst. Saúde (Impr.)**, n. 48, 2009.

ZAHARIADIS, N. The multiple streams framework: Structure, limitations, prospects. In: SABATIER, P. A.; WEIBLE, C. M. (Orgs.). **Theories of the policy process**. 2. ed. Boulder: Westview Press Boulder, p. 65-92, 2007.

## APÊNCICES

### APÊNDICE A – Roteiro de entrevista

<b>Roteiro de entrevista</b>
Participantes: gestoras municipais de saúde, enfermeiros(as) e médica.
<p><b>Perfil dos participantes</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Qual seu sexo?</li> <li>● Qual seu nível de escolaridade? Possui alguma pós-graduação?</li> <li>● Qual cargo você ocupa atualmente? Há quanto tempo? Como ocorreu o processo de ocupação do cargo?</li> <li>● Possui outras experiências nos serviços de saúde pública? Se sim, qual(is)?</li> </ul>
<p><b>Conhecimentos das políticas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Você como funcionário público na área da saúde conhece os objetivos das políticas públicas PNAISM e PNAISH? Se não, você poderia informar o motivo do desconhecimento?</li> <li>● Qual a importância das políticas PNAISM e PNAISH para a saúde de mulheres e homens no município?</li> <li>● Em sua opinião, a população conhece as políticas PNAISM e PNAISH? Se sim, qual(is) é(são) o(s) canal(is) de comunicação? Quais são os prejuízos para a população do desconhecimento das políticas? E os benefícios do conhecimento das mesmas?</li> <li>● A atenção básica é fortalecida no município? Por meio de qual(is) forma(s)? E para as pessoas que estão na zona rural, o que é feito?</li> </ul>
<p><b>Ações praticadas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● São realizadas ações de informação e incentivo sobre métodos anticoncepcionais para mulheres e homens? Se sim, o que é realizado? Se não, por quê?</li> <li>● São distribuídos materiais informativos para a população sobre a saúde da mulher e do homem? Quais são os assuntos abordados?</li> <li>● São articuladas ações para atender grupos sociais distintos como: lésbicas, bissexuais, transexuais, negras, trabalhadoras rurais, mulheres com deficiência, em situação de rua, de violência, de prisão e para as que se encontram na terceira idade? Que tipo de ações? Como é feita a articulação? Quais são os atores envolvidos?</li> <li>● São articuladas ações para atender grupos sociais distinto como: gays, bissexuais, travestis, transexuais, negros, trabalhadores rurais, homens com deficiência, em situação de risco e em situação de prisão? Que tipo de ações? Como é feita a articulação? Quais são os atores envolvidos?</li> <li>● Há eventos específicos para as mulheres e homens durante o ano? Se sim, qual(is)?</li> <li>● São realizadas ações integradas com outras áreas governamentais? Se sim, como são realizadas?</li> <li>● Quando necessitam, como é o acesso de mulheres e homens aos serviços da atenção secundária e terciária?</li> <li>● Existe ações voltadas para as mulheres grávidas? Há participação dos pais?</li> <li>● São destinadas ações para combater a violência doméstica e sexual?</li> <li>● Gostaria de comentar sobre mais alguma ação praticada no município que seja coerente com as políticas PNAISM e PNAISH?</li> </ul>

<p><b>Demanda das políticas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● As políticas de saúde PNAISM e PNAISH atendem às necessidades (demandas) da população? Explique.</li> <li>● As políticas PNAISM e PNAISH podem ser melhor aproveitadas? Por quê?</li> </ul>
<p><b>Dificuldades enfrentadas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Você escuta reclamações da população sobre o serviço prestado de saúde, voltado para a saúde de mulheres e homens? Se sim, quais são os tipos de reclamações? O que é feito para resolver os problemas apresentados pela população?</li> <li>● As dificuldades de acesso de mulheres e homens aos serviços de saúde são diferentes? Por quê?</li> <li>● Poderia listar e explicar as dificuldades encontradas no acesso das mulheres aos serviços de saúde?</li> <li>● Poderia listar e explicar as dificuldades encontradas no acesso dos homens aos serviços de saúde?</li> </ul>
<p><b>Divulgação das políticas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Como a população fica sabendo das políticas PNAISM e PNAISH?</li> <li>● Existe alguma parceria com movimentos sociais e populares para a divulgação das políticas PNAISM e PNAISH? Explique.</li> <li>● Existe algum mês do ano em que as políticas PNAISM e PNAISH aparecem com destaque? Se sim, qual(is)? O que é realizado neste(s) mês(es)?</li> <li>● Qual o seu papel enquanto servidor público para a divulgação das políticas PNAISM e PNAISH?</li> </ul>
<p><b>Capacitação</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Os profissionais da saúde (médicos/enfermeiros e técnicos/equipes) participam de algum tipo de treinamento e desenvolvimento? Se sim, com qual periodicidade?</li> <li>● Os profissionais da saúde recebem algum tipo informação, treinamento ou orientação com relação à equidade de gênero?</li> <li>● É realizado algum tipo de capacitação para orientar os profissionais a estimular a ida de mulheres e homens aos postos de saúde? Explique.</li> <li>● Existe algum tipo de treinamento para o acolhimento e atendimento de mulheres e homens nos postos de saúde? Se sim, como é realizado?</li> <li>● Quando uma nova política pública é implementada, é destinado algum tipo de treinamento ou evento para apresentar seus objetivos, diretrizes e metas? Se sim, isso ocorreu com a PNAISM e com a PNAISH?</li> </ul>
<p><b>Gênero</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Os homens se apresentam nas unidades de saúde acompanhados por alguém? Se sim, você poderia dizer o grau de parentesco mais comum? E as mulheres?</li> <li>● Qual seria a principal diferença entre o comportamento das mulheres e dos homens ao procurar os serviços de saúde? Comente as principais características do comportamento.</li> <li>● Como é a procura pelos serviços de saúde por mulheres e homens? Quais são as especialidades ou serviços procurados?</li> <li>● Como você analisa o comportamento de mulheres e homens quanto à adesão ao tratamento?</li> </ul>

## APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

O Sr.(a) está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa SAÚDE PÚBLICA E GÊNERO: UMA ANÁLISE DOS MUNICÍPIOS MINEIROS SOB À LUZ DAS POLÍTICAS PÚBLICAS PNAISM E PNAISH. Nesta pesquisa pretendemos analisar, sob a perspectiva de gênero, a saúde feminina e a masculina nos municípios de Minas Gerais sob a luz das políticas públicas de saúde PNAISM e PNAISH, bem como caracterizar e analisar os fatores que influenciam o desempenho das políticas públicas, elaborar um índice para hierarquizar os municípios mineiros e analisar, de acordo com a percepção dos profissionais de saúde, as políticas e se questões relacionadas ao gênero influenciam no desempenho das políticas.

