



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE MEDICINA

Wellington Severino Alves Mamedes

**Intersecções entre gênero e pobreza no contexto da Atenção
Primária em Saúde**

Dissertação apresentado à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Câmpus de Botucatu, para defesa do mestrado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Margareth Aparecida Santini de Almeida

Coorientadora: Prof^a. Dr^a. Dinair Ferreira Machado

Botucatu

2021

Wellington Severino Alves Mamedes

**Intersecções entre gênero e pobreza no contexto da Atenção
Primária em Saúde**

Dissertação apresentado à Faculdade de
Medicina, Universidade Estadual Paulista
“Júlio de Mesquita Filho”, Câmpus de
Botucatu, para defesa do mestrado do
Programa de Pós-Graduação em Saúde
Coletiva.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Margareth Aparecida Santini de Almeida

Coorientadora: Prof^a. Dr^a. Dinair Ferreira Machado

**BOTUCATU
2021**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP

BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE-CRB 8/5651

Mamedes, Wellington Severino Alves.

Intersecções entre gênero e pobreza no contexto da Atenção Primária em Saúde / Wellington Severino Alves Mamedes. - Botucatu, 2021

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu

Orientador: Margareth Aparecida Santini de Almeida

Coorientador: Dinair Ferreira Machado

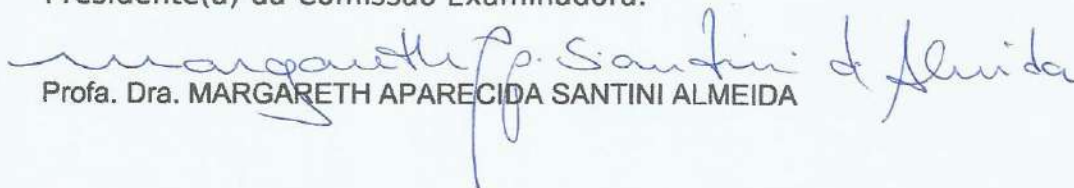
Capes: 40602001

1. Atenção primária à saúde. 2. Profissional da saúde.
3. Interseccionalidade. 4. Programas governamentais. 5. Gênero e saúde.
6. Pobreza.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde; Gênero e saúde;
Interseccionalidade; Profissional da saúde; Programas governamentais.

ATA DA DEFESA PÚBLICA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DE WELLINGTON SEVERINO ALVES MAMEDES, DISCENTE DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA, DA FACULDADE DE MEDICINA.

Aos 09 dias do mês de junho do ano de 2021, às 14:00 horas, por meio de Videoconferência, realizou-se a defesa de DISSERTAÇÃO DE MESTRADO de WELLINGTON SEVERINO ALVES MAMEDES, intitulada **Intersecções entre gênero e pobreza no contexto da Atenção Primária em Saúde**. A Comissão Examinadora foi constituída pelos seguintes membros: Profa. Dra. MARGARETH APARECIDA SANTINI ALMEIDA (Orientador(a) - Participação Virtual) do(a) Depto. de Saúde Pública / FM/Botucatu - Unesp, Prof. Dr. ANTONIO DE PADUA PITHON CYRINO (Participação Virtual) do(a) Depto. de Saúde Pública / FM/Botucatu - Unesp, Prof. Assistente CASSIA MARIA CARLOTO (Participação Virtual) do(a) Depto. de Serviço Social / UEL - Londrina. Após a exposição pelo mestrando e arguição pelos membros da Comissão Examinadora que participaram do ato, de forma presencial e/ou virtual, o discente recebeu o conceito final: APROVADO. Nada mais havendo, foi lavrada a presente ata, que após lida e aprovada, foi assinada pelo(a) Presidente(a) da Comissão Examinadora.


 Profa. Dra. MARGARETH APARECIDA SANTINI ALMEIDA

RESUMO

MAMEDES, W. S.A. Intersecções entre gênero e pobreza no contexto da atenção primária em saúde. Dissertação. Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista. Botucatu, 2020.

O gênero e a pobreza são duas construções sociais com expressões interseccionais, que causam grande impacto nas condições de vida das mulheres beneficiadas pelo Programa Bolsa Família (PBF). Tais fenômenos significam um grande desafio para a saúde coletiva, tanto no seu atendimento, quanto em torná-los melhores compreendidos. Objetivou-se, portanto, apreender as percepções dos profissionais das Unidades de Saúde da Família (USF) sobre a intersecção entre gênero e pobreza no atendimento das mulheres beneficiadas pelo PBF. Os estudos foram apresentados na forma de dois artigos. Um artigo consiste em revisão bibliográfica (artigo 1), por meio das bases de dados Lilacs e Scielo; e o outro foi realizado em quatro USF de diferentes regiões de um município do interior de São Paulo, escolhidas entre aquelas com maior número de beneficiários do PBF no primeiro semestre de 2019 (artigo 2). O primeiro artigo abarcou um corpus de análise de 40 artigos, e o segundo abordou grupo focal e entrevistas semiestruturadas realizadas com profissionais de nível Médio e Superior, e os dados obtidos foram tratados pela Análise de Conteúdo (Temática), proposta por Bardin. As análises dos dados foram referenciadas no arcabouço teórico do gênero dado por Joan Scott e no referencial da interseccionalidade a partir da Kirbelé Crenshaw e dos estudos de “gênero e saúde” na Atenção Primária à Saúde. Os resultados gerais apontaram que os serviços de saúde (re) produzem a lógica de gênero pela valorização de estereótipos de gênero; soma-se a isso a visão preconceituosa dos profissionais sobre as mulheres pobres e beneficiárias do PBF.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde, Profissional da saúde, Programas Governamentais, Gênero e saúde, Interseccionalidade.

ABSTRACT

MAMEDES, W. S.A. Intersections between gender and poverty in the context of primary care. Dissertation (Masters) in Public Health Botucatu Medical School, Paulista State University, Botucatu, 2020.

Gender and poverty are both social constructions with intersectional expressions that cause great impact on the living conditions of women benefited by the Bolsa Família Program (BFP). Such phenomena mean a major challenge for collective health, both in their service as long as in making them better understood. Therefore, it aimed to capture the perceptions of professionals from Family Health Units (FHU) about the intersection between gender and poverty in the care of women benefited by the PBF. The studies were presented as two articles. One of the articles consists from a bibliographic review (article 1), using the Lilacs and Scielo databases; and the other one was carried out in four FHUs from different regions from an inland city of São Paulo , chosen from those with the highest number of BFP beneficiaries in the first half of 2019 (article 2). The first article covered an analysis corpus of 40 articles, and the second approached focus group and semi-structured interviews applied with professionals from Middle and Higher levels, and the obtained data were treated by Content Analysis (Thematic), proposed by Bardin. The data analyzes were referenced in the theoretical framework of gender given by Joan Scott, the intersectionality referential from Kirbelé Crenshaw and from the studies of “gender and health” in Primary Health Care. The general results showed that health services (re) produce the logic of gender through gender stereotypes valorization; added to this the professionals prejudiced view about poor women and beneficiaries of the BFP.

Key-Words: Primary Health Care, Health professional, Government Programs, Gender and health, Intersectionality.

Listas de figuras

Figura 1 – Fluxograma de seleção da amostra de artigos que enfocam gênero e Saúde na atenção primária _____ **27**

Listas de quadros

Quadro 1- Publicações analisadas, conforme grupos populacionais, ordem decrescente por ano de publicação, autoria principal e principais resultados 28

Lista de abreviaturas e siglas

UBS – Unidade Básica de Saúde

USF – Unidade Saúde da Família

SMS – Secretária Municipal de Saúde

PBF – Programa Bolsa Família

APS – Atenção Primária à Saúde

UPeSC – Unidade de Pesquisa em Saúde Coletiva

MS – Ministério da Saúde

Sumário

1. INTRODUÇÃO	9
1.1. A Política de Transferência de Renda no combate à pobreza no Brasil.....	10
1.2. Gênero, Programa Bolsa Família e os serviços de saúde	13
2. OBJETIVOS	15
2.1. Objetivo geral	15
2.2. Objetivos específicos.....	16
3. MÉTODO	16
3.1. Desenho do estudo e embasamento teórico	16
3.2. Etapa 1: Revisão integrativa sobre a desigualdade de gênero na atenção primária (artigo 1) 16	
3.3. Etapa 2: Pesquisa de campo com os profissionais da USF a respeito das mulheres beneficiárias do PBF (artigo 2)	17
3.3.1. Cenário e participantes.....	17
3.3.2. Desenho da pesquisa e técnica da produção de dados.....	19
3.3.3. Análise dos Grupos Focais e das Entrevistas.....	20
3.3.4 Aspectos éticos	21
4. RESULTADOS.....	21
4.1. ARTIGO 1: As barreiras que contribuem para desigualdade de gênero na Atenção Primária à Saúde: uma revisão integrativa ³	23
4.2. Artigo 2 - As percepções dos profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) sobre as mulheres beneficiárias do Programa Bolsa Família.....	49
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	79
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	79
APÊNDICES	83
Apêndice 1: Caracterização da amostra	83
Apêndice 2: Roteiro das entrevistas	84
Questões norteadoras: grupo focal e entrevistas semiestruturadas:.....	84
Apêndice 3: Termo de consentimento livre e esclarecido Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012	85
ANEXO	86
Anexo 1: Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).....	86

1. INTRODUÇÃO

A temática do gênero desperta cada vez mais o interesse e a preocupação da comunidade científica no campo da Saúde Coletiva, uma vez que há o consenso de que esta questão é um importante elemento no processo de determinação social da saúde, que confere ao homem e a mulher modos particulares de vivenciarem a saúde, o adoecer e morrer (Martins e Melo, 2013).

A determinação social da saúde é um fator que está associado ao modo como uma sociedade se organiza, por exemplo: a classe social, o gênero e a raça/etnia, que resultam em desigualdades sociais em saúde, “uma diferença no estado de saúde que é definida por características sociais” (Barata, 2009, p.11). Tais categorias significam relações de poderes e dominação, por isso, marcam posições desiguais entre os grupos de uma determinada sociedade (Zamboni, 2014).

Entretanto, a categoria gênero, quando é analisada de forma isolada, não traduz as complexidades das desigualdades sociais em saúde, por representar apenas uma das desigualdades que podem estar presentes nas trajetórias dos indivíduos (Crenshaw, 2002; Collins, 2015).

Kirbelé Crenshaw (2002) nomeou de interseccionalidade a dinâmica das interações entre o gênero e outros marcadores sociais, com o argumento de que algumas dinâmicas de opressão são invisibilizadas, exatamente por atingirem grupos já marginalizados na sociedade. Nessa perspectiva, a lente interseccional propiciava uma leitura mais aprofundada e fidedigna da realidade que se pretende estudar.

A literatura científica tem indicado que as intersecções entre o gênero e a pobreza estão historicamente presentes nas trajetórias das mulheres (Ipea, 2018). Conforme Martha Nussbaum (1999), a pobreza é um grave problema de violação dos direitos humanos, isso se deve as privações no acesso e no exercício dos direitos fundamentais, que afeta diretamente a capacidade de a mulher enfrentar a opressão de gênero, em seus diversos contextos culturais.

A erradicação da pobreza e da desigualdade de gênero constam entre os Objetivos do Desenvolvimento Sustentáveis (ODS), a serem alcançados até o ano 2030, estabelecidos pela Organização das Nações Unidas (ONU) em parceria com as lideranças mundiais. O que significa um grande desafio para o Brasil que é exponencialmente marcado por profundas desigualdades sociais (Silva, 2010).

Mais de 1 bilhão de pessoas estão em situação de pobreza no mundo, e,

desses, 182 milhões vivem na América Latina, o que faz disso um grave problema social, sobretudo para os países latino-americanos (PNUD, 2018; CEPAL, 2018). Em relação ao Brasil, o relatório realizado em 2017, pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), indicou que 54,8 milhões de brasileiros estavam na faixa estipulada pelo Banco Mundial que considera, como pobres, aqueles indivíduos com rendimentos de até US\$ 5,5/dia PPC (Paridade do Poder de Compra) e ou cerca de R\$ 406,00 mensais (Brasil, 2018a).

O mesmo relatório também apresentou que, no Brasil, as mulheres negras que correspondem aos arranjos monoparentais com filhos até 14 anos de idade estavam entre os grupos mais expostos à extrema pobreza (Brasil, 2018a), demonstrando que o gênero e a raça/etnia têm muito a dizer sobre as desigualdades brasileiras.

As trajetórias de vida das mulheres pobres são marcadas por inúmeras vulnerabilidades sociais, tais como: baixa escolaridade, baixa inserção no mercado de trabalho formal e/ ou a prevalente ocupação de postos de trabalho mais precarizados, soma-se a isso uma maior sobrecarga com o trabalho doméstico não remunerado (Brasil, 2018a). Estas vulnerabilidades estão estruturadas pela construção social de gênero (Saffiotti, 2004). O que indica um contexto social muito mais complexo se o Estado prescindir do gênero na formulação das políticas sociais de combate à pobreza (Carloto, 2012).

1.1. A Política de Transferência de Renda no combate à pobreza no Brasil

A teoria das capacidades, frequentemente utilizada na avaliação das políticas públicas, aborda uma perspectiva multidimensional da pobreza que se contrapõe ao viés econômico das abordagens tradicionais (Rego E Pinzani, 2014). A teoria das capacidades compreende a pobreza não apenas como a carência de renda, mas como a privação dos recursos necessários para que as pessoas realizem determinados projetos que valorizam. Por exemplo, para que as mulheres pobres escolham ir à escola, é preciso que existam medidas efetivas para tornar essa escolha

realmente possível (Sen, 2001). A pergunta central dessa teoria, nesse caso das mulheres, é sobre “o que ela faz e o quanto está em uma posição de fazer (quais são suas oportunidades e liberdades)” (Nussbaum, 1999, p.233).

A partir da década de 1990, alguns países da América Latina e do Caribe passam a implementar os Programas de Transferência Condicionada de Renda (PTCR), como estratégias para dar conta da crescente pobreza existente. Estes programas têm como características: a focalização nas famílias mais vulneráveis socialmente, baseando-se em determinados recortes de renda; assim como a transferência de renda condicionada às responsabilidades familiares na área das políticas de Saúde, Educação e Assistência Social (CARLOTO, 2012).

Silva (2007) sistematizou o desenvolvimento histórico dos Programas de Transferência Condicionada de Renda (PTCR), no Brasil, em cinco importantes momentos, no qual considerou o ano de 1991 como o marco inicial, o ano em que se inicia a discussão, na agenda pública, sobre o Projeto de Lei 80/1991 do senador Eduardo Suplicy, propondo o Programa de Garantia de Renda Mínima. O segundo momento é marcado pela introdução da ideia da articulação entre a garantia de uma renda mínima familiar com a educação, embasado em dois argumentos: o primeiro relacionado ao custo elevado para que as famílias pobres mandem os filhos para a escola; e o outro destacava a deficiência na educação como um fator limitante para a elevação da renda das gerações futuras.

Já o terceiro momento do desenvolvimento histórico dos PTCR ocorreu em 1995, com a experiência exitosa de programas municipais em Campinas, Ribeirão Preto e Santos (São Paulo) e em Brasília. Além, da implantação de importantes Programas Federais de Transferência de Renda, como o Benefício de Prestação Continuada (BPC), que atende idosos e as pessoas com deficiência que tenham renda per capita de $\frac{1}{4}$ do salário-mínimo e sem contribuições para a Previdência Social, e o Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI). O quarto momento se deu em 2001, com a promulgação dos Programas Bolsa Escola e Bolsa Alimentação, pelo Presidente Fernando Henrique Cardoso; e o quinto e último momento se iniciou em 2003, com o governo do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva, que criou o Programa Bolsa Família (PBF), como resultado da unificação dos PTCR da década de 1990 (Bolsa Escola, Auxílio Gás e o Cartão Alimentação) (Silva, 2007).

