

**Saúde de mulheres e homens: a percepção dos profissionais de saúde sobre as 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 DE MULHERES E HOMENS: A PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE AS POLÍTICAS PÚBLICAS PNAISM E PNAISH

## 1 INTRODUÇÃO

A disparidade no acesso aos serviços de saúde por mulheres e homens colabora para aumentar a distância entre 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 chegam no 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).

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 esta realidade, existem duas políticas públicas que fazem jus a esta necessidade, 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.

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 em 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. A 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 da política nas cinco macrorregiões brasileiras, apresentando que a maioria dos agentes implementadores da PNAISH não a conhecem. Sendo assim, a operam 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).

Galdas, Cheater e Marshall (2005) realizaram uma revisão com a intenção de identificar os motivos dos homens postergarem na busca por cuidados médicos, quando comparado com as mulheres. Os resultados evidenciaram a masculinidade tradicional como 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), no qual 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 de mulheres e 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, por meio das evidências, os homens sofrem com barreiras que os impedem de procurar ajuda médica preventiva, atribuindo 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: como tem sido a execução das políticas públicas PNAISM e PNAISH sob a percepção dos profissionais de saúde? O objetivo geral deste trabalho é analisar o conhecimento das políticas públicas PNAISM e PNAISH na visão dos profissionais de saúde, refletindo sobre as questões de gênero e seus impactos nos cuidados com a saúde. Como objetivos específicos tem-se: i) analisar as políticas PNAISM e PNAISH nos municípios mineiros pela perspectiva dos profissionais de saúde e; ii) 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 em mostrar sua importância e ampliar o 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.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 Gênero e Saúde

As diferenças entre a saúde de homens e mulheres têm 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).

Inicialmente, a concepção de saúde para a mulher estava atrelada à sua visão como grávida ou mãe. Essa condição refletiu 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). Além disso, para Farah (2004) a mulher foi priorizada nas políticas públicas devido sua função na família e, conseqüentemente, multiplicar sobre a família e a sociedade os cuidados. 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 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). 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 que impedem os homens buscarem os serviços de saúde, encontrada pelos autores, 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). Figueiredo e Schraiber (2011) ressaltam que as dificuldades de acesso dos homens ao serviço de saúde não são apenas às causas 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 formada por profissionais mulheres.

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 Os profissionais da saúde: burocratas de nível de rua

Os burocratas de nível de rua, tradução literal de *street-level bureaucrats*, são agentes estatais que prestam serviços aos cidadãos (LIPSKY, 1980). Os burocratas possuem um relevante papel no processo de implementação 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 resultados das políticas públicas. 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 para o quanto os burocratas de nível de rua são importantes para a administração pública e do importante papel que desempenham tanto para os cidadãos como para o Estado.

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.

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 seguirem, 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 com linha tênue, entre cumprir normas, objetivos e lidar com as condições de implementações e com as demandas dos cidadãos.

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).

### 2.3 A PNAISM e a PNAISH

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 política feminina destaca que determinados problemas afetam de forma diferente homens e mulheres.

A política voltada para os homens, PNAISH, tem o objetivo de facilitar e ampliar o acesso de homens aos serviços de saúde, haja visto que a procura é significativamente menor, quando comparado com 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. Consequentemente, 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.

## 3 METODOLOGIA

A presente pesquisa possui abordagem qualitativa, pois possibilitou a proximidade com a realidade nos municípios selecionados para participarem das entrevistas. Quanto aos objetivos, a pesquisa se classifica como exploratória-descritiva. Quanto aos procedimentos técnicos, a pesquisa é classificada como estudo de campo, por utilizar dos documentos das políticas públicas e por aprofundar o entendimento sobre realidades específicas, por meio de entrevistas. Dessa forma, os dados utilizados tiveram natureza primária.

Para a realização das entrevistas foram selecionados dois municípios mineiros, que foram selecionados a partir de uma pesquisa de dissertação de mestrado intitulado “Saúde pública e gênero: uma análise dos municípios mineiros à luz das políticas públicas PNAISM e PNAISH”. Os municípios foram definidos a partir de uma hierarquização de acordo com índice

socioeconômico e institucional similares, mas com índices feminino e masculino diferentes entre si. A escolha de dois municípios para a realização das entrevistas foi em detrimento de conhecer duas realidades, que a partir dos resultados quantitativos, apresentaram oposição no que tange a saúde da mulher e do homem. Posto isso, os municípios escolhidos para serem realizadas as entrevistas foram Rio Paranaíba e Santana do Deserto.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas fundamentadas em um roteiro semiestruturado. 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 cinco entrevistas no total, sendo três em Rio Paranaíba e duas em Santana do Deserto. As entrevistas tiveram um 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 1. As categorias de análise subsidiaram a elaboração do roteiro de entrevista, para que o instrumento de coleta de dados atendesse às necessidades.

