

**Saúde pública e gênero: uma análise dos municípios mineiros à luz das políticas públicas PNAISM e PNAISH**

**LAÍZA NÍLIA DA SILVA**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA (UFV)

**KARLA MARIA DAMIANO TEIXEIRA**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA (UFV)

**SUELY DE FÁTIMA RAMOS SILVEIRA**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA (UFV)

**DÉBORA GONZAGA MARTIN**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA (UFV)

Agradecimento à órgão de fomento:

Agradeço à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela bolsa.

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

## 1 INTRODUÇÃO

É notável a diferença na presença entre mulheres e homens nas dependências públicas de saúde. As mulheres possuem um comportamento de frequentar mais esses ambientes. A percepção da falta do cuidado com a saúde por 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.

A gestão da atenção básica, ou também denominada primária, fica sob a 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 relevância para a 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 vão se tornando mais compreensíveis. O conceito de saúde ao longo do tempo foi amadurecido e aprimorado, e, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), é considerado como 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, assim como exposto por Scliar (2007), que 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 vive e da classe social da qual fazem 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.

Nesta 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 do 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 os homens foram 69,4% (IBGE, 2020). Por meio do resultado é possível observar que as mulheres se preocupam mais com a saúde que os homens e que esta 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 de saúde que consideram o gênero são importantes, pois contribuem com a redução da lacuna existente entre a saúde feminina e a masculina. Considerando esta realidade, existem duas políticas públicas que contribuem para essa redução, que são 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.

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? O objetivo geral deste trabalho é analisar a situação dos municípios mineiros considerando as políticas públicas de saúde PNAISM e PNAISH. Como objetivos específicos tem-se: i) identificar variáveis relacionadas às políticas públicas PNAISM e PNAISH e outras que adicionam complexidade na entrega das políticas públicas e; ii) hierarquizar e analisar os municípios mineiros.

Em consonância com a atenção básica, as políticas públicas PNAISM e PNAISH contribuem com a prevenção e consideram a questão de gênero, que se mostra importante pelas diferenças existentes nos cuidados. Analisar os municípios implica em gerar contribuições para que a implementação das políticas seja realizada voltada para a prestação dos melhores serviços ao seu público-alvo.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 As políticas públicas de saúde: PNAISM e a PNAISH

A PNAISM, 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, 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. A mesma 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 envolveu 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.

A elaboração de políticas voltadas para os homens leva em consideração as masculinidades construídas socialmente e os impactos no processo de saúde, adoecimento e cuidado, além de outras barreiras socioculturais existentes na saúde dos homens (COUTO; GOMES, 2012). 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.

Ambas políticas estão direcionadas para a melhoria de variáveis específicas para a saúde de mulheres e de homens. Melhorar os fatores que influenciam a saúde pública acaba por melhorar o desempenho de políticas públicas e os resultados entregues e percebidos pela população.

## 2.2 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 para se atingir o objetivo, como a falta de inter-relação entre setores e fatores externos que não são controláveis.

Carvalho (2013) assinala uma gama de circunstâncias que afetam as condições de saúde, como por exemplo 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. Por intermédio das condições favoráveis de emprego não é só 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 conceito abrangente de determinantes sociais de saúde, apresentado na Figura 1, em que 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), fatores comportamentais e biológicos (atividade física, nutrição, consumo de tabaco e álcool, fatores genéticos), fatores psicossociais (estressores psicossociais, relacionamentos, suporte social, estilos de enfrentamento) e o próprio sistema de saúde, que tem um papel relevante, que por meio do seu acesso, faz 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).