Ao contrário dos PTCR, os programas de renda mínima universal não exige de seus beneficiários o cumprimento de condicionalidades, garante a transferência de renda de igual valor para todos e não é focalizado apenas nos estratos mais empobrecidos dentre os pobres. É considerado mais direcionado para o bem-estar da população, por permitir que mais pessoas acessem as condições necessárias de subsistência. Países europeus como a Bélgica, a Noruega e a Suíça adotam esse tipo de política de transferência de renda (Diniz, 2007; Silva, 2019) .

Em 2004, o PBF foi regulamentado pela Lei 10.836, e tem sido a principal estratégia do Estado no combate à pobreza e à extrema pobreza – por exemplo, em 2017, beneficiou mais de 14 milhões de famílias. Este programa tem como finalidade promover o acesso das famílias aos direitos sociais básicos (saúde, educação e assistência social), e romper com a perpetuação do ciclo intergeracional da pobreza. Para delimitação do seu público-alvo, utiliza uma linha de pobreza baseada na renda. Em 2018, era considerada família pobre aquela com renda mensal entre R\$ 89,01 e R\$ 178,00/pessoa, podendo participar as famílias que tinham gestantes e crianças/adolescentes entre 0 e 17 anos. As famílias extremamente pobres eram consideradas aquelas com renda per capita de até R\$ 89,00 (Brasil, 2018).

O público feminino corresponde a 93% dos beneficiários titulares do PBF, sendo as mulheres negras a maioria do público nas condições atendidas pelo programa (Camargo et al, 2013) . Os beneficiários assumem, portanto: as responsabilidades pela administração do dinheiro transferido, a manutenção da frequência escolar dos membros beneficiados de 06 a 17 anos, além do acompanhamento vacinal e nutricional das crianças, realização do pré-natal e atividades de promoção do aleitamento materno, de prevenção e promoção da saúde nas Unidades Básicas de Saúde/ Unidades Saúde da Família (Brasil, 2010).

Em termos de saúde pública, o PBF impactou de modo significativo as condições de vida das famílias pobres, destacando-se a redução da desnutrição, da mortalidade infantil e o baixo peso ao nascer, demonstrando a potencialidade da articulação entre as diretrizes do PBF e a Atenção Primária à Saúde- APS (Campello e Neri, 2013).

Por outro lado, estudos de perspectivas feministas aprofundam suas análises nas relações de gênero do PBF, demonstrando que o estabelecimento de condicionalidades geram efeitos negativos para o tempo e o trabalho feminino, sendo

exatamente este um dos fatores ligados às desigualdades existentes entre o homem e a mulher (Mariano e Carloto, 2009; Carloto, 2012; Lavinias et al., 2012; Mariano E Carloto, 2013; Mariano e Souza, 2015; Passos e Waltenberg, 2016; Passos, 2017; Bertholo, 2017; Souza e Mariano, 2018). Estes estudos entendem que o Estado concebeu a mulher pobre como representante do grupo familiar e a direcionou, única e exclusivamente, ao desenvolvimento de atividades consideradas tradicionais.

1.2. Gênero, Programa Bolsa Família e os serviços de saúde

Como já mencionado, o gênero é um construto social que resulta em desigualdades sociais em saúde (Scott, 1995, Barata, 2009). É preciso compreendê-lo para além da socialização familiar, porque também perpassa outras esferas da sociedade, o Estado e as políticas públicas, por exemplo (Wharton, 2004).

As desigualdades de gênero estão naturalizadas por um processo que as desconsideram como expressão do social, para inscrevê-las enquanto características do biológico (Hirata e Kergoat, 2007), o que contribui para sua permanência na sociedade.

Por outro lado, do mesmo modo que a sociedade constrói estereótipos com base no gênero (Scott, 1995), também atribui significados culturais às pessoas em situação de pobreza, os estereótipos da preguiça, do conformismo e da improdutividade (Yazbek, 2012). Rego e Pinzani (2014) identificaram acusações direcionadas aos beneficiários do PBF, nos mais variados contextos, de que os pobres preferem conviver com programas sociais, ao invés de trabalhar.

Goffman (1993) nomeia de estigmatização social o processo de atribuição de características que diferencia e discrimina determinados subgrupos com a intencionalidade de criar barreiras para o seu acesso aos bens materiais e simbólicos.

Assim, a desigualdade de gênero e a pobreza fazem parte das experiências de vida das mulheres beneficiadas pelo PBF. Estas desigualdades não devem ser naturalizadas, muito menos entendidas de forma isolada, visto que esse público se encontra em uma posição social interseccional, “ponto em que tais sistemas se encontram e confluem, afetando de diversas formas as mulheres” (Crenshaw, p.177, 2002).

A Constituição Federal de 1988 concebe a saúde como direito de cidadania, sob a responsabilidade do Estado, sendo garantida por meio de um Sistema Único de Saúde (SUS). Conforme a Lei 8080/1990, o principal objetivo do SUS é a materialização da saúde como direito universal, equitativo, integral e participativo. O primeiro nível de atenção a saúde no SUS é a APS, que tem na Saúde da Família (ESF) a sua principal estratégia de efetivação. A ESF desempenha papel primordial no atendimento da população pobre, porque está localizada nos territórios mais vulneráveis socialmente. Dispõe de programas, serviços e ações que enfocam as famílias, o contexto socioeconômico, sociocultural e, também, epidemiológico de um determinado território. É considerada porta de entrada para os demais serviços do SUS, e abrange, primordialmente, as ações de prevenção, a promoção da saúde, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes (Andrade et al., 2006).

O acompanhamento das beneficiárias do PBF pela ESF deve ser realizado de forma que potencialize o enfrentamento da pobreza e dos demais fatores que interferem em suas condições de vida (Brasil, 2018). Para isso, é necessário que os profissionais se comprometam com a equidade de gênero (Schraiber, 2005). A naturalização da desigualdade de gênero nos serviços de saúde, quando não entendida e debatida, pode desencadear correções morais, práticas autoritárias e excludentes, perpetuando a lógica das assimetrias de gênero.

Estudos da interface gênero e saúde vêm demonstrando que, na APS, por meio do reforço das distinções entre homem e mulher, reiteram-se estereótipos de gênero, fortalecendo a atribuição do autocuidado e do cuidado como atividades exclusivamente femininas (Schraiber, 2005; Schraiber, 2010; Machin et al., 2011; Couto e Dantas 2016). Porém, estes estudos não investigaram gênero dentro da perspectiva que contempla as interações com outros marcadores sociais.

Há uma vasta produção bibliográfica que estuda os efeitos do PBF nas famílias beneficiárias, porém, a ampla maioria desses estudos é de natureza quantitativa e não leva em consideração o aprofundamento na dimensão gênero (Bertholo et al., 2017). Já os estudos que questionam as relações de gênero no PBF não discutem, em específico, a APS. Identificou-se, portanto, uma lacuna do conhecimento sobre as interfaces entre os serviços de saúde, em especial, a ESF e as mulheres beneficiadas pelo PBF.

Dada a relevância e abrangência do tema, o presente estudo, em um primeiro momento, buscou identificar como está sendo a atuação da APS frente à desigualdade de gênero; posteriormente, ampliou-se para a apreensão das intersecções entre gênero e pobreza no atendimento/acompanhamento das mulheres beneficiárias do PBF. Problematizar estas questões abre a possibilidade de uma compreensão mais crítica sobre os aspectos que envolvem o combate das desigualdades pela atenção primária, sobretudo referente às mulheres pobres e assim desenvolver uma atenção mais integral a essas mulheres.

Com a finalidade de abordagens mais abrangentes e de maior aprofundamento na realidade social, portanto, indaga-se: quais barreiras na APS contribuem para a (re) produção das desigualdades de gênero? Como os profissionais de saúde compreendem a intersecção entre gênero e pobreza vivenciada pelas mulheres beneficiárias do PBF? Como as intersecções entre gênero e pobreza constroem especificidades no atendimento das mulheres beneficiárias do PBF? Como as equipes de saúde da família entendem as relações de gênero no PBF? Qual é o papel social que estes profissionais atribuem às mulheres beneficiárias?

Enfim, esse projeto, junto com outras pesquisas, se preocupa com a repercussão entre a desigualdade de gênero e a pobreza, e busca contribuir na área de Saúde Coletiva, quanto à consolidação do direito à promoção da igualdade/equidade, uma vez que os profissionais de saúde são peças fundamentais para o avanço/melhorias do PBF.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo geral

Apreender as percepções dos profissionais das Unidades de Saúde da Família sobre a intersecção entre gênero e pobreza no atendimento das mulheres beneficiadas pelo Programa Bolsa Família.

2.2. Objetivos específicos

- I. Analisar a produção científica acerca da desigualdade de gênero no contexto da Atenção Primária à Saúde;
- II. Reconhecer as barreiras na APS que contribuem para manutenção da desigualdade de gênero
- III. Identificar o conhecimento dos profissionais a respeito do Programa Bolsa Família;
- IV. Conhecer as percepções dos profissionais da saúde sobre a titularidade feminina proposta pelo Programa Bolsa Família e o papel dessa mulher na organização familiar;
- V. Compreender as percepções dos profissionais da saúde quanto à pobreza multidimensional vivenciada pelas mulheres beneficiárias do Programa Bolsa Família.

3. MÉTODO

3.1. Desenho do estudo e embasamento teórico

Para atender aos objetivos propostos, o estudo foi construído em duas etapas: 1. Revisão integrativa da literatura e 2. Pesquisa de campo com os profissionais da USF a respeito das mulheres beneficiárias do PBF.

3.2. Etapa 1: Revisão integrativa sobre a desigualdade de gênero na atenção primária (artigo 1)

Com a finalidade de atender ao *objetivo I e II*, realizou-se revisão bibliográfica da literatura nacional nas bases de dados Scielo e Lilacs, utilizando os descritores “Gender and Health OR Género y Salud OR Género e Saúde) AND (Primary Health Care OR Atención Primaria de Salud OR Atenção Primária à Saúde”. Foram excluídos: dissertações de

mestrado, teses de doutorado, estudos repetidos e estudos que não correspondem ao objeto de pesquisa, e incluídos estudos realizados na atenção primária brasileira, disponíveis na íntegra, no idioma português, inglês ou espanhol, em periódicos nacionais e internacionais, indexação nas bases de dados referidas e sem recorte temporal.

As buscas nas bases de dados foram realizadas no período de agosto a novembro de 2019. No primeiro momento, foram encontrados 262 artigos, que foram processados conforme os critérios de inclusão/exclusão, sendo que 211 estudos foram excluídos por não corresponderem aos critérios de inclusão e 11 entre as bases de dados, resultando em 40 artigos.

O material coletado foi organizado em banco de dados, contendo variáveis sobre autoria, publicação e os principais resultados. Posteriormente, codificados e agrupados por temáticas dentro da área de gênero, a exemplo: violência de gênero e masculinidade.

A revisão integrativa foi orientada pela pergunta: quais as barreiras na atenção primária à saúde que contribuem para a manutenção das desigualdades de gênero?

Cabe destacar que foram desenvolvidos: um quadro contendo as informações sistematizadas dos artigos e uma figura explicativa do processo de realização, que constam dispostas na descrição da metodologia do artigo a seguir.

3.3. Etapa 2: Pesquisa de campo com os profissionais da USF a respeito das mulheres beneficiárias do PBF (artigo 2)

3.3.1. Cenário e participantes

Para atender aos *objetivos de III, IV e V* foi realizada uma pesquisa de campo no município de Botucatu, especificamente em quatro USFs de diferentes regiões (Sul, Leste, Oeste e Norte). Botucatu é caracterizado como um município de médio porte, localizado a 235 km da capital situado na região centro-sul do estado de São Paulo, com uma área de 1.482,87 km², estimativa de 140.000 habitantes e densidade demográfica de 94,33 habitantes/km², para o ano de 2019. Possui um Índice municipal de Desenvolvimento Humano (IDHM) de 0,800, que é superior à média do Estado de São Paulo, 0,783 (Seade, 2020).

De acordo com a Secretária Municipal de Saúde (SMS), Botucatu possui 20 unidades de saúde de atendimento primário, sendo: 02 Centros de Saúde Escola, 06 Unidades Básicas de Saúde (USF) e 15 equipes Estratégia Saúde da Família que estão distribuídas em 12 USFs.

A cidade de Botucatu está organizada em setores baseados no agrupamento censitário referentes às áreas geográficas de abrangência das UBSs e USFs¹¹, sendo a Norte com duas unidades, a Leste com três, a Sul com quatro e a Oeste com três. As UBS se concentram na região central, com uma população mais velha e de maior nível socioeconômico; já as USFs estão nas regiões periféricas, com uma população mais jovem e de menor nível socioeconômico.

A partir dos dados fornecidos pela SMS, identificou-se a distribuição de famílias com perfil saúde por regiões e USF. Essas famílias são aquelas que se enquadram nos critérios de acompanhamento das condicionalidades do PBF pelo setor saúde. Semestralmente, o MS disponibiliza às SMSs uma relação das famílias a serem acompanhadas pelas UBSs e USFs.

O critério para a escolha das USFs a serem pesquisadas foi a proporção de famílias beneficiárias do PBF com perfil de acompanhamento das condicionalidades, segundo dados fornecidos pela Secretaria de Saúde do Município de Botucatu, referente à primeira vigência de 2019. Portanto, foram selecionadas as USFs: Jardim-Iolanda, Aeroporto, Peabiru e Rubião Júnior, respectivamente das Regiões Norte, Sul, Leste e Oeste. Contudo, devido às dificuldades de participação da equipe da USF do Iolanda, substituiu-se pela USF do Jardim Real Park que é da mesma região.

Foram convidados para o estudo os profissionais que de forma direta ou indireta, participavam do PBF nas USFs, como os: ACS, enfermeiros, médicos, técnicos de enfermagem e os auxiliares de enfermagem, odontológicos e administrativos.

¹ A delimitação e adequação das áreas de abrangência das Unidades de Saúde é realizada em Botucatu desde o final da década de 1990, em projeto de parceria entre a Secretaria de Saúde de Botucatu e o Departamento de Saúde Pública, mediante o Projeto de extensão "Botucatu em dados", disponível em: <https://www.fmb.unesp.br/#!/pesquisa/upesc/botucatu-em-dados/>

3.3.2. Desenho da pesquisa e técnica da produção de dados

A técnica escolhida para produção de dados foi o grupo focal, por captar o entendimento, as representações sociais, as atitudes, as crenças e os valores sociais atribuídos a um fato ou fenômeno social (Backes, 2011). Esta é uma técnica *“recomendada pela maior possibilidade que oferece para se pensar coletivamente uma temática que faz parte da vida das pessoas reunidas”* (Westphal, 1996, p.473).

Para isso, foram asseguradas as características apontadas pela literatura como necessárias a um grupo focal. As entrevistas aconteceram em salas adequadas para reuniões e ou atividades grupais, sendo reservadas nos próprios serviços participantes, não foi permitido a entrada de novos participantes após início dos grupos. A composição dos grupos variou de 6 a 8 integrantes, sendo a participação do agentes comunitários majoritária, e os encontros duraram de 40 minutos a 1 hora de discussão.