Quadro 1 – Categorias da análise de conteúdo

<b>Categorias</b>	<b>Descrição</b>
Perfil dos participantes	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 foi por meio da análise de conteúdo temática, sendo “um conjunto de técnicas de análise das comunicações” visando 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, que é a etapa de codificação e decomposição dos dados em categorias de análise e; o tratamento, que são as inferências e interpretação dos resultados. Considerando o presente estudo, na pré-análise as entrevistas foram transcritas, realizou-se a leitura flutuante de todo material e foi elaborado os indicadores para prosseguir com a análise. A exploração do material foi o momento de organizar o material 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, sendo que as considerações que foram sustentadas a partir disso.

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).

### 3.1 O município de Rio Paranaíba e Santana do Deserto

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). A principal atividade econômica realizada no município é a agricultura, com produção de batata, cebola, alho, cenoura, café, milho, trigo e soja.

A saúde no município oferece os serviços de atenção básica e algumas especialidades, sendo que todos os serviços da 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.

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, densidade demográfica de 21,13 habitantes por Km<sup>2</sup>, de acordo com o Censo Demográfico de 2010 (IBGE, 2018). 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 dos Nelore e *Brahman* para o corte.

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.

## 4 ANÁLISE DOS RESULTADOS

### 4.1.1 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 2 é apresentado o perfil dos participantes.

Quadro 2 – 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	Médica da UBS	Não.

			(Medicina). Não possui especialização.	(1 ano).	
	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. 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 secretária de saúde de Rio Paranaíba, afirmou que seu vínculo com a saúde começou em 1982 e se estendia até o presente momento da entrevista, sendo 39 anos de experiência na saúde em Rio Paranaíba que, segundo ela, possibilitou que viesse a ocupar o cargo de secretária de saúde. A participante PRP1 também apresentou grande experiência na saúde, totalizando 28 anos. O PSD1 informou que são aproximadamente 11 anos. A PRP2, é a que possuía menos tempo, apenas um 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.

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

Embora indiscutível a importância das políticas, como elucidado por Castro, Simonetti e Araújo (2015) e Fontes et al. (2011), nenhum dos participantes apresentou clareza 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” (PRP1), para a PRP2 “assim, 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, de acordo com o PSD1 “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 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 terem adquirido conhecimento durante o período de formação. Esse resultado também foi encontrado por Leal, Figueiredo e Nogueira-da-Silva (2012), em que grande parte dos implementadores da PNAISH não a conheciam, uma realidade que prejudica a atuação dos profissionais que não direcionam suas ações para cumprir os objetivos.

Sobre a razão do desconhecimento das políticas, 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

Quanto ao conhecimento da população sobre as políticas, todos os participantes indicaram que não, principalmente em relação ao nome das políticas. Os prejuízos para a população devido o desconhecimento é 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 é a falta de informação e que isso acarreta no agravamento da situação da doença. Para a PRP3 o prejuízo é o retardo no tratamento.

Já quando questionados sobre os benefícios do conhecimento das políticas pelos cidadãos, PSD1 falou sobre 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.

Quando questionado como a atenção básica é fortalecida no município, em Rio Paranaíba foi apresentado que as unidades ficam abertas oito horas diárias, com a equipe completa, composta pelo médico, enfermeiro, agentes, sendo ao todo cinco equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), e também conta com uma equipe multidisciplinar, composta por fisioterapeuta, nutricionista e psicólogo, que atende as quatro unidades urbanas e também a rural (PRP3; PRP1). 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). 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 apresentou o PSD1.

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

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.

Em 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. Realizavam reuniões nas quais eram apresentados os métodos contraceptivos, para que os participantes analisem e decidam qual escolher. Em Santana do Deserto eram realizadas palestras explicando os métodos e também disponibilizados os métodos contraceptivos.

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). Já em Santana do Deserto, os únicos materiais informativos são os distribuídos pela Superintendência, que vem do estado de Minas Gerais para o município.

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 realizado 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”. Além disso, duas equipes faziam o atendimento quinzenal noturno com o horário estendido para atender os trabalhadores rurais, esse tipo de atendimento acontece somente por meio de agendamento, pois já tentaram por demanda espontânea, porém não obtiveram o retorno esperado.

Foi informado que para os outros grupos não se tem ações específicas nem em Rio Paranaíba nem em Santana do Deserto. A PRP2 compartilhou que já aconteceu de atender algumas mulheres vítimas de violência doméstica e que não tem muito o que ser feito.

Quando perguntados sobre os eventos específicos para mulheres e homens durante o ano, foi mencionado pelos participantes, para as mulheres, o Outubro Rosa, com o foco voltado para exames, como a mamografia e o Papanicolau, e ações de informação. 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.

Com relação às ações realizadas para as gestantes em Rio Paranaíba, foi apresentado 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. Em Santana do Deserto, o PSD1 relatou que no município já teve a Rede Cegonha, sendo 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 a questão cultural, que afasta os homens do acompanhamento.