O motivo que nos leva a estudar as políticas públicas PNAISM e PNAISH é a busca por compreender como estão sendo operacionalizados seus objetivos, bem como da percepção dos profissionais de saúde quanto as questões relacionadas ao gênero. Para esta pesquisa adotaremos os seguintes procedimentos: pesquisa quantitativa para definir quais municípios irão participar das entrevistas e qualitativa por meio de entrevista por videoconferência, com gravação de áudio e vídeo. As entrevistas serão realizadas por meio de videoconferências agendadas e realizadas no Google Meet, com tempo previsto de 90 minutos por entrevista. Utilizaremos a análise de conteúdo para analisar e interpretar os resultados provenientes das entrevistas.

Sabendo que a utilização de técnicas como entrevistas com gravação de áudio e vídeo podem expor dados pessoais dos participantes da pesquisa ou falta de compreensão do que é perguntado ou mesmo inibi-los a responder de maneira fiel a realidade, caso alguma dessas situações ocorra, por gentileza, fique à vontade em interromper a sua participação, em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer penalidade.

Os dados coletados serão tratados com confidencialidade, sendo analisados pelos pesquisadores envolvidos no estudo, podendo ser utilizados em outras pesquisas mantendo a mesma confidencialidade quanto às informações neles constantes. Cada participante da pesquisa será tratado por códigos e somente os pesquisadores saberão identificar, de modo a assegurar a privacidade do participante da pesquisa.

Os riscos envolvidos na pesquisa consistem em expor, de forma acidental, dados pessoais dos participantes da pesquisa; falta de compreensão do que é perguntado; inibição do participante com relação à realidade; risco de contágio da Covid-19. Para atenuá-los, serão realizados cuidados como: explicar a pesquisa com seus respectivos objetivos; apresentar o motivo da escolha dos participantes; explicar que será mantido o anonimato e o sigilo; deixar o participante à vontade para se expressar no decorrer da entrevista; realizar a entrevista por videoconferência para não ocorrer risco de contágio.

Os benefícios da pesquisa aparecem no âmbito acadêmico, prático e social, por fomentar a discussão de gênero em um setor que é de responsabilidade do Estado e muito importante para a sociedade. Além disso, por gerar informação útil para a melhoria dos serviços de saúde e da importância da singularidade das intervenções, possibilitando a prestação de um serviço melhor para os cidadãos. Além disso, contribui com a literatura que envolve a perspectiva de gênero na saúde pública.

Para participar deste estudo o Sr.(a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, diante de eventuais danos, identificados e comprovados, decorrentes

da pesquisa, o Sr.(a) tem assegurado o direito à indenização, conforme dispõe a resolução 446/2012. O Sr.(a) tem garantida plena liberdade de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem necessidade de comunicado prévio. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que o Sr.(a) é atendido(a) pelo pesquisador. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. O(A) Sr.(a) não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar. Seu nome ou o material que indique sua participação não serão liberados sem a sua permissão.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável, em sua sala no Departamento de Economia Doméstica da UFV sob os cuidados do mesmo, e a outra será fornecida ao Sr.(a).

Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa. Depois desse tempo, os mesmos serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo e confidencialidade, atendendo à legislação brasileira, em especial, à Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, e utilizarão as informações somente para fins acadêmicos e científicos.

Eu, \_\_\_\_\_,  
contato \_\_\_\_\_, fui informado(a) dos objetivos da pesquisa SAÚDE PÚBLICA E GÊNERO: UMA ANÁLISE DOS MUNICÍPIOS MINEIROS SOB À LUZ DAS POLÍTICAS PÚBLICAS PNAISM E PNAISH de maneira clara e detalhada, e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar, inclusive autorizo expressamente a gravação de áudio e vídeo. Recebi uma via original deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer minhas dúvidas.

Se desejar outras informações sobre o projeto, entre em contato com a pesquisadora responsável abaixo nominada.

**Nome da Pesquisadora Responsável:** Karla Maria Damiano Teixeira

**Endereço:** Rua Cláudio Manoel da Costa, 471, Inconfidência, Viçosa, Minas Gerais.

**Telefone:** (31) 3891-7664

**Email:** kdamiano@ufv.br

Você está recebendo uma via do presente termo que se encontra de acordo com a **Resolução CNS 466/2012**.

Em caso de discordância ou irregularidades sob o aspecto ético desta pesquisa, você poderá consultar:

CEP/UFV – Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos  
Universidade Federal de Viçosa  
Edifício Arthur Bernardes, piso inferior  
Av. PH Rolfs, s/n – Campus Universitário  
Cep: 36570-900 Viçosa/MG  
Telefone: (31)3612-2316

Email: cep@ufv.br  
www.cep.ufv.br

Município \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_.