A aplicação da técnica foi realizada por um moderador que mediu e estimulou a discussão (Backes, 2011), nesse caso, o próprio pesquisador após treinamento. Também participou uma observadora, sendo a orientadora e/ou a coorientadora da pesquisa que ficaram encarregadas de captar as informações não verbais dos integrantes e auxiliar o moderador nas análises de possíveis vieses de condução do grupo (Westphal, 1996).

As entrevistas foram realizadas no primeiro ano de governo do presidente Jair Bolsonaro (2019-2022), que se elegeu com o discurso contrário aos programas sociais, principalmente os de transferência de renda, por esses serem a principal marca da gestão anterior. Esse período significou a ascensão da extrema direita no Brasil, fator que exerceu forte influência nas discussões das entrevistas.

Os grupos ou as entrevistas foram iniciados após ciência dos objetivos e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo os depoimentos gravados por equipamento próprio para essa técnica²², os quais foram transcritos e destruídos após análise dos dados.

Realizou-se contato telefônico com as instituições e o pesquisador agendou um encontro pessoalmente com a enfermeira responsável pelo local, que, após conhecimento da pesquisa, divulgou o convite aos demais trabalhadores sob a sua responsabilidade.

No início de cada grupo foi entregue um formulário para cada participante,

²²Equipamento com 12 canais/microfones para gravação, disponibilizado pela Unidade de Pesquisa em Saúde Coletiva (UpeSC) e operado por profissional com experiência nesse equipamento.

visando obter informações sobre: idade, sexo, cor, escolaridade, ocupação, tempo na unidade e o atendimento que realizava com as beneficiárias (Apêndice A). Posteriormente, dava-se início propriamente ao grupo focal, seguindo as questões norteadoras a respeito do tema: o que você conhece e/ou já ouviu falar do Programa Bolsa Família? Quais as principais vulnerabilidades vivenciadas pelas mulheres beneficiárias? Qual a sua compreensão da titularidade feminina proposta pelo programa? Quais as dificuldades e as facilidades encontradas nos atendimentos dessas mulheres? Qual a sua compreensão a respeito da pobreza? Como sua atuação pode contribuir para o rompimento do ciclo da pobreza das beneficiárias?

Dessa forma, foram realizados quatro grupos focais com a seguinte configuração: *Grupo 1)* auxiliar de enfermagem, enfermeira e ACS, totalizando 7 pessoas. *Grupo 2)* auxiliar de enfermagem e ACS, totalizando 8 pessoas. *Grupo 3)* enfermeira, serviços gerais, ACS e auxiliar odontológico, totalizando 7 pessoas. *Grupo 4)* auxiliar de enfermagem, enfermeira, ACS e serviços gerais, totalizando 5 pessoas, por conta de uma perda após ter iniciado atividade grupal.

Inicialmente, a proposta era ter a participação dos profissionais médicos nos grupos focais. Contudo, esses profissionais e a enfermeira que comporia o *grupo 2* tiveram dificuldades em se ausentar dos atendimentos já agendados. Nesses casos, foram realizadas entrevistas individuais com esses profissionais, gravadas, aplicando um roteiro semiestruturado, com as mesmas questões norteadoras utilizadas nos grupos focais. Ao todo, foram cinco entrevistas, quatro delas com médicos de cada unidade de saúde e uma com a enfermeira referida.

3.3.3. Análise dos Grupos Focais e das Entrevistas

Para uma melhor compreensão dos dados obtidos na pesquisa, foi utilizada, como referencial, a proposta da Análise de Conteúdo elaborada por BARDIN (1979, p.42), que considera esta técnica como:

“Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção [...] destas mensagens.”

Dentre as modalidades da Análise de Conteúdo, foi utilizada a Análise Temática, devido à noção de tema estar ligada a uma afirmação a respeito de determinado assunto. Ela comporta um feixe de relações e pode ser graficamente apresentada por meio de uma palavra, de uma frase, ou de um resumo (MINAYO, 2007, p. 315). Assim, para Bardin (1979, p. 105): “o tema é a unidade de significação

que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia para a leitura”.

Partindo dessas referências, a análise temática desdobrou-se em três etapas, sendo estas norteadoras do presente trabalho: 1) Pré-análise: consistiu na organização do material colhido, tendo em vista os objetivos da pesquisa. Para tal, foi necessária a leitura exaustiva do material, com o objetivo de se identificarem as unidades temáticas. 2) Exploração do material: consistiu essencialmente numa operação classificatória que visa alcançar o núcleo de compreensão do texto. 3) Tratamento dos dados obtidos: o pesquisador propõe inferências e realiza interpretações, inter-relacionando-as com o quadro teórico desenhado inicialmente, ou abre outras pistas com base em novas dimensões teóricas e interpretativas, sugeridas pela leitura do material

3.3.4 Aspectos éticos

Esse projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, na data de 05 de setembro de 2019, protocolo 3.556.827, seguindo as recomendações das diretrizes propostas pela Resolução 466/2012. Os participantes receberam uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), contendo informações sobre a pesquisa e esclarecendo que: a participação é voluntária e anônima, a possibilidade de ter acesso aos dados por eles fornecidos, em qualquer fase do estudo, bem como a interrupção da participação a qualquer tempo.

Os resultados desta pesquisa serão submetidos em periódicos científicos, além de eventos na área de gênero e saúde. Também será remetida cópia do trabalho e relatório sucinto, contendo os principais resultados, à Secretaria Municipal de Saúde de Botucatu e à Organização social Pirangi (responsável pela administração das USFs na cidade).

4. RESULTADOS

Para melhor compreensão e visualização, os resultados foram organizados de forma que contemplassem a estrutura de dois artigos, sendo, no primeiro,

apresentada a análise da revisão integrativa, abordando os fatores que contribuem para a manutenção da desigualdade de gênero na APS; e, no segundo, os dados da pesquisa de campo abordando as percepções dos profissionais da USF sobre as mulheres beneficiárias do PBF.

4.1. ARTIGO 1: As barreiras que contribuem para desigualdade de gênero na Atenção Primária à Saúde: uma revisão integrativa³

RESUMO

Este estudo teve como objetivo identificar as barreiras que contribuem para a (re) produção da desigualdade de gênero na atenção primária à saúde (APS). Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, sem recorte temporal, com busca pelas publicações nas seguintes bases de dados: *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO) e *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde* (LILACS). Os estudos foram selecionados por meio dos descritores controlados combinados com operadores booleanos: (Gender and Health OR Género y Salud OR Gênero e Saúde) AND (Primary Health Care OR Atención Primaria de Salud OR Atenção Primária à Saúde). As análises dos estudos indicaram que os preceitos biologizantes, a hegemonia do modelo biomédico e a falta de uma leitura crítica e totalizante da estrutura de classe, de gênero e de raça por parte dos profissionais, impedem uma abordagem sociocultural de emancipação, corroborando assim para efetivar e naturalizar a desigualdade de gênero nos serviços de APS.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde, Gênero e Saúde, Desigualdade de Gênero.

³ Esse artigo foi submetido para publicação na Revista Ciência e Saúde Coletiva

The barriers that contribute to gender inequality in Primary Health Care: an integrative review

ABSTRACT

The social construction of gender spreads out in several problems that contribute to the health-disease process. This study aimed to identify the factors that contribute to the (re) production of gender inequality in primary health care (PHC). It is an integrative literature review, without time snippet, searching for publications in the following databases: Scientific Electronic Library Online (SciELO) and Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (LILACS). The studies were selected through controlled descriptors combined with boolean operators: (Gender and Health OR Género y Salud OR Gênero e Saúde OR Gênero e Ética OR Saúde e Gênero OR Ética de Gênero) AND (Primary Health Care OR Atención Primaria de Salud OR Atenção Primária à Saúde). The studies' analyzes indicated that the biologizing precepts, the biomedical model hegemony and the lack of a critical and totalizing reading of the class structure, gender and race by professionals, prevent an emancipation social-cultural approach, and therefore corroborating to effect and naturalize gender inequality in PHC services.

Key-words: Primary Health Care, Gender and Health, Gender Inequality.

Introdução

A desigualdade de gênero caracteriza-se como um problema social que repercute no estado de saúde dos indivíduos, o qual pode ser prevenido ou amenizado quando a prática dos profissionais dos serviços de saúde adotam o gênero como fator transversal de determinação social da saúde ¹.

O enfoque de gênero, enquanto uma determinação social em saúde, pressupõe que a estrutura social baseada na desigualdade de gênero contribui para práticas em saúde que dificultam o acesso aos serviços de saúde, e consecutivamente aumentam as iniquidades em saúde. De acordo com o retrato das desigualdades de gênero e raça no período de 1995 a 2015, ainda persistem profundas assimetrias de gênero tanto entre o homem e a mulher, quanto entre as mulheres em diversos âmbitos da sociedade brasileira ².

A violência contra a mulher, por consequência de uma ordem societária patriarcal, é um exemplo concreto de uma estrutura social que favorece a desigualdade de gênero. O feminicídio é um dos aspectos que ilustra a magnitude do problema, uma vez que o Brasil ocupa a 5^o posição no ranking dos países com maior índice deste fenômeno ³.

Outro aspecto que ilustra a desigualdade de gênero no Brasil está relacionado a discriminação contra a população LGBTQIA+ (lésbicas, gays, bissexuais, transexuais, queer, intersexo e assexuais), que configura-se como importante demanda aos serviços de saúde, dada a construção sociohistórica do que se é esperado do masculino e do feminino ⁴.

Nesta mesma lógica, por vezes a saúde masculina é negligenciada, dada a socialização de gênero, muitas vezes os homens acabam retardando o próprio cuidado em saúde ⁵.

As desigualdades de gênero são construídas por meio de representações simbólicas e mitos, por exemplo, em relação às mulheres, sua imagem é associada tanto à docilidade, quanto à ideia de pecado. Estes significados incorporam conceitos normativos sobre ser homem e mulher, expressos nas doutrinas religiosas, arcabouços jurídicos e políticas, dentre outros. O gênero também denota aspectos de subjetividades, modos de ser e sentir e apreende as relações homem e mulher, homem-homem e mulher-mulher ⁶.

Este contexto social demonstra o desfecho de uma problemática complexa que precisa ser compreendida como expressão das normas sociais vigentes, sendo uma

forma de as políticas públicas desenvolverem ações para o enfrentamento ⁷.

No Brasil, paulatinamente vem sendo implementado políticas com enfoque de gênero, na qual a APS, tem sido lócus privilegiado na execução dessas políticas, como a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM/2004), Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH/2008), e a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (2013), além da Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra Mulher (2011). Contudo, estudos têm evidenciado descompassos entre essas políticas e a sua aplicabilidade nos serviços de saúde por diversos motivos, apontando que apenas a publicação da política não basta, é preciso um esforço contínuo para mudar a realidade social ⁷.

Historicamente, a APS surge voltada para o enfrentamento das disparidades sociais. Orienta-se por atributos que contribuem para a identificação e o atendimento das necessidades em saúde: atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, além da orientação familiar/comunitária e a competência cultural ⁸.

Sendo assim, entendendo que o gênero constrói desigualdades e as naturaliza na sociedade, questionou-se: quais são as barreiras na atenção primária à saúde que contribuem para a manutenção ou desnaturalização das desigualdades de gênero?

Métodos

Trata-se de revisão integrativa da literatura. Optou-se por essa abordagem por permitir a sistematização e a síntese de uma ampla gama de estudos acerca de uma problemática específica e previamente definida. Na fase de elaboração, foram seguidas as etapas recomendadas pela literatura, a saber: 1) estabelecimento do problema mediante formulação de hipótese ou questão de pesquisa; 2) seleção da amostra, após definição dos critérios de inclusão e exclusão; 3) caracterização dos estudos (definem-se as informações a serem extraídas dos estudos); 4) análise dos resultados, identificando similaridades e conflitos; 5) Apresentação e discussão dos achados ⁹.

A composição da amostra foi realizada nas seguintes bases de dados: *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO) e *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde* (LILACS). Os estudos foram selecionados por meio dos descritores controlados combinados com operadores booleanos: (Gender and Health

OR Género y Salud OR Gênero e Saúde) AND (Primary Health Care OR Atención Primaria de Salud OR Atenção Primária à Saúde).

A opção por estudar somente o Brasil foi pautada na perspectiva de que as estruturas sociais são distintas por estarem relacionadas a determinados contextos sociais e históricos. Portanto, entendeu-se que a desigualdade de gênero no país foi construída e se destaca diferentemente de outras regiões.

Foram adotados os seguintes critérios de inclusão: estudos realizados na atenção primária brasileira, disponíveis na íntegra no idioma português, inglês ou espanhol, em periódicos nacionais e internacionais, indexação nas bases de dados referidas e sem recorte temporal. Já os critérios de exclusão foram: dissertações de mestrado, teses de doutorado, estudos repetidos e estudos que não correspondem ao objeto de pesquisa. As buscas nas bases de dados foram realizadas no período de agosto a novembro de 2019. A partir disso, foram encontrados 262 artigos. Desses estudos, 211 não correspondiam aos critérios de inclusão e 11 estavam repetidos, sendo o corpus de análise composto por 40 artigos. Conforme descrito na figura 1.

Figura 1. Fluxograma de seleção da amostra de artigos que enfocam Gênero e Saúde na atenção primária



Foi desenvolvido um instrumento para sistematização dos dados com informações referentes a autoria e a publicação: base de indexação, ano, autoria, periódico, título, tipo de estudo, temática, objetivos e os principais resultados.

Resultados e discussão

Dos 40 artigos analisados na íntegra, observou-se a predominância de pesquisas com método qualitativo (34) e apenas 5 quantitativos, e 1 estudo com método misto. Os artigos investigados corresponderam a um corpus de análise sobre o contexto social brasileiro, a maior parte publicada em português, sendo um artigo em inglês. O ano de publicação dos estudos variou de 2005 a 2019, sendo que 55% deles foram publicados nos últimos seis anos (2014-2019).

Dos 40/21 perfizeram o tema de masculinidades, 13 de violência de gênero, 01 sobre a população LGBTQI+, 01 de sexualidade, 01 de gênero e deficiência, 01 de gênero e saúde mental e 02 de saúde da mulher.

A relação dos artigos estudados nesta revisão é apresentada no Quadro 1. Para melhor visualização e análise, as publicações foram codificadas e numeradas dentro de cada grupo para facilitar a discussão, conforme segue: População LGBTQIA+ (LGBT); Masculinidades (M); Violência de gênero (VG); Sexualidade, saúde sexual e reprodutiva (SSSR); Saúde mental (SM); Saúde da mulher (SM); Gênero e deficiência (GD).

Quadro 1. Publicações analisadas segundo grupos populacionais, ano de publicação, autoria e resultados principais.

Periódico Ano/País Código	Título	Autor principal Tipo estudo	de Resultados
População LGBTQIA+ (LGBT)			
Trabalho, educação e saúde 2019 - Brasil (LGBT1)	Representações sociais de trabalhadores da atenção básica à saúde sobre pessoas LGBT	Silva ¹⁰ Qualitativo	Os profissionais reconheceram alguns aspectos da vulnerabilidade desse público, como conflito psicológico e a rejeição social. Porém reforçam preconceitos contra LGBT.
Masculinidades (M)			
Revista baiana de saúde pública 2018 - Brasil (M1)	Cuidado do agente comunitário de saúde junto à população masculina	Leite ¹¹ Qualitativo	Naturalização da relação dos homens com a APS e a valorização dos padrões hegemônicos de masculinidades.
Estudo interdisciplinar em Psicologia 2018 - Brasil (M2)	A ausência masculina na atenção primária à saúde: uma análise da teoria da ação planejada	Chaves ¹² Qualitativo	A procura masculina por serviços primários está relacionada com a percepção que os homens têm sobre seu papel social e das UBS como espaço feminino.