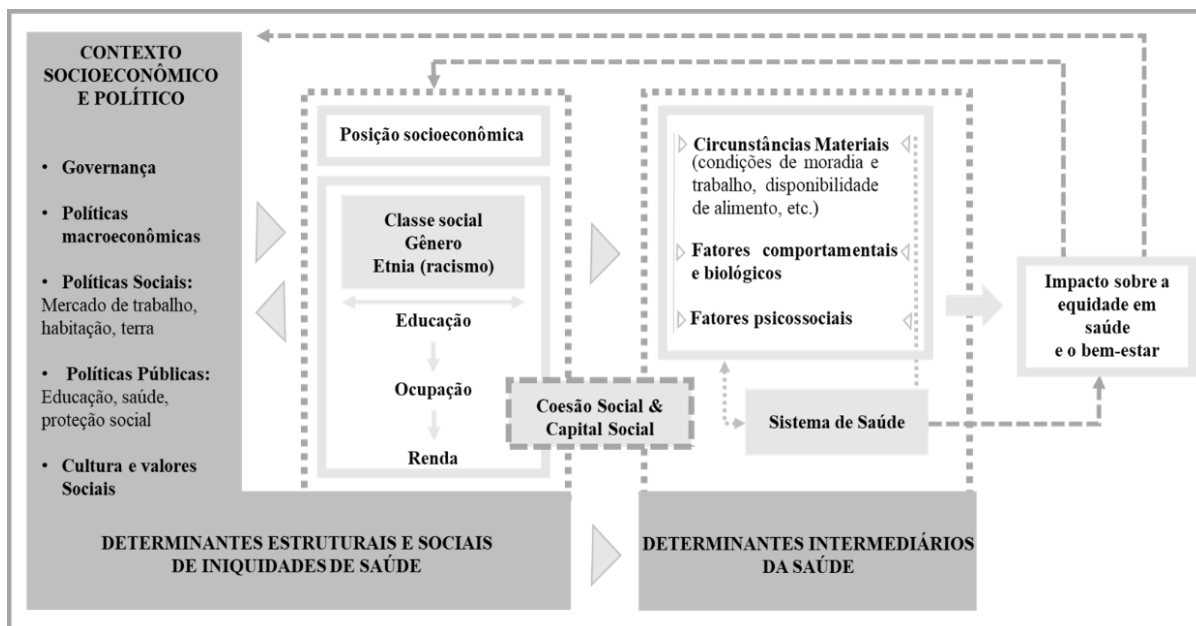


Figura 1 – Modelo conceitual dos determinantes sociais de saúde  
 Fonte: Adaptada de Solar e Irwin (2010).

Uma situação favorável de saúde contribui para o bem-estar, a educação, a coesão social, a conservação do meio ambiente, 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, que é 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), além de contribuir para que as demandas pelos serviços públicos de saúde diminuam. Por outro lado, existe outras discussões que abordam que o fortalecimento da iniciativa privada pode enfraquecer 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.

Ainda como condicionante do desempenho de 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 estes 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.

As variáveis que influenciam o desempenho da saúde pública são fundamentais serem reconhecidas e estudadas tendo em vista que interferem na elaboração, implementação e no andamento dos programas e políticas públicas.

### 3 METODOLOGIA

A presente pesquisa utilizou da abordagem quantitativa para observar o comportamento dos municípios de Minas Gerais por meio dos índices criados. Quanto aos objetivos, a pesquisa se classifica como exploratória por hierarquizar e analisar os municípios de Minas Gerais à luz da PNAISM e da PNAISH. Quanto aos procedimentos técnicos, é classificada como estudo de caso. Dessa forma, os dados utilizados tiveram natureza secundária, referente às variáveis operacionalizadas.

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 terem 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 diretamente 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.

Para hierarquizar e analisar os municípios mineiros, foram construídos os 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, em que possibilita reduzi-las em um conjunto menor de variáveis estatística, denominados fatores com o menor nível de perda de informação relevante. Seu modelo 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 comum 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 for igual 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 1 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 1 – 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 o 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. A dimensão condições de habitação englobou 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, 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.



#### 4 ANÁLISE DOS RESULTADOS

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
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, 2021.

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 da variável “plano de saúde” com 122,19%, isso significa grande discrepância dos valores entre as observações. A variável “Plano de saúde” apresentou valor mínimo de 0,08 e máximo de 68,54 e média de 10,80,

mostrando que apesar de ter observações com mais da metade da população coberta por planos de saúde, a média dos dados mostra uma interpretação contrária, no 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, sendo “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, dentre as famílias participantes, nenhuma 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 Índices utilizados na análise dos municípios mineiros

Para a criação dos índices, foi realizada a análise fatorial exploratória para obter os fatores que os compõem. 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 KMO e o teste de esfericidade de Bartlett. O KMO varia de zero a um e, quanto mais próximo de um, melhor é seu resultado, o limite 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, presentes na 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 1 – 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 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 o documento da PNAISM (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 impactam 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, e 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 nos índices, realizou-se reparametrizações para que os escores fatoriais dos municípios variassem entre zero e um 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 zero e um 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 e, sendo que quanto maior o valor do índice, melhor. 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, zero 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 2 – 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 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 se ter um melhor entendimento da distribuição dos mesmos nos três índices, os índices foram divididos em quatro estratos, sendo divididos 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 3 – 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 grande maioria dos municípios estão no estrato classificado como ruim. Com os piores resultados para este índice estão 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.