---

Assinatura do Participante

---

Assinatura da Pesquisadora

## APÊNDICE C – Hierarquização dos municípios de Minas Gerais

Hierarquização dos municípios de Minas Gerais					
Posição	Código IBGE	Município	ISI	ISF	ISM
1º	312430	Espinosa	0,00	61,65	13,59
2º	316110	São Francisco	2,22	37,53	44,10
3º	315560	Rio Pardo de Minas	4,47	61,71	52,06
4º	316240	São João da Ponte	6,95	65,24	27,34
5º	314180	Minas Novas	7,27	70,29	33,35
6º	315220	Porteirinha	7,47	56,45	35,82
7º	315460	Ribeirão das Neves	8,80	67,55	73,65
8º	310170	Almenara	8,90	62,17	87,85
9º	311230	Capelinha	11,78	46,02	29,47
10º	315780	Santa Luzia	11,83	56,59	40,62
11º	313250	Itamarandiba	14,13	50,01	52,11
12º	315700	Salinas	14,18	47,18	41,50
13º	314330	Montes Claros	14,59	69,01	72,31
14º	310940	Buritizinho	14,83	54,89	24,82
15º	316270	São João do Paraíso	14,83	75,69	70,11
16º	316555	Setubinha	14,88	66,42	85,39
17º	311940	Coronel Fabriciano	15,08	61,40	55,69
18º	312410	Esmeraldas	15,12	34,97	42,61
19º	317080	Várzea da Palma	15,46	72,72	59,03
20º	313005	Icarai de Minas	15,56	32,88	30,91
21º	310730	Bocaiúva	15,62	39,75	38,27
22º	313960	Mantena	15,69	75,17	53,29
23º	313270	Itambacuri	15,73	69,89	37,96
24º	313580	Jequitinhonha	15,77	51,03	54,86
25º	314860	Peçanha	15,88	56,04	30,51
26º	316450	São Sebastião do Maranhão	15,97	67,59	76,87
27º	313865	Lontra	16,12	66,74	31,02
28º	310060	Água Boa	16,24	66,71	41,00
29º	316670	Serra dos Aimorés	16,49	64,96	55,61
30º	314055	Mata Verde	16,51	69,83	41,95
31º	312980	Ibirité	16,71	63,11	34,51
32º	312670	Francisco Sá	17,27	69,98	33,22
33º	313090	Inhapim	17,37	66,47	50,46
34º	317090	Varzelândia	17,48	73,11	33,94
35º	310270	Cachoeira de Pajeú	17,62	47,40	61,35
36º	316030	Santo Antônio do Jacinto	17,86	67,13	24,58
37º	312820	Guaraciaba	17,93	54,03	66,39
38º	315230	Porto Firme	17,99	67,71	46,29
39º	310825	Bonito de Minas	18,11	52,23	56,52
40º	316710	Serro	18,18	69,02	48,38
41º	314345	Montezuma	18,25	66,02	33,06
42º	316620	Senhora dos Remédios	18,35	43,53	44,11
43º	315820	Santa Maria do Suaçuí	18,68	62,87	54,13
44º	316760	Simonésia	19,05	66,95	11,53
45º	312650	Francisco Badaró	19,49	46,67	38,57
46º	317000	Ubai	19,73	100,00	36,16
47º	313400	Itinga	19,80	54,38	77,70

48°	315240	Poté	19,86	66,05	50,42
49°	310860	Brasília de Minas	20,09	61,04	42,42
50°	315765	Santa Helena de Minas	20,47	79,10	67,31
51°	313115	Ipaba	20,64	49,66	47,81
52°	315725	Santa Bárbara do Leste	20,85	68,50	49,36
53°	310100	Águas Vermelhas	21,17	65,95	57,65
54°	314290	Monte Azul	21,24	75,00	47,44
55°	313545	Jenipapo de Minas	21,27	55,35	42,43
56°	312200	Divino	21,32	53,79	22,97
57°	314430	Nanuque	21,35	51,15	42,26
58°	313868	Luislândia	21,39	74,70	36,26
59°	313535	Japonvar	21,41	65,21	24,25
60°	314400	Mutum	21,42	58,20	48,21
61°	313650	Jordânia	21,62	56,55	43,59
62°	314015	Mário Campos	21,65	65,27	59,15
63°	311160	Campos Gerais	21,76	63,63	44,45
64°	312245	Divisópolis	21,81	50,72	38,40
65°	314875	Pedra Bonita	21,86	68,39	14,53
66°	311680	Coluna	21,91	75,01	65,79
67°	316350	São José do Jacuri	21,95	67,43	35,10
68°	314520	Nova Serrana	22,07	43,48	55,68
69°	314100	Mato Verde	22,28	57,38	44,14
70°	310910	Bueno Brandão	22,34	66,82	44,32
71°	310855	Brasilândia de Minas	22,35	68,37	38,97
72°	311840	Conselheiro Pena	22,36	56,82	61,67
73°	310650	Berilo	22,48	72,51	52,27
74°	311630	Cipotânea	22,76	29,48	55,91
75°	315660	Rubim	22,82	54,40	42,38
76°	315217	Ponto dos Volantes	23,07	69,25	85,15
77°	315890	Santana do Manhuaçu	23,10	58,54	45,47
78°	312690	Frei Inocência	23,11	53,11	50,40
79°	314465	Ninheira	23,18	52,62	40,61
80°	310450	Arinos	23,27	58,66	38,75
81°	313330	Itaobim	23,27	63,48	67,36
82°	312770	Governador Valadares	23,32	56,23	56,64
83°	316840	Tarumirim	23,36	57,08	53,21
84°	316990	Ubá	23,37	55,64	47,10
85°	310180	Alpercata	23,40	62,98	61,43
86°	315080	Piranga	23,57	59,25	28,56
87°	311100	Campestre	23,68	57,48	39,00
88°	310110	Aimorés	23,72	55,30	50,00
89°	311910	Corinto	23,73	64,78	36,76
90°	312900	Guiricema	23,73	61,83	44,39
91°	316045	Santo Antônio do Retiro	23,77	63,47	54,71
92°	311340	Caratinga	23,77	60,61	44,65
93°	312620	Formoso	23,99	76,13	30,56
94°	315390	Raposos	24,04	60,73	82,09
95°	314390	Muriaé	24,17	55,89	32,21
96°	315400	Raul Soares	24,45	57,12	31,42
97°	312015	Crisólita	24,73	59,40	46,73
98°	313320	Itanhomi	24,77	69,74	43,47
99°	315190	Pocrane	24,93	58,06	31,79