Semina: Ciências Biológicas e da Saúde 2017 - Brasil (M3)	Onde estão os homens? O que os distancia ou os aproxima dos serviços de atenção primária à saúde	Santos ¹³ Qualitativo	A concepção masculina sobre saúde está alicerçada no modelo médico-curativista, nos aspectos culturais das masculinidades e nas barreiras institucionais.
Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online 2017 - Brasil (M4)	O acesso do homem ao serviço de saúde na atenção primária	Solano ¹⁴ Qualitativo	A concepção dos homens/usuários reforçava o senso comum de que o público masculino não precisa de cuidados primários.
Investigacion y Educacion en Enfermeria 2015 - Brasil (M5)	Vivência de homens no contexto da atenção primária à saúde	Oliveira ¹⁵ Qualitativo	O não reconhecimento das singularidades masculina contribuía para o distanciamento deles dos serviços da APS
Psicologia e Sociedade 2015 - Brasil (M6)	Públicos masculinos na Estratégia de Saúde da Família: Estudo qualitativo em Parnaíba-PI	Pereira ¹⁶ Qualitativo	Os profissionais compreenderam os homens pela visão hegemônica de masculinidade e demonstraram desconhecimento da PNAISH.
Revista Eletrônica de Enfermagem 2015 - Brasil (M7)	Como os homens adultos utilizam e avaliam os serviços de saúde	Barreto ¹⁷ Qualitativo,	Os homens utilizam a urgência/emergência para a resolução de seus problemas de saúde e apontam falhas na assistência recebida, como falta de atenção, compreensão e comunicação por parte dos profissionais.

Ciência e Saúde coletiva 2015 - Brasil (M8)	A saúde do homem em questão: busca por atendimento na atenção básica de saúde	Oliveira ¹⁸ Quantitativo	Dos 323 homens cadastrados, 56% buscaram atendimento em saúde e 44% , nunca procuraram o serviço no período de 5 anos.
Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem 2014 - Brasil (M9)	O homem na atenção básica: percepções de enfermeiros sobre as implicações de gênero na saúde.	Albuquerque ¹⁹ Qualitativo	A visão reducionista dos profissionais sobre o gênero dificultava o reconhecimento das barreiras pessoais e sociais relativas à saúde dos homens.
Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem 2014 - Brasil (M10)	Dificuldades de inserção do homem na atenção básica à saúde: a fala dos enfermeiros	Moreira ²⁰ Qualitativo	As principais dificuldades apontadas são: desconhecimento dos homens da importância do cuidado em saúde, despreparo profissional em lidar com esse distanciamento e a feminilização dos serviços primários.
Ciências e saúde coletiva 2014 - Brasil (M11)	Atenção à saúde dos homens no âmbito da estratégia saúde da família	Moura ²¹ , Quantitativo	Foram reveladas as seguintes fragilidades no atendimento dos homens: o horário de funcionamento dos serviços é incompatível com o horário de trabalho dos usuários, ausência de atividade de prevenção para os agravos mais frequentes neste público.
Revista Enfermagem 2013 - Brasil (M12)	Entraves para a implementação de programas assistenciais dirigidos ao público masculino: Visão de profissionais de saúde	Brito ²² Qualitativo	Os principais entraves para a inserção de programas direcionados aos homens foram: naturalização da desigualdade de gênero, o número reduzido de profissionais e o despreparo profissional.

Revista Brasileira de Epidemiologia 2012 - Brasil (M13)	Homens, masculinidade e violência: Estudo em serviços de atenção primária à saúde	Schraiber ²³ Quantitativo	A prevalência de violência sofrida entre homens foi de 79%, sendo a psicológica (63,9%) e a física (52,8%), e a prática contra parceria íntima (52,1%).
Physis 2011 - Brasil (M14)	O atendimento à saúde de homens: estudo qualitativo em quatro estados brasileiros	Gomes ²⁴ Qualitativo	A segmentação de gênero nas ações em saúde contribuem para o reforço da desigualdade de gênero.
Ciências e Saúde coletiva 2011 - Brasil (M15)	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	Figueiredo ²⁵ Qualitativo	O gênero foi retratado de forma naturalizada e estereotipada pelos profissionais e os usuários da saúde.
Interface (Botucatu) 2011 - Brasil (M16)	Questões de sexualidade masculina: gênero e medicalização	Pinheiro ²⁶ Qualitativo	A pesquisa apontou que os serviços da APS não têm dado conta de assistir as necessidades em saúde sexual masculina e feminina.
Ciência e Saúde coletiva 2011 - Brasil (M17)	Concepções de gênero, masculinidade e cuidados em saúde: Estudo com profissionais de saúde da atenção primária	Machin ²⁷ Qualitativo	As concepções dos profissionais contribuem para o reforço da APS como espaço feminino.
Ciência e Saúde coletiva 2011 - Brasil (M18)	Os homens não vêm! Ausência e/ou invisibilidade masculina na atenção primária	Gomes ²⁸ Qualitativo	A pesquisa indica que o baixo investimento do serviço numa perspectiva de gênero contribui para a invisibilidade masculina na APS.

Interface (Botucatu) 2010 - Brasil (M19)	O homem na atenção primária à saúde: Discutindo (in) visibilidade a partir da perspectiva de gênero	Couto ²⁹ Qualitativo	Os profissionais reproduzem estereótipos de gênero que reforçam o distanciamento dos homens da saúde e responsabilizam a mulher pela saúde da família.
Cadernos de Saúde Pública 2010 - Brasil (M20)	Necessidades de saúde e masculinidades: Atenção primária no cuidado aos homens	Schraiber ³⁰ Qualitativo	A APS está direcionada ao atendimento das mulheres e as necessidades em saúde masculina são invisibilizadas.
Ciência e Saúde Coletiva 2005 - Brasil (M21)	Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária	Figueiredo ³¹ Qualitativo	A pesquisa evidenciou que a invisibilidade masculina na APS é acarretada pelo próprio comportamento masculino e também pela fragilidade do serviço em incorporar esse público nas ofertas de ações em saúde.

Violência de gênero (VG)

Cuidado é Fundamental Online 2018 - Brasil (VG1)	Violência Doméstica Contra a Mulher Perpetrada por Parceiro Íntimo: Representações Sociais de Profissionais da Atenção Primária à Saúde	Santos ³² Qualitativo	Os profissionais naturalizam a violência contra a mulher e apresentam discursos com afirmações julgadoras.
Revista gaúcha de Enfermagem 2018 - Brasil (VG2)	Representações sociais da violência contra mulheres rurais para um grupo de idosas	Hirt ³³ Qualitativo	De um lado, as idosas representaram a violência como distante do seu contexto de vida, baseando-se em atos extremos de agressão. Por outro, apresentaram-se vulneráveis à dominação dos homens no contexto de vida e trabalho.

Ciências e Saúde Coletiva 2018 - Brasil (VG3)	Violência doméstica contra mulheres, políticas públicas e agentes comunitários de saúde na atenção primária Brasileira	Signorelli ³⁴ Qualitativo	O estudo revelou uma lacuna entre as políticas públicas direcionadas à violência contra mulheres e a sua incorporação na prática.
Revista de Saúde Pública 2017 - Brasi (VG4) I	Violência por parceiro íntimo no relato de mulheres e de homens usuários de unidades básicas	Barros ³⁵ Quantitativo	A prevalência da violência por parceiro íntimo foi maior entre as mulheres. Elas relataram maior ocorrência de violência do que os homens reconheceram que perpetraram. A percepção da violência foi baixa em ambos os sexos.
Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem 2015 - Brasil (VG5)	Violência contra mulheres rurais: gênero e ações de saúde	Costa ³⁶ Qualitativo	As mulheres rurais foram vistas sob o olhar de sujeição natural. A presença de preconceitos nos serviços de saúde pode estimular práticas discriminatórias.
Interface (Botucatu) 2014 - Brasil (VG6)	O objeto, a finalidade e os instrumentos do processo de trabalho em saúde na atenção à violência de gênero em um serviço de atenção básica	Almeida ³⁷ Qualitativo	Foram destacados a invisibilidade da violência na APS e o desconhecimento profissional sobre a construção social de gênero.
Saúde em Debate 2014 – Brasil. (VG7)	Como os profissionais de saúde atendem mulheres em situação de violência? Uma análise triangulada de dados	Hasse ³⁸ Misto	Embora os profissionais demonstrem condutas adequadas frente a violência contra a mulher, ainda assim são insuficientes para a complexidade deste fenômeno.

Revista da Escola de Enfermagem da USP 2014 - Brasil (VG8)	Representações sociais da violência contra mulheres rurais: desvelando sentidos em múltiplos olhares	Costa ³⁹ Qualitativo	A violência contra a mulher foi vista como destino de gênero e baseada na noção de consentimento, submissão, culpa e medo por parte da mulher.
Cadernos de Saúde Pública 2013 - Brasil (VG9)	Violência doméstica contra mulheres e a atuação profissional na atenção primária à saúde: Um estudo etnográfico em Matinhos, Paraná, Brasil	Signorelli ⁴⁰ Qualitativo	Atendimentos a violência contra mulher centrados em preceitos biologizantes e medicalizantes.
Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil 2012 - Brasil (VG10)	Violência contra a mulher na rede de atenção básica: O que os enfermeiros sabem sobre o problema?	Baraldi ⁴¹ Quantitativo	Os enfermeiros acertaram de 76% a 90,2% das questões sobre a definição de violência de gênero, porém, 70,6% não reconheceram a violência no período gestacional.
Interface (Botucatu) 2009 - Brasil (VG11)	Violência contra a mulher: Percepção dos médicos das unidades básicas de saúde da cidade de Ribeirão Preto, São Paulo	Ferrante ⁴² Qualitativo	Os médicos sentem-se despreparados para abordarem o tema da violência, enfrentam-na com muitos preconceitos de classe social e gênero, quando não delegam para outras políticas sociais.
Ciência e Saúde Coletiva 2009 - Brasil (VG12)	Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero - Uma alternativa para a atenção primária em saúde	D'Oliveira ⁴³ Qualitativo	A pesquisa revelou a necessidade do gênero ser incorporado ao atendimento da mulher que sofre violência doméstica.

Interface (Botucatu) 2009 - Brasil (VG13)	Ações para o enfrentamento da violência contra a mulher em duas unidades de atenção primária à saúde no município do Rio de Janeiro	Borsoj ⁴⁴ Qualitativo	A unidade cujos profissionais foram capacitados demonstrou-se melhor preparada para a identificação da violência quando não expressa explicitamente
-------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Sexualidade, saúde sexual e reprodutiva (SSSR)

Physis 2013 - Brasil (SSSR1)	Sexualidade e reprodução: Discutindo gênero e integralidade na Atenção Primária à Saúde	Pinheiro ⁴⁵ Qualitativo	A pesquisa demonstrou que os profissionais responsabilizam a mulher e desresponsabilizam o homem pelo controle da reprodução, além de associarem a sexualidade à prevenção de IST.
------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Saúde mental (SM)

Revista Latino-Americana de Enfermagem 2019 - Brasil (SM1)	O papel do apoio social no adoecimento psíquico de mulheres	Gaino ⁴⁶ Quantitativo	A maternidade exerceu fator de risco para transtorno mental e o apoio social efeito protetivo para os transtornos mentais em mulheres.
------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------	-------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Saúde da mulher (SM)

Physis, 2018 - Brasil (SM1)	Às Margens do Cuidado: Regulações de Gênero em uma Equipe de Saúde	Oliveira ⁴⁷ Qualitativo	Os profissionais baseiam suas práticas na idealização da mulher/ mãe, aquelas não correspondentes são julgadas moralmente.
-----------------------------	--------------------------------------------------------------------	---------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Escola Anna Nery 2009 - Brasil (SM2)	Integralidade do cuidado à saúde da mulher: limites da prática profissional	Coelho ⁴⁸ Qualitativo	Os resultados revelaram fragilidades quanto à efetivação da integralidade, destacou-se a superficialidade da relação entre profissional e usuárias.
--------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Gênero e deficiência (GD)

Ciência e Saúde. Coletiva 2013 - Brasil (GD1)	Mulheres com deficiência e sua dupla vulnerabilidade: Contribuições para a construção da integralidade em saúde	Nicolau ⁴⁹ Qualitativo	As mulheres com deficiência têm a sua trajetória marcada pela rejeição e superproteção, que servem como obstáculos culturais para que elas exerçam a sexualidade.
-----------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Fonte: As barreiras que contribuem para manutenção da desigualdade de gênero na Atenção Primária à Saúde (2020)

Após leitura crítica e integral dos artigos, foi possível elencar duas categorias temáticas de análise: 1) O olhar biologizante sobre as construções socioculturais; 2) O gênero como determinação social e a desigualdade de gênero como determinante social em saúde.

O olhar biologizante sobre as construções socioculturais

Em geral os estudos apontaram que a construção social de gênero não é questionada e problematizada pelos profissionais da APS. A racionalidade biomédica contribuiu para a reprodução da desigualdade de gênero nas práticas dos profissionais.

A forma como os profissionais de saúde compreendem a mulher e o homem demonstra o reforço da construção patriarcal nos serviços da APS. A ordem patriarcal contemporânea confere ao homem o direito de dominação e exploração das mulheres, sendo algo que perpassa pela sociedade civil, até o Estado. Essa lógica de opressão utiliza do artifício do estado natural para construir relações hierárquicas, na qual os homens são detentores das capacidades e os atributos necessários para vida civil (político), enquanto as mulheres, baseando-se na suposta natureza feminina, são inferiorizadas e remetidas ao espaço privado^{50, 51}.

A construção patriarcal é introjetada nos indivíduos já na infância, desde o nascimento, meninos e meninas são estimulados a agirem de acordo com a construção patriarcal de feminilidade e masculinidade⁵². Os brinquedos infantis, é um exemplo claro dessa lógica na sociedade⁵³. Nesse sentido, os profissionais de saúde foram socializados sob essa ótica, portanto, reproduzem na prática o que aprenderam da estrutura social.

No que refere ao atendimento da violência de gênero, a literatura consultada indicou que os profissionais da APS baseiam-se no senso-comum e a tratam como demanda específica da psicologia e serviço social (M20, VG9, VG 1, VG 6). Assim, a violência contra a mulher é vista por preceitos biologizantes que geram culpa, revitimização e focalizam o tratamento das lesões aparentes (VG1, VG5, VG4, VG6, VG8, VG9, VG12, GSM1).

Alguns estudos destacaram que a naturalização dos estereótipos de gênero perpassam as práticas profissionais, reproduzindo assim o homem viril, forte e sem

necessidade dos cuidados em saúde, e a mulher meramente como cuidadora, cujo o corpo deve ser vigiado e controlado simplesmente na esfera da saúde sexual e reprodutiva. (M1, M2, M3, M6, M7, M8, M9, M13, M15, M16, M20, M21).

Este contexto é reflexo da formação dos profissionais da saúde, em relação ao fato de ser hegemônico o embasamento nas ciências biomédicas. O ensino em saúde é caracterizado por um formato centrado no conhecimento técnico da assistência individual às doenças, que recobre a relevância da interface entre a saúde e os aspectos políticos, socioeconômicos e socioculturais que organizam a vida em sociedade. Há consenso de que o ensino em saúde acontece de forma desarticulada com os referenciais dos SUS e as necessidades sociais em saúde da população. O direcionamento da formação em saúde para o SUS e para o enfrentamento das expressões da questão social na saúde tem o potencial de romper com a perpetuação do biologicismo nos serviços de saúde ⁵⁴.