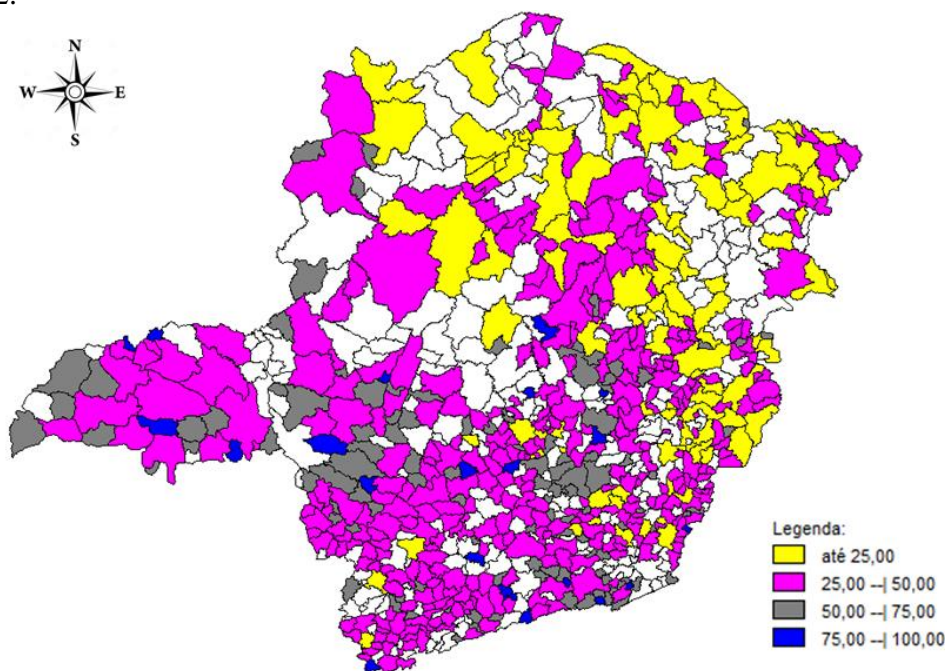


Figura 1 – Mapa de Minas Gerais conforme o ISI

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.

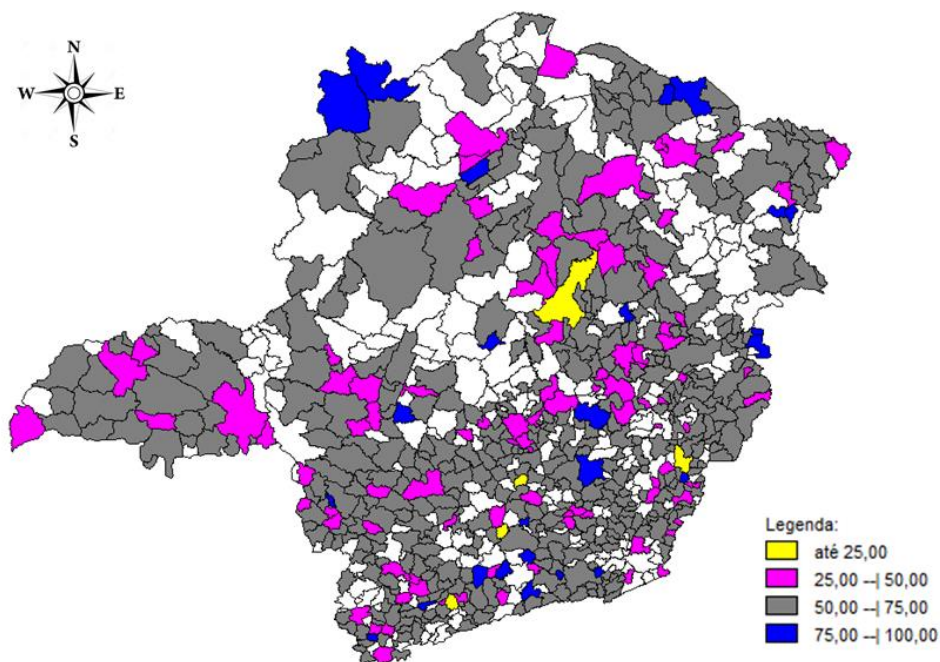


Figura 2 – Mapa de Minas Gerais conforme o ISF  
Fonte: Elaborado pela autora por meio do software TabWin.