100°	313180	Itabirinha	24,97	57,62	55,91
101°	311000	Caeté	25,03	60,71	62,14
102°	310850	Botumirim	25,19	70,71	57,70
103°	313770	Lajinha	25,19	58,11	62,46
104°	313120	Ipanema	25,36	65,01	38,21
105°	312420	Espera Feliz	25,46	65,98	54,26
106°	311700	Comercinho	25,50	61,09	66,43
107°	316930	Três Corações	25,54	55,68	47,12
108°	310710	Boa Esperança	25,65	62,36	33,94
109°	311330	Carangola	25,67	46,22	35,69
110°	316280	São João Evangelista	25,83	69,85	51,33
111°	313010	Igarapé	25,83	59,74	56,01
112°	313925	Mamonas	25,94	60,50	46,17
113°	310050	Açucena	25,95	66,73	28,28
114°	315140	Pitangui	26,02	70,02	43,94
115°	316850	Teixeiras	26,03	51,10	17,67
116°	314600	Ouro Fino	26,14	44,85	54,28
117°	310770	Bom Jesus do Amparo	26,34	52,67	52,92
118°	311550	Caxambu	26,47	63,83	52,72
119°	315100	Piranguinho	26,49	60,87	41,81
120°	312380	Engenheiro Navarro	26,59	70,37	40,54
121°	317200	Visconde do Rio Branco	26,63	70,39	61,46
122°	314587	Orizânia	26,65	52,77	48,26
123°	312760	Gouveia	26,73	47,80	30,90
124°	313460	Jaboticatubas	26,73	49,18	62,46
125°	313210	Itacarambi	26,78	72,56	49,39
126°	312370	Engenheiro Caldas	27,02	60,88	56,47
127°	313950	Manhumirim	27,02	60,76	59,00
128°	315790	Santa Margarida	27,06	57,91	43,19
129°	312390	Entre Rios de Minas	27,22	34,69	48,66
130°	313110	Inimutaba	27,26	58,71	62,90
131°	314830	Paula Cândido	27,27	55,66	63,75
132°	313065	Indaiabira	27,30	67,01	35,53
133°	313695	Juvenília	27,33	60,63	44,22
134°	313980	Mar de Espanha	27,38	64,72	33,82
135°	311650	Claro dos Poções	27,44	62,93	28,09
136°	310920	Buenópolis	27,46	34,82	52,97
137°	313470	Jacinto	27,46	68,91	28,56
138°	312965	Ibiracatu	27,63	60,61	29,57
139°	310210	Alto Rio Doce	27,68	53,69	52,17
140°	312160	Diamantina	27,69	19,61	26,77
141°	312595	Fervedouro	27,71	50,57	43,51
142°	314790	Passos	27,74	67,97	52,51
143°	312960	Ibiaí	27,76	27,34	20,60
144°	316630	Sericita	27,78	40,37	36,25
145°	310290	Antônio Carlos	27,80	64,17	57,10
146°	316255	São João do Manhuaçu	27,83	71,35	39,94
147°	315680	Sabinópolis	27,85	63,30	48,98
148°	311870	Coqueiral	27,89	64,72	74,72
149°	310370	Araponga	27,97	43,85	51,64
150°	315015	Piedade de Caratinga	27,98	45,21	34,52
151°	313350	Itapeçerica	28,13	65,56	33,34

152°	316550	Sardoá	28,19	63,71	50,68
153°	316900	Tocantins	28,23	61,36	67,71
154°	314210	Miradouro	28,38	61,61	38,48
155°	313890	Maxacalis	28,47	56,95	59,06
156°	312930	Iapu	28,50	50,24	44,26
157°	317065	Vargem Grande do Rio Pardo	28,53	76,36	69,54
158°	316150	São Geraldo	28,57	61,89	33,85
159°	311920	Coroaci	28,66	41,20	27,26
160°	311370	Carlos Chagas	28,68	67,61	69,31
161°	314160	Mercês	28,76	59,26	68,88
162°	315420	Resende Costa	28,91	71,42	48,37
163°	311780	Conceição dos Ouros	28,92	56,40	62,48
164°	315170	Poço Fundo	28,95	62,73	72,75
165°	313780	Lambari	28,96	63,31	52,99
166°	310890	Brazópolis	29,00	67,77	49,54
167°	312870	Guaxupé	29,13	56,70	29,32
168°	311060	Cambuí	29,23	62,79	70,63
169°	311270	Capitão Enéas	29,29	63,65	100
170°	311860	Contagem	29,32	60,40	40,31
171°	314675	Palmópolis	29,33	51,54	44,02
172°	316070	Santos Dumont	29,33	69,03	96,59
173°	317120	Vespasiano	29,40	63,34	71,01
174°	317180	Virginópolis	29,47	32,47	68,25
175°	312610	Formiga	29,47	47,90	40,13
176°	310930	Buritis	29,49	77,18	38,46
177°	316100	São Domingos do Prata	29,55	51,11	30,78
178°	313560	Jequitáí	29,57	65,16	29,37
179°	317107	Veredinha	29,62	57,20	34,60
180°	312560	Felisburgo	29,65	41,25	48,97
181°	314220	Mirai	29,78	62,36	24,71
182°	316210	São Gotardo	29,84	70,36	51,13
183°	312750	Gonzaga	29,84	70,14	49,26
184°	312800	Guanhães	30,00	43,87	80,57
185°	310800	Bom Sucesso	30,01	52,34	44,52
186°	311070	Cambuquira	30,01	66,41	37,05
187°	313940	Manhuaçu	30,03	0,00	40,22
188°	311350	Carbonita	30,08	47,94	42,56
189°	310430	Areado	30,10	73,39	56,09
190°	311530	Cataguases	30,11	49,69	51,51
191°	314655	Pai Pedro	30,12	67,31	45,66
192°	316970	Turmalina	30,13	69,93	47,66
193°	314910	Pedralva	30,19	51,08	38,56
194°	311770	Conceição do Rio Verde	30,19	57,01	49,82
195°	314090	Matipó	30,29	37,52	68,10
196°	314085	Matias Cardoso	30,29	46,79	76,40
197°	315490	Rio Casca	30,45	56,59	34,63
198°	311120	Campo Belo	30,51	69,24	63,49
199°	313740	Lagoa Dourada	30,59	61,50	45,31
200°	313900	Machado	30,62	44,41	50,32
201°	310790	Bom Repouso	30,71	44,26	45,60
202°	315510	Rio do Prado	30,73	65,94	53,29
203°	312385	Entre Folhas	30,77	57,13	51,55