O saber biomédico não dá conta de compreender a desigualdade de gênero porque está fundamentado em princípios de causalidade linear e mecânica. Nesse modelo, os sujeitos são vistos de forma fragmentada e isolada do seu contexto social frutos de uma abordagem sociológica positivista ⁵⁵.

Schraiber⁷ entende que isto ocorre porque os profissionais estão alheios à expressão social de suas práticas, muitos, apesar de reconhecerem a equidade de gênero como algo necessário, não a compreendem como parte de sua competência profissional.

Nessa direção, para o avanço das políticas com ênfase em gênero, a hegemonia do paradigma biomédico precisa ser amplamente problematizada, quanto ao (re) forço das assimetrias de gênero, pois, é inegável a sua contribuição para a invisibilidade do gênero nos serviços de saúde ⁷.

O gênero como determinação social e a desigualdade de gênero como determinante social em saúde.

Os estudos apontaram para desarticulação entre as políticas sociais com enfoque de gênero e a prática profissional, indicando assim que a visão naturalizada dos profissionais não contribui para a compreensão das desigualdades de gênero como um determinante social em saúde (M18, VG13, M12, VG6, VG3).

A falta de incorporação das políticas nas práticas de saúde não ocorre pelo

simples desconhecimento dos profissionais, e sim porque o exercício profissional é uma instância distinta da política, que ainda permanece em constante conflito, especialmente referente à questão de gênero ⁷.

Nesse caso, a desigualdade de gênero não é apreendida como um determinante social justamente porque o gênero não é apreendido como estruturante da sociedade e, portanto, não é concebido como uma determinação social, ou seja, uma ordem societária que orienta e legitima práticas, comportamentos e visões de mundo ⁵⁶.

A noção de determinação social compreende a saúde e a doença a partir de um processo que é determinado pelo modo como a sociedade se organiza. Ou seja, o gênero, a classe social e a raça/etnia são construções sociais que operam como processos de determinação social da saúde. Essa leitura contribui para um maior aprofundamento nas raízes dos problemas sociais na saúde dos sujeitos ⁵⁶.

A baixa perspectiva crítica do gênero enquanto determinação social em saúde contribui para o déficit de estratégias de enfrentamento da problemática em questão. (M6, M9, SM2, M11, M10, VG5, VG7, VG11, M4, VG10). Crenças e valores sociais estão contidos nos olhares dos profissionais de saúde, visíveis pelo modo como justificam as desigualdades de gênero baseando-se em estigmas e estereótipos de gênero (M5, M14, M15, M17, M18, M19, M20, GD1). O que significará diferentes desdobramentos para o gênero.

Os estereótipos de gênero podem ser concebidos como um conjunto de crenças que atribuem características físicas e comportamentais consideradas adequadas aos homens e às mulheres ⁵⁷.

Erving Goffman ⁵⁸, pensa o estigma como uma marca negativa que é atribuída a determinados tipos de pessoas, com a intenção de criar barreiras ao seu acesso aos bens simbólicos e sociais. Parker ⁵⁹ pontua que o estigma vai além da atribuição de um atributo negativo, porque é um processo social relacionado ao poder e à dominação que estabelece quem será valorizado e desvalorizado. Deste modo, estigmas e estereótipos podem funcionar de forma interseccionada ⁶⁰.

Na perspectiva do feminino, as práticas de saúde, em geral, estão relacionadas à saúde sexual e reprodutiva. A mulher, ao ser responsabilizada pela reprodução, passa a ter o corpo sob domínio de uma medicina biologicista que controla a sexualidade e reproduz o patriarcado (M5, M14, M15, M17, M18, M20). Assim, elas

são responsabilizadas pelo cuidado da própria saúde, da saúde dos filhos e, também, são acionadas para o cuidado da saúde dos parceiros (M15, M17, M18).

Ainda dentro dessa lógica, os corpos que transgridem as fronteiras da orientação sexual e da identidade de gênero são tidos enquanto pessoas com comportamentos pecaminosos, promíscuos e antinaturais, sendo, muitas vezes, essa leitura orientada por valores sociais e morais de como o comportamento do outro deve ser controlado e/ou tratado (LGBT1).

A heterossexualidade está estabelecida como um modelo de normalidade que deslegitima, com base na genitália, as formas não correspondentes à percepção binária de homem e mulher. Assim, os seres não correspondentes aos padrões “normais” – seja por não adequação do gênero ao sexo biológico (percepção como sendo homem ou mulher), ou desconformidade com a orientação sexual socialmente aceita (homossexualidade) – são tratados de forma discriminatória ⁶¹.

Embora, tenha ocorrido movimento contrário referente à discriminação do público LGBTQI+ nos serviços de saúde, como a publicação, em 2006, da carta de direitos dos usuários da saúde, por meio da portaria nº 675, que contemplou o direito de receber tratamento pelo nome social e atendimento sem qualquer forma de preconceitos de gênero, além da promulgação, em 2013, da Política Nacional de Saúde Integral de LGBT, dentre outros ⁴.

Contudo, apesar destes avanços, um estudo de revisão integrativa demonstrou que a heteronormatividade e a homofobia institucional configuram-se como principal obstáculo para que as referidas políticas sejam implementadas no âmbito dos serviços de saúde. O que contribui para o reforço das vulnerabilidades enfrentadas pela população LGBTQI+, com poucas iniciativas realizadas para sensibilizar os profissionais de saúde para o atendimento não discriminatório ^{4, 62}.

Estes achados revelam um contexto totalmente contrário à proposta da APS, que tem a tecnologia relacional como questão fundamental para produção de saúde. Nessa lógica, valoriza-se o encontro entre profissional-usuário, pois, a fala e a escuta desempenham papel importante para o reconhecimento das necessidades de saúde dos sujeitos ⁶³.

O agir profissional, “o trabalho vivo em ato”, é um elemento determinante da produção do cuidado ⁶³. Ou seja, as intervenções dos profissionais podem implicar no cuidado em saúde. Assim, as práticas de saúde são atravessadas pela visão de

mundo dos profissionais, questão que precisa ser considerada pelos gestores e formuladores das políticas de saúde ⁷.

Considerações finais

O presente estudo possibilitou identificar os avanços e as limitações da incorporação do gênero na APS. Os preceitos biologizantes revelaram-se fortemente arraigados nas práticas de saúde e nos olhares dos profissionais. Desta forma, o principal fator impeditivo para APS é a hegemonia do modelo biomédico, pois, o gênero requer problematizações socioculturais que extrapolam a capacidade desta racionalidade.

As concepções preconcebidas e discriminatórias evidenciaram um distanciamento entre as práticas de saúde e os princípios fundamentais dos SUS: universalidade, equidade e integralidade, frutos de uma ordem societária patriarcal e sexista. Um fator central para o êxito das políticas de saúde é o fortalecimento e a capacitação dos profissionais de saúde para o enfrentamento das desigualdades sociais em saúde.

Referências

1. Barata RB. *Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009. 120 p.
2. Brasil. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. *Retrato das desigualdades de gênero e raça - 1995 a 2015* [Internet]. Brasília: IPEA; 2017 [acessado 2019 Jul 28]. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=29526
3. Brasil. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Fórum Brasileiro de Segurança Pública. organizadores. *Atlas da violência 2019* [Internet]. São Paulo: IPEA, Fórum Brasileiro de Segurança Pública; 2019 [acessado 2019 Jul 28]. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=34784

4. Mello L, Perilo M, Braz AC, Pedrosa C. Políticas de saúde para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil: em busca de universalidade, integralidade e equidade. *Sexual Salud Soc* 2011; (9):7-28.
5. Couto MT, Dantas SMV. Gênero, masculinidades e saúde em revista: a produção da área na revista Saúde e Sociedade. *Saude Soc* 2016; 25(4):857-868.
6. Scott J. Gênero: uma categoria útil para a análise histórica. *Educ Real* 1995; 20(2):71-99.
7. Schraiber LB. Necessidades de saúde, políticas públicas e gênero: a perspectiva das práticas profissionais. *Cienc Saude Colet* 2012; 17(10):2635-2644.
8. Starfield B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde; 2002. 726 p.
9. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm* 2008; 17(4):758-764.
10. Silva ALR, Finkle M, Moretti-Pires RO. Representações sociais de trabalhadores da atenção básica à saúde sobre pessoas LGBT. *Trab Educ Saude* 2019; 17(2):93-102.
11. Leite RV, Pereira APCM. Cuidado do agente comunitário de saúde junto a população masculina. *Rev Baiana Saude Publica* 2018; 42(1):158-177.
12. Chaves JB, Fernandes SCS, Bezerra DS. A ausência masculina na atenção primária à saúde: uma análise da Teoria da Ação Planejada. *Est Inter Psicol* 2018; 9(3):38-57.
13. Santos KO, Santos EM. Onde estão os homens? O que os distancia ou os aproxima dos serviços da atenção primária à saúde. *Semina: Cienc Biol Saude* 2017; 38(1):79-88.
14. Solano LC, Bezerra MAC, Medeiros RS, Carlos EF, Carvalho FPB, miranda FAN. O acesso do homem ao serviço de saúde na atenção primária. *Rev Pesqui Cuid Fundam Online* [periódico na Internet]. 2017 [acessado 2020 mar 20]; 9(2):302-308. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i2.302-308>
15. Oliveira PP, Santos WJ, Viegas SMF, Silveira EAA, Rodrigue AB. Vivência de homens no contexto da Atenção Primária de Saúde. *Invest Educ Enferm* 2015; 33(2):227-236.

16. Pereira MCA, Barros JPP. Públicos masculinos na estratégia de saúde da família: estudo qualitativo em Parnaíba-PI. *Psicol Soc* 2015; 27(3):587-598.
17. Barreto MDAS, Arruda GDEO, Marcon SS. Como os homens adultos utilizam e avaliam os serviços de saúde. *Rev Eletron Enferm* [periódico na Internet]. 2016 [acessado 2020 Mar 10]; 17(3):1-8. disponível em: <https://doi.org/10.5216/ree.v17i3.2962>
18. Oliveira MM, Daher DV, Silva JLL, Andrade SSCA. A saúde do homem em questão: busca por atendimento na atenção básica de saúde. *Cienc Saude Colet* 2015; 20(1):273-278.
19. Albuquerque GA, Leite MF, Belém JM, Nunes JFC, Oliveira MA, Adami F. O homem na atenção básica: percepções de enfermeiros sobre as implicações do gênero na saúde. *Esc Anna Nery* 2014; 18(4):607-614.
20. Moreira RLSF, Fontes WD, Barboza TM. Dificuldades de inserção do homem na atenção básica à saúde: a fala dos enfermeiros. *Esc Anna Nery* 2014; 18(4):615-621.
21. Moura EC, Santos W, Neves ACM, Gomes R, Schwarz E. Atenção à saúde dos homens no âmbito da Estratégia Saúde da Família. *Cienc Saude Colet* 2014; 19(2):429-438.
22. Brito RS, Santos DLA. Entraves para a implementação de programas assistenciais dirigidos ao público masculino: visão de profissionais de saúde. *Rev Enferm UERJ* 2014; 21(5): 654-659.
23. Schraiber LB, Barros CRS, Couto MT, Figueiredo WS, Albuquerque FP. Homens, masculinidade e violência: estudo em serviços de atenção primária à saúde. *Rev Bras Epidemiol* 2012; 15(4):790-803.
24. Gomes R, Schraiber LB, Couto MT, Valença OAA, Silva GSN, Figueiredo WS, Barbosa MR, Pinheiro FT. O atendimento à saúde de homens: estudo qualitativo em quatro Estados Brasileiros. *Physis* 2011; 21(1):113-128.
25. Figueiredo WS, Schraiber LB. 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. *Cienc Saude Colet* 2011; 16 Supl 1: 935-944.
26. Pinheiro TF, Couto MT. Sexualidade e reprodução: discutindo gênero e integralidade na Atenção Primária à Saúde. *Physis* 2013; 23(1):73-92.

27. Machin R, Couto MT, Silva GSN, Schraiber LB, Gomes R, Figueiredo WS, Valença OA, Pinheiro TF. Concepções de gênero, masculinidade e cuidados em saúde: estudo com profissionais de saúde da atenção primária. *Cienc Saude Colet* 2011; 16(11):4503-4512.
28. Gomes R, Moreira MCN, Nascimento EF, Rebello LEFS, Couto MT, Schraiber LB. Os homens não vêm! Ausência e/ou invisibilidade masculina na atenção primária. *Cienc Saude Colet* 2011; 16 Supl 1:983-992 .
29. Couto MT, Pinheiro TF, Valença O, Machin R, Silva NSG, Gomes R, Schraiber LB, Figueiredo WS. O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in) visibilidade a partir da perspectiva de gênero. *Interface (Botucatu)* 2010; 14(33):257-270.
30. Schraiber LB, Figueiredo WS, Gomes R, Couto MT, Pinheiro TF, Machin R, Silva GSN, Valença O. Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. *Cad Saude Publica* 2010; 26(5):961-970.
31. Figueiredo WS. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. *Cienc Saude Colet* 2005; 10(1):105-109.
32. Santos WJ. Violência doméstica contra a mulher perpetrada por parceiro íntimo: representações sociais de profissionais da Atenção Primária à Saúde. *Rev Pesqui Cuid Fundam Online* [Periódico na Internet]. 2018 [acessado 2020 Mar 15]; 10(3):770-777. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i3.770-777>.
33. Hirt MC, Costa MC, Arboit MTL, Hesler LZ, Silva EB. Representações sociais da violência contra mulheres rurais para um grupo de idosas. *Rev Gaucha Enferm* 2017; 38(4):1-8.
34. Signorelli MC, Taft A, Pereira, PPG. Violência doméstica contra mulheres, políticas públicas e agentes comunitários de saúde na atenção primária brasileira. *Cienc Saude Colet* 2018; 23(1):93-102.
35. Barros CRS, Schraiber LB. Violência por parceiro íntimo no relato de mulheres e de homens usuários de unidades básicas. *Rev Saude Publica* 2017; 51(7):1-10.
36. Costa MC, Lopes MJM, Soares JSF. Violência contra mulheres rurais: gênero e ações de saúde. *Esc Anna Nery* 2015; 19(1):162-168.