A presença dos homens se mostrou aquém do esperado tanto nos eventos e ações promovidos, como também no acompanhamento das mulheres grávidas. Isso implica no planejamento familiar 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.

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

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 que se tem entre as políticas 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.

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. 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”.

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

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.

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. 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”.

Em relação à diferença de dificuldades de acesso por mulheres e homens, foi apontado que existem diferenças por todos os participantes, 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

A PRP3 apresentou que tem que fazer um trabalho mais intensivo com os homens, estar “puxando”, a mulher: “já é mais espontânea, ela já procura mais o serviço, ela já interessa mais”.

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

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

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

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, 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 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.

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, nesse caminho a PRP1 disse que seu papel para ampliar a divulgação está falho, pois não realiza a divulgação das políticas e explicou que o incentivo iria fazer com que melhorasse sua atuação. 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 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 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 diferença existente entre Rio Paranaíba e Santana do Deserto.

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 se tenha uma boa divulgação é necessário que os profissionais tenham conhecimento.

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

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, tinham aproximadamente dois

anos que fizeram uma capacitação sobre coleta de material e realização de testes rápidos de HIV, Sífilis, hepatite B e hepatite C, e toda vez que recebia um profissional novo, o mesmo recebia a capacitação on-line. Tinha-se uma capacitação no CEAE, que é em Patos de Minas, e também foi citado um treinamento interno relacionado ao pré-natal que foi realizado pelo ginecologista para médicos e enfermeiros e que, conforme a PRP1, teve um feedback positivo.

Já em Santana do Deserto, não foi informado nenhum tipo de treinamento e desenvolvimento. 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 de equidade de gênero e este ser um termo bastante divulgado, os participantes relataram que nunca tiveram treinamento. 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. 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. Quanto ao acolhimento em Santana do Deserto foi informado que nada foi realizado e em Rio Paranaíba a PRP1 esclareceu que tem feito um trabalho para orientar os profissionais que o acolhimento vai além da triagem do paciente, que é necessário entender o que o usuário precisa, é escutá-lo em suas necessidades.

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 deturpada que não precisam procurar cuidados médicos.

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

Compreender as diferenças e os entraves que as questões de gênero imprimem na saúde são fundamentais para melhorar os serviços, o acolhimento e promover a melhoria na saúde de mulheres e homens (AQUINO, 2006; COSTA-JÚNIOR; COUTO; MAIA, 2016).

De acordo com as observações dos participantes, 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).

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” (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 masculinidade de não aceitar que precisa de cuidados médicos.

Já as mulheres, o oposto dos homens, procuram frequentemente o atendimento médico, como exemplificado: “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).

Com relação a adesão ao tratamento, todos os participantes relataram que a mulher seguia à risca, como pode ser confirmado pela fala da PRP1: “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” 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.

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.

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 médico, 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.

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 com os homens. 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, consultas e exames não foram realizados durante a pandemia, apenas as emergências eram prioridades. 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 intensificar, para pior, a saúde de mulheres e homens.

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 o agravamento durante a pandemia da COVID-19 e os reflexos que esse aumento irá gerar no futuro.

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 CONCLUSÃO

Neste estudo, pretendeu-se analisar o conhecimento das políticas públicas PNAISM e PNAISH na visão dos profissionais de saúde, refletindo sobre as questões de gênero e seus impactos nos cuidados com a saúde. Para isso, escolheu-se dois municípios 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 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 das entrevistas foi que Rio Paranaíba se destacou pelas ações que são promovidas no município. Todavia, 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. O treinamento e a capacitação dos profissionais de saúde são fundamentais na melhoria contínua dos procedimentos e atendimentos. O aperfeiçoamento transcende as 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 parcerias que podem ser firmadas com a Acispes.

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 necessidade da 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 minimizadas 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 cura ele não tem o comportamento de voltar para realizar o acompanhamento. Nesse sentido, a educação e a conscientização fazem diferença pois introduzem mudança 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, que muitas vezes as mulheres se colocam em uma posição 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, inclusive 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 possa reduzir o hiato entre a saúde feminina e 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, reestruturação

de seus textos, objetivos e diretrizes, que promova a discussão de temáticas importantes para a população e também aquelas 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.

Uma 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 a importância de continuar as pesquisas em torno da saúde e do gênero e como 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.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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.

ARRETCHE, 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.

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.

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.

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

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.

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.

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

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.



- 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.
- 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.
- HERRMANN, A. et al. Guia do Pré-Natal do Parceiro para Profissionais de Saúde. **Rio de Janeiro: Ministério da Saúde**, 2016.
- HUPE, P.; HILL, M. Street-level bureaucracy and public accountability. **Public Administration**, v. 85, n. 7, p. 279-299, 2007.
- 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**. 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.
- 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.
- SCHIENBINGER, L. **O feminismo mudou a ciência?** Bauru: EDUSC; 2001.
- 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-vao-ao-medico-ja-com-a-doenca-avancada-aponta-estudo>>. Acesso em: 18 jun. 2020.
- 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.