204°	312780	Grão Mogol	30,82	46,46	68,28
205°	310205	Alto Caparaó	30,88	55,79	53,97
206°	316200	São Gonçalo do Sapucaí	30,95	31,39	0
207°	312360	Elói Mendes	31,03	59,39	74,95
208°	311420	Carmo do Cajuru	31,05	62,08	59,16
209°	310950	Cabo Verde	31,06	59,38	24,98
210°	315120	Pirapora	31,07	49,45	37,52
211°	311090	Campanha	31,09	64,20	59,67
212°	314510	Nova Resende	31,23	66,89	26,04
213°	311570	Central de Minas	31,27	65,70	36,23
214°	311670	Coimbra	31,28	53,32	51,05
215°	310830	Borda da Mata	31,38	56,02	40,75
216°	311410	Carmo de Minas	31,43	23,95	31,47
217°	310020	Abaeté	31,44	73,59	56,86
218°	313200	Itacambira	31,48	61,69	51,39
219°	315800	Santa Maria de Itabira	31,49	56,76	43,04
220°	316260	São João do Oriente	31,60	52,44	46,14
221°	312490	Eugenópolis	31,64	66,29	47,04
222°	313867	Luisburgo	31,70	76,53	54,77
223°	314060	Materlândia	31,83	58,70	37,41
224°	315520	Rio Espera	32,02	33,41	51,93
225°	313652	José Gonçalves de Minas	32,03	64,27	55,58
226°	315130	Piraúba	32,04	58,10	77,82
227°	310200	Alterosa	32,15	60,20	30,85
228°	312825	Guaraciama	32,17	65,53	45,79
229°	314150	Mendes Pimentel	32,24	56,75	57,06
230°	313753	Lagoa Grande	32,25	61,10	38,61
231°	316292	São Joaquim de Bicas	32,26	58,69	51,24
232°	315150	Piumhi	32,29	66,03	52,57
233°	314170	Mesquita	32,32	58,33	43,38
234°	312920	Heliodora	32,39	59,23	27,08
235°	316940	Três Pontas	32,41	58,14	47,14
236°	314320	Monte Santo de Minas	32,56	64,22	29,37
237°	314537	Novorizonte	32,57	49,99	44,16
238°	314053	Martins Soares	32,57	65,33	33,27
239°	314435	Naque	32,65	63,64	17,37
240°	312840	Guarani	32,73	69,80	34,04
241°	310690	Bicas	32,74	52,71	26,06
242°	312230	Divinópolis	32,76	69,62	39,01
243°	315415	Reduto	32,88	68,22	42,40
244°	310810	Bonfim	32,94	70,78	52,17
245°	311547	Catuti	32,94	72,88	16,99
246°	313720	Lagoa da Prata	33,01	52,65	50,23
247°	310500	Baldim	33,02	41,98	19,27
248°	310190	Alpinópolis	33,07	53,07	30,19
249°	314720	Paraguaçu	33,14	71,61	61,62
250°	311440	Carmo do Rio Claro	33,22	52,96	55,46
251°	314340	Monte Sião	33,23	51,95	40,70
252°	312705	Fronteira dos Vales	33,25	91,44	38,86
253°	310560	Barbacena	33,31	62,29	57,37
254°	313050	Ilícinea	33,48	68,98	39,10
255°	312450	Estiva	33,60	38,26	42,14

256°	316650	Serra Azul de Minas	33,65	60,66	52,22
257°	316500	São Tiago	33,69	31,79	31,15
258°	313970	Maravilhas	33,74	58,40	15,88
259°	311265	Capitão Andrade	33,77	69,12	44,02
260°	311210	Caparaó	33,88	45,73	67,33
261°	314545	Olhos D' Água	33,93	64,77	31,44
262°	315430	Resplendor	33,96	71,64	57,95
263°	317040	Unaí	34,02	66,04	58,30
264°	313410	Itueta	34,03	47,17	51,95
265°	312100	Datas	34,06	68,22	45,29
266°	314070	Mateus Leme	34,36	72,99	52,17
267°	316520	São Tomé das Letras	34,40	53,96	62,11
268°	312590	Ferros	34,53	44,16	25,17
269°	313657	Josenópolis	34,63	56,89	67,55
270°	314990	Perdões	34,76	52,94	58,16
271°	316225	São João da Lagoa	34,83	59,05	50,74
272°	311450	Carmópolis de Minas	34,91	67,80	45,53
273°	310490	Baependi	34,95	73,00	31,80
274°	310990	Caetanópolis	34,98	60,54	49,82
275°	312320	Dores do Indaiá	35,03	57,30	49,44
276°	313990	Maria da Fé	35,10	68,37	41,33
277°	312140	Desterro de Entre Rios	35,15	56,18	44,59
278°	313130	Ipatinga	35,16	44,96	42,31
279°	312880	Guidoval	35,17	63,86	63,55
280°	314730	Paraisópolis	35,22	62,86	38,38
281°	313420	Ituiutaba	35,24	47,43	36,72
282°	314670	Palma	35,30	51,77	24,64
283°	316780	Soledade de Minas	35,30	43,46	42,65
284°	313630	João Pinheiro	35,31	70,11	12,14
285°	313860	Lima Duarte	35,33	64,83	58,20
286°	315750	Santa Efigênia de Minas	35,48	54,14	70,26
287°	312890	Guimarânia	35,54	46,01	49,21
288°	316095	São Domingos das Dores	35,56	68,30	45,60
289°	311810	Congonhas do Norte	35,62	67,00	48,32
290°	312020	Cristais	35,64	50,67	57,94
291°	316250	São João Del Rei	35,71	51,32	45,70
292°	313430	Itumirim	35,75	56,85	27,88
293°	317190	Virgolândia	35,81	46,52	43,55
294°	311200	Candeias	35,83	56,56	52,86
295°	315270	Prados	35,89	66,88	49,38
296°	311580	Centralina	35,90	72,59	18,52
297°	312080	Cruzília	35,90	81,99	38,17
298°	315580	Rio Pomba	35,96	71,71	22,32
299°	311790	Congonhal	36,03	55,75	37,35
300°	314810	Patrocínio	36,06	61,78	42,23
301°	316295	São José da Lapa	36,11	67,43	63,54
302°	312300	Dores de Campos	36,13	63,39	31,46
303°	314840	Paulistas	36,19	65,01	53,86
304°	313490	Jacutinga	36,29	58,33	44,93
305°	312540	Felício dos Santos	36,32	60,55	49,93
306°	311660	Cláudio	36,52	55,74	45,61
307°	314110	Matozinhos	36,54	71,81	48,14