37. Almeida LR, Silva ATMC, Machado LS. O objeto, a finalidade e os instrumentos do processo de trabalho em saúde na atenção à violência de gênero em um serviço de atenção básica. *Interface (Botucatu)* 2014; 18(48):47-60.
38. Hasse M, Vieira EM. Como os profissionais de saúde atendem mulheres em situação de violência? Uma análise triangulada de dados. *Saude Debate* 2014; 38(102):482-493.
39. Costa MC, Lopes MJM, Soares JSF. Representações Sociais da violência contra mulheres rurais: desvelando sentidos em múltiplos olhares. *Rev Esc Enferm USP* 2014; 48(2):213-221.
40. Signorelli MC, Auad D, Pereira PPG. Violência doméstica contra mulheres e a atuação profissional na atenção primária à saúde: um estudo etnográfico em Matinhos, Paraná, Brasil. *Cad Saude Publica* 2013; 29(6):1230-1240.
41. Baraldi ACP, Almeida MA, Perdoná CG, Vieira ME. Violência contra a mulher na rede de atenção básica: o que os enfermeiros sabem sobre o problema? *Rev Bras Saúde Mater Infant* 2012; 12(3):307-318.
42. Ferrante FG, Santos MA, Vieira EM. Violência contra a mulher: percepção dos médicos das unidades básicas de saúde da cidade de Ribeirão Preto, São Paulo. *Interface (Botucatu)* 2009; 13(31):287-299.
43. D' Oliveira AFPL, Schraiber LB, Hanada H, Durand J. Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero: uma alternativa para a atenção primária em saúde. *Cienc Saude Colet* 2009; 14(4):1037-1050.
44. Borsoi TS, Brandao ER, Cavalcanti MLT. Ações para o enfrentamento da violência contra a mulher em duas unidades de atenção primária à saúde no município do Rio de Janeiro. *Interface (Botucatu)* 2009; 13(28):165-174.
45. Pinheiro TF, Couto MT, Silva GSN. Questões de sexualidade masculina na atenção primária à saúde: gênero e medicalização. *Interface (Botucatu)* 2011; 15(38):845-858.
46. Gaino LV, Almeida LY, Oliveira JL, Nievas AF, Saint-Arnault D, Souza J. O papel do apoio social no adoecimento psíquico de mulheres. *Rev Lat Am Enfermagem* 2019; 27:1-12.
47. Oliveira ÉCS, Pezzato LM, Mendes R. Às margens do cuidado: regulações de gênero em uma equipe de saúde. *Physis* 2018; 28(2):1-20.

48. Coelho EAC, Oliveira TCS, Oliveira FJO, Almeida MS. Integralidade do cuidado à saúde da mulher: limites da prática profissional. *Esc Anna Nery* 2009; 13(1):154-160.
49. Nicolau SM, Schraiber LB, Ayres JRCM. Mulheres com deficiência e sua dupla vulnerabilidade: contribuições para a construção da integralidade em saúde. *Cienc Saude Colet* 2013; 18(3):863-872.
50. Saffioti HIB. *Gênero, patriarcado, violência*. São Paulo: Expressão Popular, Fundação Perseu Abramo; 2015. 160 p.
51. Pateman C. *The sexual contract*. Stanford: Stanford University Press; 1988. 343 p.
52. Machado DF, Castanheira ERL, Almeida MAS. Interseções entre socialização de gênero e violência contra a mulher por parceiro íntimo. *Cienc Saude Colet* [Periódico na Internet]. 2020 [acessado 2020 Mar 14]. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/intersecoes-entre-socializacao-de-genero-e-violencia-contra-a-mulher-por-parceiro-intimo/17565?id=1756>
53. Nascimento ACO. A influência da ideologia patriarcal na definição dos brinquedos infantis. *Rev Pauta* 2016; 14(37):296-318.
54. Carvalho YM, Ceccim RB. Formação e educação em saúde: aprendizados com a Saúde Coletiva. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond-Junior M, Carvalho YM, organizadores. *Tratado de Saúde Coletiva*. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2008. p. 137-170.
55. Camargo KR Jr. A Biomedicina. *Physis* 2005; 15(Supl):177- 201.
56. Garbois JÁ, Sodré F, Dalbello-Araujo M. Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde. *Saude Debate* 2017; 41(112):63-76. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201711206>.
57. D' Amorim MA. Estereótipo de gênero e atitude acerca da sexualidade em estudos sobre jovens brasileiros. *Temas Psicol* 1997; 5(3):121-134.
58. Goffman E. *Estigma: nota sobre a manipulação da identidade deteriorada*. 6ª ed. Rio de Janeiro: Zahar; 1998. 172 p.
59. Parker R. Interseções entre estigma, preconceito e discriminação na saúde pública mundial. In: Villela W, organizador. *Estigma e saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2013. p. 13-25.
60. Link B, Phelan J. Conceptualizing stigma. *Ann Rev Sociol* 2001; 27(6):363-385.

61. Mélló PR. Corpos, heteronormatividade e performances híbridas. *Psicol Soc* 2012; 24(1):197-207.
62. Albuquerque GA, Garcia CL, Alves MJH, Queiroz CMHT, Adami F. Homossexualidade e o direito à saúde: um desafio para as políticas públicas de saúde no Brasil. *Saúde Debate* 2013; 37(98):516-524.
63. Merhy EE. O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. In: Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Rev-SUS Brasil: caderno de textos*. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. p. 108-137.

4.2. Artigo 2 - As percepções dos profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) sobre as mulheres beneficiárias do Programa Bolsa Família

Resumo

Objetivo: Apreender as percepções de profissionais de saúde a respeito da intersecção entre o gênero e a pobreza no atendimento das mulheres beneficiárias do Programa Bolsa Família (PBF). **Métodos:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa. Participaram do estudo 32 profissionais com diferentes níveis de formação, que englobou quatro unidades Estratégia Saúde da Família (ESF) de diferentes regiões de um município do interior paulista. Para coleta de dados, foram utilizadas as entrevistas semiestruturadas e a técnica do grupo focal, que abordou os profissionais a partir das suas experiências com as mulheres titulares do PBF. Posteriormente, os dados foram trabalhados com a técnica da análise de conteúdo proposta por Bardin. **Resultados:** As percepções dos profissionais entrevistados revelaram-se baseadas no modelo estereotipado de gênero e nos estigmas associados à pobreza, de forma que as beneficiárias foram culpabilizadas pelos problemas sociais que vivenciam. **Conclusão:** Os resultados demonstraram que as condicionalidades de saúde do PBF contribuem para o reforço das assimetrias de gênero e para o julgamento moral das mulheres titulares do PBF.

Palavras-Chave: Programas Governamentais, Atenção Primária à Saúde, Programa Bolsa Família, Gênero e saúde.

The perceptions of professionals in the Family Health Strategy about women who are beneficiaries of the BFP

Abstract

Objective: To apprehend the health professionals' perceptions regarding the intersection between gender and poverty in the service care of women beneficiaries of the Bolsa família Program (PBF). Method: It is a qualitative research. 32 professionals with different educational levels attended the study. Which embraced four Family Health Strategy (FHS) units from different regions of a Paulista inland city. For data collection, were used semi structured interviews and the focus group technique, which approached the professionals based on their experiences with the women who hold the BFP. Right after, the data were tooled with the content analysis technique proposed by Bardin. Results: The interviewed professionals' perceptions revealed to be based on the gender stereotyped model and on the stigmas associated with poverty, so that the beneficiaries were blamed for the social problems they experience. Conclusion: The results demonstrated that the health conditions of the BFP contribute to the reinforcement of gender asymmetries and to the moral judgment of women with BFP.

Key-Words: Government Programs, Primary Health Care, Bolsa Família Program, Gender and Health.

Introdução

Os Programas de Transferência de Renda Condicionada (PTCR), começaram a ser implantados na década de 1990, como parte da agenda neoliberal na racionalização da crescente pobreza nos países da América Latina (Silva, 2007). No contexto brasileiro, foi implementado o Programa Bolsa Família (PBF), instituído pela Lei nº 10.836, de 09 de janeiro de 2004, resultado da unificação dos PTCR originados na década de 1990, Bolsa Escola, Auxílio Gás e o Cartão Alimentação, (Leite e Peres, 2015). Desde então, esse programa se consolidou como a principal estratégia de combate a pobreza e a extrema pobreza. Em 2017, por exemplo, atingiu mais de 14 milhões de famílias (Brasil, 2018a).

O PBF tem por objetivo o rompimento dos ciclos intergeracionais de pobreza por meio da associação entre transferência direta de renda e condicionalidades, que devem ser cumpridas pelas famílias beneficiárias na área da educação e saúde. Na educação, referem-se ao acompanhamento da frequência escolar das crianças de 06 a 17 anos de idade. No setor saúde, as condicionalidades são realizadas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Estratégia Saúde da Família (ESF), e dizem respeito ao acompanhamento vacinal e nutricional das crianças menores de 07 anos, assistência ao pré-natal e promoção do aleitamento materno (BRASIL, 2010).

No Brasil, a ESF foi adotada como a principal estratégia para a materialização da atenção primária à saúde (APS), sendo responsável pelo desenvolvimento de ações de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento e manutenção da saúde, dentre outros (Oliveira e Pereira, 2013). A ESF assume um papel importante para o combate da pobreza, visto que está localizada nos territórios mais vulneráveis socialmente, sendo o trabalho desenvolvido próximo do contexto de vida dos seus usuários, com foco na família e comunidade, valorização da relação longitudinal, mediante estabelecimento de vínculos entre profissional e usuário (Andrade, Barreto e Bezerra, 2006).

Após a implantação do PBF, vários avanços puderam ser observados em termos de saúde, como, por exemplo: o declínio da desnutrição infantil (Júnior, Jaime, Lima, 2013), a redução da mortalidade infantil por causas relacionadas à pobreza (Rasella, Aquino, Paes-Souza e Barreto, 2013), menor ocorrência de baixo peso ao nascer (Santos et al, 2013) e maior utilização dos serviços de saúde pela população pobre (Facchini et al, 2013).

Nesse programa, as mulheres correspondem a 93% das beneficiárias titulares e 70% delas são mulheres negras (Camargo et al, 2013). Em decorrência disso, estudos de perspectiva feminista apontam que o PBF prescindiu do entrelaçamento entre o gênero e a pobreza, uma vez que as condicionalidades associam a mulher ao cuidado da família, reforçando o papel tradicional de gênero (Carloto, 2012; Mariano e Carloto, 2013; Passos, 2017), o que dificulta o enfrentamento da pobreza pela mulher (Lavinias, 2012).

As trajetórias de vida dessas mulheres são marcadas pelas vulnerabilidades decorrentes da pobreza, do gênero e da raça/etnia, como a baixa escolaridade, alta taxa desemprego, inserção nos postos de trabalhos mais precarizados, somados a maior sobrecarga do papel feminino e maior sensibilidade aos ajustes das políticas econômicas (Meyer et al, 2014; Passos e Waltenberg, 2016; Passos, 2017).

A pobreza é uma construção social que acarreta a privação dos recursos necessários para que as pessoas se desenvolvam socialmente (Nussbaum, 1999; Sen, 2008). Já, o gênero é uma construção que cria desigualdades para as diferenças sexuais percebidas, e as hierarquiza mediante relações de poder e dominação, de forma que a mulher é tida como inferior ao homem (Scott, 1995).

A partir de Crenshaw, entende-se que esses fenômenos se expressam de forma interseccionada e as mulheres beneficiárias do PBF estão posicionadas no ponto em que esses sistemas de opressão se encontram e as atingem de modo distinto e acumulativo (2002). Essas intersecções significam que algumas mulheres em detrimento de sua posição social estão mais vulneráveis em relação às demais.

Estar em situação de vulnerabilidade significa, a partir de Ayres (2006, 2012), que a suscetibilidade ao adoecimento não depende somente do modo de vida dos indivíduos. A vulnerabilidade tem uma dimensão que é correspondente ao contexto sociopolítico, econômico e cultural da sociedade, que influencia a forma como as pessoas experienciam a saúde e o adoecimento. A dimensão programática da vulnerabilidade refere ao papel das políticas públicas frente às necessidades de saúde dos sujeitos, de forma que os serviços de saúde podem tanto contribuir com a oferta de estratégias que amenizem os impactos sociais na saúde, como também, reforçarem as vulnerabilidades existentes.

O acompanhamento das mulheres beneficiárias do PBF, pela saúde, demanda ações que potencializam o enfrentamento da pobreza e dos demais fatores que

interferem em suas condições de vida (Brasil, 2018a). Sob essa perspectiva, objetivou-se apreender as percepções dos profissionais da ESF sobre as intersecções entre o gênero e a pobreza no contexto de vida das mulheres beneficiárias do PBF.

Métodos

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, uma vez que essa abordagem possibilita aproximação do universo dos significados, valores e as crenças das relações humanas (Minayo, 2007).

Foram pesquisadas quatro equipes de Saúde da Família, localizadas em diferentes regiões de um município do interior paulista. A cidade é considerada de médio porte, com estimativa de 140.000 habitantes, e tem um Índice Municipal de Desenvolvimento Humano (IDHM) de 0,800, que é superior à média do Estado de São Paulo, 0,783 (Seade, 2019).

Para seleção das unidades de saúde, de um total de 15 equipes distribuídas em 12 ESF, optou-se por aquelas com maior proporção de famílias beneficiárias para o acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF, a partir dos dados fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde, referentes à primeira vigência de 2019.

Assim, após seleção de cada unidade de saúde, foram contatados os serviços selecionados e agendado um encontro com a enfermeira responsável pelo local, que, após conhecimento da pesquisa, divulgou o convite aos demais trabalhadores sobre a sua responsabilidade. Participaram profissionais com diferentes níveis de ensino: agentes comunitários, enfermeiros, médicos, técnicos/auxiliares de enfermagem, assistente odontológico, auxiliares administrativos e os serviços gerais, totalizando 32 pessoas.

A coleta de dados ocorreu no período de outubro de 2019 a fevereiro de 2020, sendo o primeiro ano de governo do presidente Jair Bolsonaro (2019-2022), que se elegeu com o discurso contrário aos programas de transferência de renda, fator que exerceu forte influência nas entrevistas. Para produção dos dados foi utilizado a técnica do grupo focal; porém, diante das dificuldades dos profissionais médicos e de uma das enfermeiras se ausentar dos atendimentos já agendados, foram realizadas entrevistas semiestruturadas, com as mesmas questões norteadoras utilizadas nos grupos focais.

As entrevistas aconteceram em salas adequadas para reuniões nas próprias unidades pesquisadas, em horário de trabalho, pois, os profissionais demonstraram-se indisponíveis depois do expediente. A composição dos grupos variou de 6 a 8 integrantes, sendo a participação dos agentes comunitários de saúde majoritária, e os encontros duraram de 40 minutos a 1 hora de discussão.

A aplicação da técnica foi realizada por um moderador que mediu e estimulou a discussão (Backes, 2011), e uma observadora que ficou encarregada de captar as informações não verbais e auxiliar o moderador nas análises de possíveis vieses de condução do grupo (Westphal, 1996). Os grupos e as entrevistas foram iniciados após ciência dos objetivos e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo os depoimentos da sessão gravados por equipamento próprio para essa técnica, os quais foram transcritos e destruídos após análise dos dados.

A análise e interpretação dos dados foram realizadas mediante a técnica de Análise de Conteúdo de Bardin (1979) em três etapas: a pré-análise; a exploração do material; e o tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética da Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP, na data de 05 de setembro de 2019, protocolo 3.556.827, seguindo as recomendações das diretrizes propostas pela Resolução 466/2012. Para garantia do anonimato, as regiões das unidades pesquisadas foram codificadas com a letra A, B, C e D, seguida da função exercida pelo profissional.

Resultados e discussão

Serão descritas algumas características dos participantes, para melhor contextualização dos mesmos e compreensão da análise posterior. Tendo em vista a fácil identificação desses participantes, tomou-se o cuidado de apresentar esses dados de forma geral.

Dos 32 participantes da pesquisa, 29 eram mulheres e três homens. Apresentaram idade de 25 a 54 anos (média 36,56) e a maioria se declarou branca (24), oito se declararam como pessoas negras. Em relação à escolaridade: treze profissionais tinham ensino superior, três pós-graduação (mestrado, doutorado, lato sensu); treze o ensino Médio; quatro ensino técnico, e duas pessoas estavam cursando a graduação.

Em termos de ocupação: 16 eram agentes comunitários de saúde, quatro

auxiliares de enfermagem, quatro médicos, quatro enfermeiras, três auxiliares de limpeza e uma auxiliar de dentista. O tempo de trabalho no serviço pesquisado variou de 6 meses a 16 anos, com média de 6,11 anos.