O ISM teve um resultado de 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 possui 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.

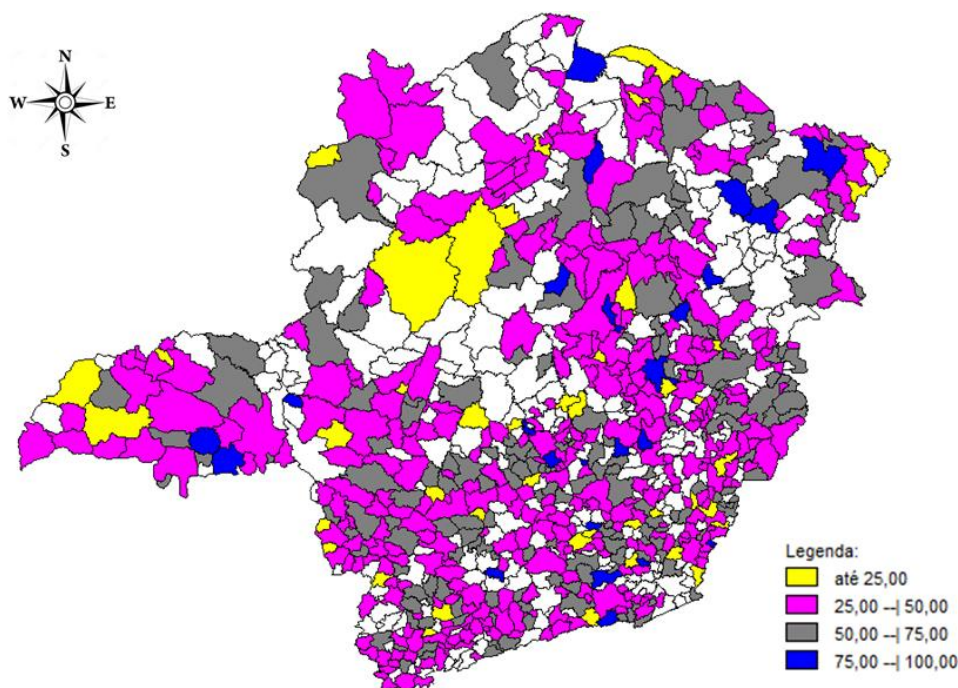


Figura 3 – Mapa de Minas Gerais conforme o ISM  
 Fonte: Elaborado pela autora por meio do software TabWin.

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 bons 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 o 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 o Campo das Vertentes, Central Mineira, Metropolitana de Belo Horizonte, Norte de Minas, Vale do Mucuri, Vale do Rio Doce e Zona da Mata.

## 5 CONCLUSÃO

Neste estudo, pretendeu-se analisar a situação dos municípios mineiros considerando as políticas públicas de saúde PNAISM e PNAISH. Para isso, construiu-se três índices para que os municípios de Minas Gerais fossem hierarquizados e analisados.

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, foram selecionadas variáveis que dialogavam com as políticas públicas PNAISM e PNAISH e que fossem operacionalizadas por elas. Quanto ao segundo objetivo específico, por meio dos índices e da hierarquização verificou-se que uma pequena quantidade de municípios 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.

O baixo quantitativo de municípios dentro do estrato classificado como bom apresenta que o investimento em políticas públicas voltadas para mulheres e homens considerando a perspectiva de gênero tende a gerar significativas mudanças em variáveis específicas e nas

variáveis que não estão diretamente relacionadas com a saúde da mulher e do homem, mas que adicionam complexidade no curso das políticas públicas.

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.

Para estudos futuros sugere-se 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 BIBLIOGRÁFICAS

- ABRUCIO, F. L.; FRANZESE, C.; SANO, H. Trajetória recente da cooperação e coordenação no federalismo brasileiro: avanços e desafios. In: CARDOSO JÚNIOR, J. C.; BERCOVICI, G (Org). **República, Democracia e Desenvolvimento**. Brasília: IPEA, p. 129-160, 2013.
- BARROS, G. L. **Observatório das finanças públicas estaduais**. Instituição Fiscal Independente. Brasília. 2018.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- FARAH, M. F. S. Gênero e políticas públicas. **Rev. Estud. Fem.**, v. 12, n. 1, p. 47-71, 2004.
- FÁVERO, L. P. **Modelos de Regressão com EXCEL®, STATA® e SPSS®**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015.
- 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.

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

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.

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.

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

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

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.

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

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

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

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.

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.