308°	316600	Senhora de Oliveira	36,56	68,43	40,93
309°	313690	Juruaia	36,71	66,71	41,66
310°	315950	Santa Rita do Itueto	36,71	68,71	57,98
311°	316695	Serranópolis de Minas	36,76	52,06	41,57
312°	310350	Araguari	36,81	53,72	51,13
313°	317130	Viçosa	36,83	52,34	54,49
314°	311710	Conceição da Aparecida	36,89	49,77	43,64
315°	316310	São José da Varginha	36,90	52,86	36,11
316°	314300	Monte Belo	36,95	67,22	40,72
317°	310445	Aricanduva	36,96	64,28	53,21
318°	313680	Juramento	37,01	65,81	50,46
319°	313835	Leme do Prado	37,17	52,89	57,11
320°	310570	Barra Longa	37,19	53,62	31,94
321°	314380	Munhoz	37,21	53,32	48,29
322°	311540	Catas Altas da Noruega	37,44	51,34	37,45
323°	313220	Itaguara	37,63	68,11	43,66
324°	311510	Cássia	37,68	51,24	32,11
325°	315213	Ponto Chique	37,73	55,49	43,46
326°	315737	Santa Cruz de Salinas	37,75	74,58	27,38
327°	312830	Guaranésia	37,76	56,27	41,28
328°	316040	Santo Antônio do Monte	37,79	64,00	55,71
329°	311320	Carandaí	37,86	59,02	20,42
330°	311740	Conceição de Ipanema	37,94	67,75	68,71
331°	312240	Divisa Nova	37,96	56,74	46,85
332°	312083	Cuparaque	38,00	57,71	62,60
333°	313480	Jacuí	38,02	41,17	39,96
334°	316920	Tombos	38,05	54,95	37,91
335°	311430	Carmo do Paranaíba	38,12	62,44	45,47
336°	310510	Bambuí	38,16	69,62	45,52
337°	317115	Vermelho Novo	38,19	71,05	40,04
338°	316910	Toledo	38,20	63,11	36,97
339°	312810	Guapé	38,24	54,68	33,00
340°	316540	Sapucaí Mirim	38,38	63,43	41,48
341°	317010	Uberaba	38,40	48,63	33,63
342°	313380	Itaúna	38,54	61,55	61,02
343°	316120	São Francisco de Paula	38,58	50,70	58,94
344°	314315	Monte Formoso	38,63	71,91	43,08
345°	311220	Capela Nova	38,63	48,30	33,84
346°	316300	São José da Safira	38,64	30,52	58,63
347°	316557	Senador Amaral	38,76	75,28	45,44
348°	312710	Frutal	38,80	51,00	25,94
349°	311240	Capetinga	39,08	56,92	64,06
350°	311600	Chalé	39,10	57,03	34,87
351°	310970	Cachoeira de Minas	39,12	58,44	61,64
352°	312050	Cristina	39,14	63,28	38,02
353°	315960	Santa Rita do Sapucaí	39,16	61,31	47,52
354°	311930	Coromandel	39,16	55,18	60,15
355°	311260	Capinópolis	39,20	73,10	40,78
356°	316770	Sobrália	39,22	63,02	37,74
357°	315310	Presidente Bernardes	39,24	63,17	12,88
358°	310520	Bandeira	39,24	53,51	53,22
359°	312950	Ibiá	39,35	63,44	48,35

360°	314760	Passa Quatro	39,42	60,50	60,33
361°	314710	Pará de Minas	39,47	62,91	52,36
362°	313730	Lagoa dos Patos	39,50	59,80	34,35
363°	311050	Camanducaia	39,52	28,51	38,70
364°	315290	Pratápolis	39,52	62,09	38,23
365°	311150	Campos Altos	39,59	47,87	44,52
366°	316340	São José do Goiabal	39,68	51,15	43,47
367°	310220	Alvarenga	39,70	60,43	48,93
368°	316690	Serrania	39,80	62,80	30,68
369°	314010	Marilac	39,81	69,00	11,57
370°	311180	Canápolis	39,84	40,61	44,50
371°	312330	Dores do Turvo	39,84	71,33	32,61
372°	314770	Passa Tempo	39,86	51,95	34,27
373°	311110	Campina Verde	40,00	55,69	20,17
374°	316590	Senador Modestino Gonçalves	40,04	63,15	12,86
375°	312310	Dores de Guanhões	40,06	62,77	39,72
376°	310550	Barão do Monte Alto	40,17	60,05	44,49
377°	311190	Cana Verde	40,25	33,81	55,51
378°	315590	Rio Preto	40,26	72,78	26,07
379°	313670	Juiz de Fora	40,48	68,84	46,23
380°	315760	Santa Fé de Minas	40,51	47,97	34,01
381°	316740	Silvianópolis	40,58	40,41	56,39
382°	315053	Pingo D' Água	40,60	44,32	37,82
383°	315830	Santana da Vargem	40,62	69,92	37,32
384°	316165	São Geraldo do Baixio	40,68	71,45	60,83
385°	312060	Crucilândia	40,76	64,69	74,19
386°	311115	Campo Azul	40,87	53,42	31,32
387°	314930	Pedro Leopoldo	40,87	44,95	41,45
388°	310420	Arcos	40,89	71,44	61,06
389°	314820	Patrocínio do Muriaé	41,05	31,63	34,66
390°	316830	Taquaraçu de Minas	41,08	67,60	49,68
391°	314470	Nova Era	41,17	60,76	77,88
392°	313590	Jesuânia	41,19	59,83	38,52
393°	312210	Divino das Laranjeiras	41,54	66,10	38,53
394°	317050	Urucânia	41,92	65,38	42,60
395°	312600	Florestal	41,98	50,07	62,35
396°	310390	Araújos	42,07	58,62	37,22
397°	310120	Aiuruoca	42,08	57,90	31,72
398°	316530	São Vicente de Minas	42,09	76,88	49,47
399°	313290	Itamogi	42,12	74,65	24,36
400°	313710	Lagamar	42,20	71,80	68,06
401°	315050	Pimenta	42,23	64,46	38,84
402°	315000	Pescador	42,40	70,12	46,71
403°	312940	Ibertioga	42,46	61,95	26,91
404°	315040	Piedade dos Gerais	42,51	23,68	38,15
405°	314050	Martinho Campos	42,56	53,00	18,88
406°	315930	Santa Rita de Jacutinga	42,64	70,42	47,70
407°	314280	Monte Alegre de Minas	42,71	60,16	48,91
408°	315210	Ponte Nova	42,77	74,29	40,31
409°	314450	Nazareno	42,87	61,73	30,48
410°	316320	São José do Alegre	42,92	60,81	42,45
411°	313760	Lagoa Santa	43,05	63,84	40,78