Após análise das entrevistas, foi possível identificar as seguintes categorias reveladoras das intersecções entre o gênero e a pobreza na interface PBF e saúde: 1) A redução da intersectorialidade a atendimentos pontuais e mecanizados; 2) A desqualificação da mulher pobre baseada nos estereótipos de gênero e os estigmas sociais da pobreza; 3) A titularidade feminina no PBF sob a ótica dos profissionais.

A redução da intersectorialidade a atendimentos pontuais e mecanizados

A literatura tem apresentado uma discussão polarizada em torno das condicionalidades do PBF. Alguns estudos compreendem que as condicionalidades representam uma visão moralista do combate à pobreza por parte do poder público, uma vez que condicionou uma população já vulnerável às políticas de educação e saúde, consolidadas como direito universal (Monnerat et al, 2007; Carloto Stechi, 2019). Outros argumentam que a atribuição de condicionalidades pode contribuir para a inclusão social da população pobre nas políticas públicas (Silva, 2007), visto que permitiu o acesso às mesmas.

Os profissionais entrevistados apresentaram uma percepção do acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF que se contrapõe ao estabelecido pelo programa, como o rompimento dos ciclos intergeracionais de pobreza, e também a sua proposta de trabalho intersectorial entre saúde, educação e assistência social (Brasil, 2020).

A intersectorialidade é reconhecida enquanto parte das estratégias do PBF, porém, a sua prática nem sempre ocorre, como especificado no trecho a seguir: *Com as beneficiárias não desenvolvemos nenhum outro trabalho, fora a pesagem do BF (D-enfermeira).*

A fala da profissional ilustra bem a relação estabelecida com o público do PBF, que consiste na verificação e registro dos critérios pactuados com o Ministério da Saúde, vacinação das crianças e acompanhamento de gestantes e nutrizes (Brasil, 2020). São ações efetivas no sentido de cumprirem os critérios pactuados, mas revelam-se pouco reflexivas, pontuais e descontextualizadas das expressões da pobreza e da condição de titularidade feminina, como ilustrado pela fala a seguir:

Até mesmo a gente pensar, estou pensando nisso agora: como estão

as crianças do BF da nossa área de abrangência? Como elas estão na escola? A gente não para e pensa isto, até escrevi no questionário que acontecem coisas muito pontuais (A- enfermeira).

Olha, a gente tem quase nenhum contato, vamos dizer assim com essas coisas práticas do PBF (A-médica).

Os profissionais encontram dificuldades para realizarem o trabalho intersetorial com as escolas. Em 2007, foi instituído o Programa Saúde na Escola pelo Decreto nº 6. 826, com objetivo de integrar o setor saúde e a educação no desenvolvimento de ações de prevenção, promoção e assistência à saúde dos alunos da rede pública de ensino. Escolas cujos 50% dos alunos são de famílias beneficiárias do PBF devem ser privilegiadas para ter o Programa Saúde na Escola (Brasil, 2021). Entretanto, estudos que discutem esse programa demonstram que a intersetorialidade entre APS e Educação quando não é ausente, é bastante fragilizada devido a sobrecarga de trabalho das equipes, o subentendimento da intersetorialidade e o baixo financiamento dessas políticas (Cavalcanti et al, 2015; Souza et al, 2016).

A intersetorialidade consiste na produção de respostas sinérgicas das políticas públicas sobre situações complexas (Inojosa, 2002). Essa sinergia contribui para respostas integrais aos impactos multidimensionais da pobreza na vida dos indivíduos (Bichir, Oliveira e Canato 2016). Assim, a intersetorialidade é considerada o modo de gestão que melhor responde às necessidades de saúde dos sujeitos. A sua efetivação depende, além da postura sensível dos profissionais, das condições políticas e da organização dos processos de trabalho para o seu alcance (Akerman et al, 2014).

Em relação às condições necessárias para efetivação da intersetorialidade, Bichir (2015) considera que além do governo federal indicá-la como premissa do combate à pobreza, também é preciso que os municípios tenham capacidade para implementá-la na prática. Essa autora entende por capacidade a habilidade, os instrumentos e as estratégias que o governo articula para efetivar as suas políticas. Em outro estudo que revisou a literatura a esse respeito, Bichir, Oliveira e Canato (2016), destacaram que a falta de equipamentos físicos, a insuficiência de recursos humanos, o desconhecimento da gestão intersetorial do PBF, assim como a falta de envolvimento entre as secretarias municipais inviabiliza o trabalho intersetorial.

Por mais integral que seja o atendimento de uma unidade de saúde, as necessidades de saúde sempre extrapolam os recursos disponíveis de um setor específico, porque são determinadas social e historicamente. Se as políticas públicas

forem trabalhadas intersetorialmente apresentam respostas integrais às necessidades de saúde dos sujeitos. Quando a integralidade é alcançada no espaço delimitado de um serviços específico pode ser entendida como focalizada, quando fruto da articulação intersetorial, integralidade ampliada (Cecílio, 2013).

As necessidades de saúde podem ser compreendidas a partir de quatro conjuntos articulados de necessidades: primeiro, ter boas condições de vida, que dependerá da posição social ocupada, por exemplo, ser beneficiária do PBF se traduz em diferentes maneiras de viver a vida; segundo, poder acessar as tecnologias de saúde para melhorar e prolongar a vida, conforme as necessidades de cada indivíduo. O terceiro conjunto é sobre o recebimento de atendimento respeitoso e por meio de vínculos com os serviços, e, o quarto, refere as diferentes maneiras que as pessoas utilizam para enfrentarem seus problemas, tendo a saúde o papel de potencializar a sua autonomia (Cecílio, 2013).

Na concepção de Mattos (2005), a integralidade não é apenas um princípio constitucional do SUS, é também uma imagem-objetivo que expressa a luta por uma sociedade mais justa e a crítica a fragmentação das políticas públicas. A integralidade pressupõe o encontro dialógico entre profissional e usuário, na qual esse último teria suas necessidades como centro da atenção em saúde. Nessa perspectiva, a centralidade da atenção está direcionada para responder tanto às necessidades aparentes que são verbalizadas pelos sujeitos, quanto aquelas mais silenciosas, que não são expressas de imediato, por isso carecem de maior investimento dos profissionais para serem identificadas.

Apesar dos profissionais médicos considerarem o PBF importante para o combate da pobreza, relataram que não participam do acompanhamento das condicionalidades de saúde. Entre os motivos para essa ausência, eles referiram dificuldades para se ausentar do consultório, o que demonstra certa dificuldade deles realizarem ações de promoção da saúde. Em geral, os profissionais atribuíram ao contexto de precarização do SUS, as dificuldades de incorporar o PBF na rotina programática da ESF:

É muito difícil, acho que a gente está com uma população de mais de 10 mil pessoas, sem ACS. São 14 microáreas e 07 agentes de saúde (A-enfermeira).

Essa é uma demanda (PBF) que se não existisse, sobraria mais tempo hábil para abordar outros aspectos com as famílias carentes

(B-acs).

Esses resultados coincidem com os obtidos por Carvalho, Almeida e Jaime (2014), ao investigarem as percepções dos profissionais da USF sobre o impacto do acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF no seu trabalho e na vida das beneficiárias, tendo em vista o aumento da demanda gerada pelo acompanhamento e a consequente sobrecarga de trabalho que dificulta a concretização de ações preventivas e de promoção da saúde.

A promoção da saúde enquanto política e prática está voltada para o alcance de melhores condições de vida e de saúde, mediante o trabalho intersetorial, a educação em saúde e a participação comunitária (Brasil, 2001). A sua efetivação no trabalho da ESF é essencial para reorganização da APS, uma vez que pode ampliar as práticas curativas e preventivas do modelo biomédico tradicional. Sendo esse um dos papéis da ESF como estratégia prioritária (Freitas e Mandú, 2008).

A descaracterização da ESF como política pública de caráter universal, integral e equitativo é ocasionada pelo o subfinanciamento do SUS, a partir dos seguintes fatores: 1) a disputa entre o modelo de saúde pública universal e os interesses econômicos e políticos do setor privado de saúde que se beneficia do desmonte do SUS para sua expansão comercial; 2) a baixa legitimidade do SUS entre a população brasileira, devido a visão difundida de que o SUS é política para pobres e o setor privado oferece qualidade; 3) A situação de dependência da economia brasileira no mercado mundial impõe medidas que privilegiam a restrição dos gastos públicos (superávit primário) para que o país honre com o pagamento dos juros da sua dívida externa (Marques, 2017).

Exemplo claro do retrocesso que perseguem os direitos sociais consolidados constitucionalmente foi a aprovação da EC n°95/2016, nomeada de “PEC” do Teto

dos Gastos”, que prevê o congelamento do nível de gastos públicos com saúde e educação por 20 anos. O orçamento público com essas políticas passaram a não acompanhar o crescimento da renda e o da população. Esse pacote de ajuste fiscal atinge exponencialmente as pessoas em situação de pobreza e significa o ajustamento do Estado nos moldes da política neoliberal (Rossi e Dweck, 2016).

Como resultado do contingenciamento de gastos, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) sofreu alterações, em 2017, que flexibilizam os serviços primários de saúde. Entre as alterações destaca-se, a autonomia para os municípios implantarem outros modelos de unidades de saúde que não a ESF, a perda do critério de prioridade para contratação de profissionais especializados na área de família e comunidade e a diminuição de quatro para um do número mínimo de ACS/por equipe ESF, além do aumento das atribuições desses profissionais (Sperling, 2018).

Das percepções dos profissionais, outro aspecto a ser destacado é que o descumprimento das condicionalidades de saúde do PBF foi traduzido como culpa da família e não como expressão do contexto de pobreza e de precarização das políticas sociais. O que gerava julgamento dos direitos sociais pelo viés do merecimento. *“Eu acho que se você não cumprir com as condicionalidades você deveria ser punido”* (B-acs).

Embora as orientações do PBF apontam que as condicionalidades não consistem em medidas punitivas, cabe ressaltar que o programa estabelece 3 tipos de sanções gradativas às famílias em descumprimento de condicionalidades, tais como: advertência no primeiro registro de descumprimento, no segundo, bloqueio do benefício por um mês e se reiterado acontece a suspensão do benefício sem que as beneficiárias possam reaver as parcelas acumuladas, se ainda assim, o descumprimento persistir, ocorre o cancelamento definitivo do programa (Brasil, 2019).

Cabe destacar que as famílias em descumprimento de condicionalidades devem ser acompanhadas pelo Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), para que sejam fortalecidas para o cumprimento dos critérios pactuados com o PBF (Souza e Marin, 2017). Entretanto, assim como a saúde e a educação, a Política

Nacional de Assistência Social também vem sendo precarizada dentro da lógica da redução dos gastos públicos com os direitos sociais (Licio, 2019).

A partir da concepção de Mattos sobre a integralidade (2005), problematiza-se que o acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF, como ilustrado pelos discursos dos profissionais entrevistados, não contempla a integralidade como um atributo desejável das práticas de saúde. Esse tem sido orientado mais pela lógica do controle e fiscalização da pobreza do que pelo acompanhamento social, que requer o estabelecimento de vínculos e a oferta de ações que contribuam para o rompimento dos ciclos intergeracionais de pobreza (Monnerat et al, 2007).

Na próxima seção discutiremos a visão estigmatizada dos profissionais sobre essas mulheres, que pode dificultar a oferta de ações integrais.

A desqualificação da mulher pobre baseada nos estereótipos de gênero e os estigmas sociais da pobreza

“Eu acho que eu sou a favor de ensinar a pescar e não só dar o peixe” (B-acs). Essa fala, um dito popular, expressa bem a representação dos entrevistados em relação ao PBF e consecutivamente, das mulheres que são beneficiárias. A principal crítica dos depoentes era sobre o PBF não ser transitório, uma vez que não estipula um prazo para transferência de renda. Para eles, esse fato poderia contribuir para o comodismo das pessoas em situação de pobreza, como a fala seguir:

Acredito que o Bolsa Família é bom, mas ao mesmo tempo ruim, porque não deve ser “vitalício”. Podia ser um incentivo para pessoa melhorar, se organizar e conseguir um emprego (C- médica).

A partir dessa fala, é possível perceber que o “ensinar a pescar” remete ao trabalho, pois, expressa a noção de que essas mulheres devem ser motivadas para que não se acomodem e deixem de buscar alternativas próprias de melhorias de vida.

Os resultados das pesquisas de percepção social sobre o PBF apontam que a população brasileira, ao mesmo tempo que apoia a existência desse programa, acredita que a transferência direta de renda às pessoas em situação de pobreza pode gerar desestímulo ao trabalho, por conta da certeza de recebimento do recurso transferido (Castro et al, 2009; Mundim et al, 2019). Assim, os profissionais reproduzem essa visão estigmatizada nos serviços de saúde.

Dessa forma, o referido ditado popular, conhecido também como provérbio, expressa o senso comum, “*um conjunto de crenças, valores, saberes e atitudes que julgamos naturais, porque são transmitidos entre as gerações*” (Chauí, p. 2, 2003). O senso comum contribui para o reforço dos preconceitos sociais na sociedade, no

caso, os preconceitos em relação à pobreza.

O preconceito consiste em atitudes e/ou opiniões de um membro de um grupo em relação a outro, que contribuem para que o outro seja julgado a partir da realidade de quem o percebe e julga as coisas. O que impede um atendimento ou uma escuta imparcial (Giddens, 2008).

Para os profissionais entrevistados, não ter trabalho remunerado significa o mesmo que não ter compromisso. Além dessa concepção demonstrar a invisibilidade do trabalho doméstico não remunerado (Bruschine, 2016; Melo, Considera e Di sabatto, 2007), revela que o descumprimento das condicionalidades de saúde do PBF é visto pela ótica do comodismo. É o que expressa a fala a seguir:

Se a gente parar e pensar, a pessoa que recebe o bolsa família está dizendo que não tem renda, assim, até R \$150,00/ pessoa. Para ganhar isso, ela não trabalha ou trabalha muito pouco. Então, deveria estar em casa. Você faz convocação para o período da tarde ou manhã e a beneficiária se mostra indisponível. A gente questiona assim: como não está disponível sendo que não tem compromisso? Na hora de vir aqui (USF), elas dizem que não podem por vários motivos, mas não são beneficiárias do PBF? (C-acs).

A experiência de pobreza, principalmente a que ocorre com o rompimento dos vínculos trabalhistas, seja em decorrência do desemprego ou inserção informal no mercado de trabalho, ocasiona a perda do estatuto de trabalhador. O trabalho tem um dever moral, quando esse dever é cumprido dignifica o trabalhador como “cidadão honesto” e legitima o seu exercício de cidadania. Já, aquele que não tem uma carteira de trabalho assinada está sujeito ao imaginário social que o desqualifica como sujeito improdutivo, logo indigno de direitos sociais (Telles, 1993) .

As mulheres beneficiárias do PBF também foram culpabilizadas pela pobreza da família mediante os estereótipos de gênero e os estigmas sociais da pobreza. Na concepção desses profissionais, a pobreza é transmitida geracionalmente por meio do comportamento da mulher/mãe pobre: *tem muitas (beneficiárias) que passam isso*

(pobreza) para os filhos: “*está bom assim, vamos continuar assim, vamos comer hoje se tiver está bom, se não a gente vê o que faz*” (C-acs).