412°	313570	Jequitibá	43,09	66,25	15,14
413°	314260	Monsenhor Paulo	43,13	51,57	47,10
414°	311730	Conceição das Alagoas	43,19	58,75	84,77
415°	316470	São Sebastião do Paraíso	43,26	73,94	39,15
416°	310925	Bugre	43,29	52,50	47,84
417°	310300	Antônio Dias	43,39	35,75	46,75
418°	313300	Itamonte	43,43	63,77	61,21
419°	311520	Conceição da Barra de Minas	43,50	23,32	55,51
420°	317070	Varginha	43,55	67,02	43,40
421°	314490	Nova Módica	43,68	56,12	49,61
422°	313100	Inhaúma	43,86	58,93	48,87
423°	317020	Uberlândia	43,96	54,44	52,01
424°	315280	Prata	43,98	56,07	43,06
425°	316160	São Geraldo da Piedade	44,09	65,06	43,02
426°	311170	Canaã	44,66	55,10	56,63
427°	316510	São Tomás de Aquino	44,84	44,95	7,77
428°	316330	São José do Divino	45,02	60,89	43,17
429°	310750	Bom Jardim de Minas	45,10	77,63	39,32
430°	311480	Carvalhos	45,22	41,88	50,90
431°	312260	Dom Joaquim	45,33	58,27	47,78
432°	316553	Sarzedo	45,63	39,04	36,81
433°	312010	Couto de Magalhães de Minas	45,81	71,07	76,02
434°	310600	Bela Vista de Minas	45,82	67,81	47,62
435°	315645	Rosário da Limeira	45,84	54,35	37,65
436°	316370	São Lourenço	45,89	64,08	44,93
437°	315880	Santana do Jacaré	46,03	70,21	29,32
438°	315910	Santana dos Montes	46,34	70,11	78,54
439°	310400	Araxá	46,36	62,56	16,12
440°	313530	Japaraíba	46,89	66,47	45,55
441°	313340	Itapagipe	46,95	65,12	46,08
442°	311995	Córrego Fundo	47,00	53,73	42,23
443°	312125	Delta	47,04	70,30	51,15
444°	314585	Oratórios	47,28	59,54	32,38
445°	313020	Igaratinga	47,40	70,50	52,38
446°	310670	Betim	47,47	32,55	75,68
447°	313640	Joaquim Felício	47,65	68,55	76,09
448°	314420	Nacip Raydan	47,76	66,57	38,97
449°	315320	Presidente Juscelino	47,86	52,55	34,47
450°	315720	Santa Bárbara	48,00	62,74	62,46
451°	313440	Iturama	48,10	64,32	26,49
452°	312580	Fernandes Tourinho	48,18	44,58	66,22
453°	315250	Pouso Alegre	48,40	59,78	37,64
454°	315710	Salto da Divisa	48,49	40,91	23,94
455°	316905	Tocos do Moji	48,51	67,40	60,59
456°	316390	São Pedro da União	48,61	65,48	59,23
457°	316890	Tiros	48,69	73,96	38,91
458°	311280	Capitólio	49,20	39,04	35,97
459°	317140	Vieiras	49,28	58,37	70,39
460°	314440	Natércia	49,31	77,02	35,77
461°	316680	Serra do Salitre	49,36	38,31	52,00
462°	312170	Diogo de Vasconcelos	49,49	59,24	34,13
463°	312737	Goiabeira	49,66	49,86	41,92

464°	312440	Espírito Santo do Dourado	50,06	65,91	56,65
465°	315180	Poços de Caldas	50,09	58,38	45,06
466°	313030	Iguatama	50,11	60,86	50,41
467°	310945	Cabeceira Grande	50,28	54,54	17,38
468°	311970	Coronel Xavier Chaves	50,29	79,10	68,02
469°	310680	Bias Fortes	50,29	67,93	39,39
470°	312970	Ibiraci	50,39	48,40	31,61
471°	311020	Cajuri	50,47	68,20	46,12
472°	315110	Pirapetinga	50,61	35,15	57,05
473°	316430	São Roque de Minas	50,76	52,48	52,53
474°	314467	Nova Belém	50,77	84,75	48,15
475°	310010	Abadia dos Dourados	50,80	65,34	39,01
476°	316790	Tabuleiro	50,87	66,64	31,16
477°	316220	São João Batista do Glória	51,14	63,41	39,70
478°	312270	Dom Silvério	51,16	60,71	56,78
479°	312530	Faria Lemos	51,38	70,34	22,74
480°	312550	São Gonçalo do Rio Preto	51,46	59,65	48,88
481°	313790	Lamim	51,47	72,15	54,22
482°	314000	Mariana	51,63	79,53	66,69
483°	316805	Taparuba	51,72	70,76	35,37
484°	315440	Ressaquinha	51,90	69,50	38,35
485°	312910	Gurinhata	52,02	70,32	67,22
486°	316610	Senhora do Porto	52,21	60,21	29,17
487°	314437	Natalândia	52,53	51,56	27,54
488°	313665	Juatuba	52,55	45,94	43,04
489°	310880	Braúnas	52,63	56,74	18,68
490°	316440	São Sebastião da Bela Vista	52,80	64,51	16,79
491°	316000	Santo Antônio do Aventureiro	52,83	41,80	38,33
492°	315370	Quartel Geral	52,90	46,71	39,61
493°	317150	Mathias Lobato	52,91	62,96	38,20
494°	312700	Fronteira	53,53	61,33	60,22
495°	311310	Caranaíba	53,84	70,06	19,59
496°	313375	Itaú de Minas	53,85	88,82	38,48
497°	313310	Itanhandu	54,06	68,97	55,59
498°	312850	Guarará	54,09	71,04	46,11
499°	315480	Rio Acima	54,15	58,26	41,92
500°	316105	São Félix de Minas	54,29	53,32	25,23
501°	312235	Divisa Alegre	54,37	62,18	37,40
502°	312150	Desterro do Melo	54,38	59,61	47,04
503°	315330	Presidente Kubitschek	54,68	64,18	13,84
504°	315030	Piedade do Rio Grande	54,97	75,84	53,13
505°	313170	Itabira	55,17	75,16	42,49
506°	315260	Pouso Alto	55,31	54,12	42,97
507°	314590	Ouro Branco	55,50	71,32	48,63
508°	314120	Matutina	55,51	62,93	60,17
509°	314980	Perdizes	55,54	60,46	46,02
510°	312630	Fortaleza de Minas	55,89	41,42	54,29
511°	312190	Divinésia	56,01	70,31	50,50
512°	315860	Santana do Deserto	56,07	68,92	72,60
513°	316130	São Francisco de Sales	56,32	55,25	37,47
514°	316010	Santo Antônio do Grama	56,36	51,65	46,18
515°	315970	Santa Rosa da Serra	57,03	62,01	34,67

516°	313830	Leandro Ferreira	57,25	53,82	40,05
517°	311900	Cordislândia	57,32	45,34	38,63
518°	310640	Belo Vale	57,72	64,50	58,22
519°	311040	Camacho	57,98	56,43	24,88
520°	315550	Rio Paranaíba	58,11	40,00	30,42
521°	317047	Uruana de Minas	58,29	64,09	31,99
522°	314650	Pains	58,57	57,53	21,90
523°	314190	Minduri	58,59	42,66	56,32
524°	313190	Itabirito	58,66	50,60	51,89
525°	310620	Belo Horizonte	58,74	56,39	47,99
526°	314610	Ouro Preto	59,33	58,88	33,13
527°	314950	Pequeri	59,44	65,38	51,77
528°	314040	Marmelópolis	59,44	58,30	45,72
529°	314080	Matias Barbosa	59,80	63,03	42,47
530°	314130	Medeiros	59,89	62,59	26,09
531°	312120	Delfinópolis	59,98	59,58	49,29
532°	315940	Santa Rita do Ibitipoca	60,08	55,38	54,26
533°	316090	São Brás do Suaçuí	60,27	58,98	48,52
534°	317043	União de Minas	60,42	69,73	26,16
535°	311750	Conceição do Mato Dentro	60,50	66,49	43,16
536°	311455	Carneirinho	60,74	49,63	48,37
537°	310900	Brumadinho	60,96	68,11	35,90
538°	312470	Estrela do Indaiá	61,08	76,81	27,84
539°	310240	Alvorada de Minas	61,16	72,74	33,40
540°	311800	Congonhas	61,23	64,78	31,71
541°	313040	Ijaci	61,53	62,83	54,58
542°	310760	Bom Jesus da Penha	62,20	63,57	27,94
543°	311140	Campo Florido	62,45	52,69	77,96
544°	315300	Pratinha	62,51	45,82	51,70
545°	312070	Cruzeiro da Fortaleza	62,57	72,53	36,12
546°	314890	Pedra do Indaiá	62,93	67,35	25,38
547°	311980	Córrego Danta	63,25	63,45	27,06
548°	311590	Chácara	63,29	75,89	38,80
549°	317110	Veríssimo	63,53	57,38	47,75
550°	312640	Fortuna de Minas	64,17	65,66	80,72
551°	311960	Coronel Pacheco	64,40	71,87	33,96
552°	312860	Guarda-Mor	64,41	67,81	61,57
553°	311820	Conquista	64,94	46,72	48,56
554°	315727	Santa Bárbara do Monte Verde	65,54	67,86	12,48
555°	315980	Santa Vitória	66,56	58,25	25,00
556°	310610	Belmiro Braga	66,77	67,68	79,91
557°	316230	São João da Mata	67,46	56,45	26,17
558°	310130	Alagoa	68,06	66,59	47,84
559°	310330	Aracitaba	68,80	58,78	68,58
560°	314580	Onça do Pitangui	69,58	49,53	72,45
561°	311535	Catas Altas	69,68	66,43	54,07
562°	311380	Carmésia	70,30	48,70	33,14
563°	311620	Chiador	71,39	53,16	74,81
564°	314920	Pedrinópolis	71,43	64,30	75,48
565°	314020	Maripá de Minas	71,60	54,97	42,94
566°	316294	São José da Barra	71,73	52,16	72,98
567°	314550	Olímpio Noronha	71,73	48,44	45,63

568°	316443	São Sebastião da Vargem Alegre	72,28	65,26	54,91
569°	315870	Santana do Garambéu	72,48	46,99	37,94
570°	315070	Pirajuba	72,65	64,34	69,29
571°	314900	Pedra Dourada	73,16	51,82	44,78
572°	311490	Casa Grande	73,21	71,57	42,06
573°	314360	Morro da Garça	74,71	77,53	50,42
574°	310320	Araçai	75,97	62,24	45,02
575°	313370	Itatiaiuçu	75,99	68,69	20,11
576°	316460	São Sebastião do Oeste	76,15	69,65	50,03
577°	312510	Extrema	76,56	53,82	40,39
578°	314940	Pedro Teixeira	78,00	75,03	34,30
579°	316560	Senador Cortês	78,37	58,42	53,14
580°	316700	Serranos	78,72	68,44	51,20
581°	316050	Santo Antônio do Rio Abaixo	79,32	42,59	53,66
582°	313080	Ingai	79,63	58,51	75,30
583°	310380	Arapuá	81,41	62,05	7,63
584°	314780	Passa Vinte	81,53	60,61	40,35
585°	316750	Simão Pereira	81,85	56,20	53,10
586°	314250	Monjolos	82,54	73,63	42,30
587°	317060	Vargem Bonita	84,51	62,97	28,06
588°	311690	Comendador Gomes	86,03	37,50	54,21
589°	310980	Cachoeira Dourada	86,12	73,89	27,40
590°	310375	Araporã	86,44	65,23	38,13
591°	316640	Seritinga	87,23	62,20	49,18
592°	310310	Antônio Prado de Minas	90,69	49,96	77,27
593°	316190	São Gonçalo do Rio Abaixo	96,33	58,20	82,93
594°	316810	Tapira	97,11	66,72	32,03
595°	310070	Água Comprida	100,00	53,75	43,71