Essa percepção dos profissionais corresponde à teoria da cultura da pobreza, que a partir de 1970, com o discurso político em torno do sucesso individual, passou a fazer parte do imaginário social sobre quem seria a pessoa nessa condição social. Nessa teoria, a pobreza é explicada como se fosse um problema da cultura dos pobres, que transmite o comportamento de pobreza para os filhos. Essa concepção reforça os estigmas associados à pobreza, o comodismo e o conformismo social, por exemplo (Giddens, 2008).

Os estereótipos de gênero referem-se a um conjunto de crenças sobre as características consideradas adequadas aos homens e às mulheres (Amorim, 1977). A visão estereotipada contribui para a manutenção dos preconceitos sociais, porque constrói uma imagem uniforme e inflexível de algumas pessoas, que passam a ser representadas por esses atributos negativos (Giddens, 2008).

Já, a estigmatização social acontece mediante atribuições de características que diferenciam e discriminam determinados grupos, com a finalidade de criar barreiras para o acesso aos bens materiais e simbólicos (Goffman, 1998). O que gera sofrimentos e dificuldades para o acesso dos serviços de saúde (Parker, 2013).

O processo de estigmatização é mais que a atribuição de uma marca negativa, por que está imbricado com os marcadores sociais da diferença, como o gênero, a raça/etnia e a classe social, que criam desigualdades sociais estruturais (Parker, 2013; Link e Phelan, 2001). Os marcadores sociais são “*sistemas de classificação que organizam a experiência ao identificar certos indivíduos com determinadas categorias sociais*” (Zamboni, 2014, p.3). É a intersecção entre eles que vai dizer que as mulheres beneficiárias do PBF estão em maiores vulnerabilidades, discriminação e opressão (Crenshaw, 2002). Ou seja, ser mulher pobre, negra e beneficiária de programas sociais deveria direcionar a forma de tratamento pelos profissionais de saúde no sentido de diminuir a vulnerabilidade dessas mulheres, pelo menos na atenção à saúde.

Além dos profissionais compreenderem que o PBF gera um “efeito preguiça”, desestímulo ao trabalho, acreditam também em um “efeito natalidade” no sentido de estimular a gravidez. A inexistência desses efeitos já foram comprovados cientificamente (De Oliveira e Soares, 2010). A fala a seguir descreve como essa

percepção influencia o desenvolvimento das práticas de saúde às mulheres beneficiárias do PBF:

Eu acho que tinha que ser todas laqueadas, primeira coisa, mas como não são, a gente tem que acompanhar e dar o apoio que o posto de saúde consegue. Tentando fazer essa prevenção, por exemplo: quando elas (beneficiárias) vêm aqui a gente já quer introduzir um anticoncepcional injetável que é para não deixar de tomar e parar (ter filhos). Eu sei de algumas que fazem filhos para o Bolsa Família, de falar – não, eu vou ter mais filhos para receber o dinheiro do Bolsa Família (B- enfermeira).

Essa fala expressa a concepção de que as mulheres pobres têm um comportamento sexual irresponsável, que precisa ser controlado por conta de engravidarem mesmo sem terem condições financeiras. Essa visão corresponde à perspectiva do neomalthusianismo que influenciou o controle populacional nos países latinos americanos. Entre as décadas de 1950 e 1960, as taxas de crescimento populacional na América Latina aumentaram expressivamente, o que levou os demógrafos neomalthusianos a preverem uma “explosão demográfica” se a natalidade entre os pobres não fosse controlada. Essa teoria via na fertilidade das mulheres pobres a perpetuação da pobreza e um obstáculo ao desenvolvimento econômico, que consistiu na esterilização coercitiva de milhares de mulheres pobres, sobretudo negras e indígenas (Alves, 2006).

No tocante a esse contexto no Brasil, assim como em outros países da América Latina, o crescimento populacional estava associado à ideia de grandeza da nação, o Estado e a igreja almejavam a expansão populacional nos territórios ainda pouco povoados. Portanto, até meados da década de 1960, o Estado defendeu uma posição pró natalista, com leis que proibiam a esterilização e o uso de métodos contraceptivos. Entretanto, com a queda da mortalidade infantil, que significou o aumento do número de filhos/famílias, e as necessidades das famílias urbano-industriais, a pressão das mulheres por controle da fecundidade aumentou (Alves, 2006).

Sobre esse período no Brasil, Nielsson (2020) refere que a ausência de políticas públicas de saúde reprodutivas contribuiu para que as agências internacionais de financiamento incentivassem a criação de entidades, como a

Sociedade de Bem estar Familiar- BEMFAM (1965), e o Centro de Pesquisa e Atenção integrada a Mulher e a Criança- CPAIMC (1975), que impulsionaram a esterilização como principal método contraceptivo. Desse modo, nas brechas do Estado, a esterilização feminina se disseminou enquanto prática precária e recorrente. As mulheres pobres foram as mais esterilizadas, já que tinham menos informações e maiores dificuldades para acessarem outros tipos de métodos contraceptivos. Por conta disso, fala-se em uma cultura da esterilização (Berquó, 1993).

Para Nielsson (2020), a evolução da abordagem controlista da natalidade para gestão da reprodutividade é marcada pelo estabelecimento da Lei 9.263/96, que estabelece o planejamento familiar como política pública pautada nos direitos humanos das mulheres. Contudo, essa mesma autora demonstra que cada vez mais o judiciário tem autorizado a esterilização compulsória entre as mulheres pobres, especialmente aquelas com histórico de uso abusivo de drogas, em situação de rua e/ ou deficientes .

Em relação ao que vem a ser pobreza, os profissionais de saúde, em sua grande maioria, a definiram como fenômeno que repercute para além do critério renda, por consistir em privações que englobam os direitos sociais – saúde, educação, habitação e saneamento básico foram os mais citados. *“Eu acho que pobreza é não conseguir satisfazer as necessidades básicas: alimentação, higiene e uma casa para morar (D- aux-enf).*

Entretanto, alguns profissionais, especialmente os de nível médio e técnico, relataram que esta definição de pobreza não se aplica no território em que trabalham. Para essa descaracterização, eles correlacionaram a realidade das famílias beneficiárias do PBF com a pobreza de outros países, a Índia e o continente africano, por exemplo. Esse contexto é ilustrado pelas falas a seguir:

Eu vejo vulnerabilidades nesse caso: dois idosos de oitenta anos, sequelados de AVC que não tem mais condições de trabalhar .Mas, quanto ao PBF, sinceramente, eu não vejo vulnerabilidades (A-acs).

eu acho que a gente está respondendo de acordo com a nossa microárea, não é que a pobreza seja desta forma. Há pessoas que a gente iria citar como pobreza, essa pessoa não tem escola, não tem

médico, não tem nada. Mas, no caso dos nossos pacientes, eles são pobres e podem se esforçar, porque tem médicos, remédios e boas escolas. Se eles quisessem tem a possibilidade deles não serem do Bolsa Família (C-acs).

A partir dessa contextualização é possível perceber que embora a pobreza seja caracterizada como fenômeno de múltiplas facetas, os profissionais não reconhecem essas expressões como parte do contexto de vida das mulheres do PBF. A pobreza é vista como se fosse gerada pelo próprio comportamento da mulher pobre e não pela estrutura social. O que contribui para o julgamento dos direitos sociais pela lógica do merecimento, no caso, a doença aparece como algo digno de ajuda, mas a pobreza não. Com esse entendimento, os profissionais relataram de forma bastante limitada o seu papel diante do enfrentamento da pobreza. A orientação foi considerada como a estratégia possível de intervenção, porém, sendo descrita como de abordagem individual, prescritiva e pela lógica da ajuda/caridade.

Orientações é a única coisa que a gente pode fazer, porque dinheiro nós não podemos dar. Ajuda, por exemplo, diversas vezes eu já doei roupa de criança (B- enfermeira) .

Há uma construção sócio histórica em torno da pobreza e da pessoa que a vive, que influencia o tratamento pelas políticas públicas e a percepção da sociedade. Na idade média, por exemplo, a pobreza não era percebida como uma desvirtude, mas um castigo divino que os pobres deveriam aceitar com devoção, e os ricos deveriam fazer caridade. É do capitalismo a percepção da pobreza como problema individual que pode ser superado apenas com esforço próprio (Guimarães, 2015). Essa representação social contribui para que as pessoas em condição de pobreza não sejam vistas enquanto sujeitos de direitos sociais (Yazbek, 2012).

Giddens (2008) sintetizou as explicações sobre a pobreza em duas principais categorias, sendo: as teorias que consideram os pobres responsáveis pela própria condição social, e as que concebem a pobreza como produto das estruturas sociais. Essa primeira categoria é a que melhor representa as percepções dos profissionais entrevistados.

As teorias de culpabilização da pobreza é influenciada pelo positivismo e funcionalismo, e atribuem as causas da pobreza: *A) uma escolha pessoal; B) “disfunção”, “desajuste” ou como “patologia” do indivíduo ou grupos “marginais”; C) incapacidades (Siqueira e Alves, p.16, 2018).* Esse entendimento contribui para a

existência de práticas higienistas e de criminalização da pobreza.

Por outro lado, as abordagens estruturais destacam que a pobreza é determinada por fatores externos aos indivíduos. A ênfase está nos processos sociais que produzem e reproduzem as desigualdades sociais, como o gênero, a classe social e a raça/etnia que determinam o acesso aos recursos sociais (Giddens, 2008).

Compreende-se que a pobreza não está descolada das contradições do capitalismo. Para um melhor entendimento desse fenômeno nos serviços de saúde, é preciso que esse seja entendido como estrutural e engendrado pela lógica de acumulação capitalista, que tem a riqueza como produto concentrado na mãos de poucos, e a pobreza como subproduto na vida de muitos (Siqueira e Alves, 2018).

Em relação ao julgamento dos direitos sociais pela lógica de merecimento, cabe ressaltar que a pobreza foi tratada como assunto das instituições filantrópicas até a promulgação da Constituição Federal de 1988. Essa tendência se manteve mesmo quando, em 1930, o Estado pressionado pela organização da classe trabalhadora reconheceu parte dos direitos trabalhistas, a regulamentação da jornada de trabalho, acesso à saúde, repouso remunerado, dentre outros. Porém, essa proteção social ficou conhecida como “cidadania regulada”, porque incluiu somente os trabalhadores formais, as pessoas em condição de desemprego e informalidade no trabalho ficaram à mercê das instituições filantrópicas. Esse modelo, portanto, se configurou dual e baseado no mérito, porque faz clara distinção entre quem merece as ações do Estado, trabalhador formal e quem deveria contar com assistência filantrópica, os mais pobres (Silva, 2007).

A promulgação da Constituição Federal de 1988, marca o rompimento com essa lógica, já que adota a noção de direitos sociais universais sob a responsabilidade do Estado. A constituição estabelece um conjunto de políticas de seguridade social: saúde para todos, previdência social para quem contribuir, e assistência social para aqueles que necessitarem (Sposati, 2013).

Contudo, em detrimento do neoliberalismo em curso, os direitos sociais conquistados na Constituição Federal de 1988, cede lugar a uma perspectiva individualista do enfrentamento das adversidades sociais. O alvo das políticas sociais não é a estrutura social, mas a própria pessoa em situação de pobreza que precisa ter o seu comportamento ajustado aos moldes do capitalismo neoliberal (Mauriel, 2006). Nessa lógica, a pobreza é considerada um “conjunto de carências individuais (Mauriel, 2006, p. 50), o Estado se retira da esfera social e concede espaço para um mercado auto regulatório.

Entende-se, portanto, que as mulheres beneficiárias do PBF são alvo das políticas neoliberais, que reproduzem no plano político e social a figura do pobre irresponsável que precisa ter o comportamento controlado e ajustado. Frente a isso, a área da saúde ou especificamente no caso estudado, os profissionais das USFs, precisam se contrapor a essa lógica perversa, desenvolvendo ações de prevenção e de promoção da saúde para as mulheres beneficiárias do PBF e contribuindo com estratégias para que elas possam superar o contexto que as tornam vulneráveis.

A titularidade feminina no PBF sob a ótica dos profissionais

A mulher em situação de pobreza tem sido o principal alvo das políticas de combate à pobreza. Nessas políticas, elas são responsabilizadas pela administração da renda transferida e o cumprimento de uma série de atividades relacionadas ao exercício da maternidade (Meyer et al, 2014). A justificativa para essa atribuição, é que elas usariam o dinheiro transferido de maneira mais efetiva para o bem estar da família (Lavinhas, Cobo e Veiga, 2012).

Nessa perspectiva, como se lê nos excertos abaixo, a titularidade feminina no PBF não é questionada pelos profissionais, ao contrário, a maioria legitima o modelo de família que tem a mulher como única responsável pelo cuidado, inclusive justificando que a maior parte das famílias assistidas não contam com a presença masculina e as que contam, os homens não se responsabilizam pelo cuidado .

A mulher é a responsável porque pode gerar, existe uma bolsa gestante e uma bolsa de amamentação. (A-ac)

Se não for a mãe, quem vai fazer o acompanhamento das pesagens, das vacinações, quem vai levar ? (B-enfermeira)

Eu acho que o homem nem iria se dispor para ir lá fazer o cadastro e falar que não trabalha, que limpa a casa e que somente cuida dos filhos (A-aux enf).

Se até recentemente a família nuclear, casal com filhos e geralmente com a chefia masculina, se destacava como a principal forma de configuração familiar no Brasil, hoje ela coexiste e perdendo participação relativa com outras formas de arranjos domiciliares (Alves, Cavenaghi, 2012). Há um crescimento significativo das famílias em que a mulher é a principal responsável, mesmo entre aquelas que contam com a presença masculina. Essa mudança não significou a diminuição das atribuições femininas na família, pelo contrário, teve um aumento de trabalho, pois elas passaram a acumular o trabalho doméstico não remunerado com as atividades remunerativas.

A permanência dessa sobrecarga deve -se a combinação de fatores socioeconômicos, como a entrada das mulheres no mercado de trabalho sem que houvesse perda ou diminuição de suas responsabilidades familiares, somados às insuficientes políticas de socialização de cuidado para crianças e idosos (Bilac, 2012).

Uma das depoentes utilizou de preceitos biologizantes para explicar o sentido da titularidade feminina no PBF. A mulher é vista pelos aspectos biológicos do seu corpo, a gestação como uma característica que a torna frágil e complexa quando comparadas aos homens. Já, os homens foram desresponsabilizados do cuidado familiar mediante essencialização da cultura. A fala a seguir ilustra essa questão:

O homem por ele mesmo, pela cultura, sei lá o que ele tem que não se importa de comer o básico e continua forte. A mulher precisa comer uma alimentação diferente porque ela vai gestar e amamentar (...). A mulher, biologicamente, tem necessidades diferentes do homem, então, a renda dela vai refletir em menos dinheiro, já que ela precisa gastar mais que o homem (C-acs).

A partir dessas falas é possível perceber que a principal justificativa da titularidade feminina no PBF é a habilidade delas para com o cuidado da família. Embora a ampla maioria dos profissionais discordam sobre a família ser uma responsabilidade exclusiva da mulher, ao mesmo tempo em que criticam a ausência masculina dessa instância, naturalizam-a como um comportamento que não é questionado, com a justificativa de ela estar mais integrada na família.

Este contexto revela o reforço do patriarcado pelas políticas sociais. O patriarcado é uma construção social de dominação e exploração das mulheres pelos homens. É algo estrutural, ou seja, que perpassa pela sociedade civil, até o Estado. No patriarcado, as relações entre o homem e a mulher são hierarquizadas por meio do argumento do artifício do estado natural, os homens são vistos como os detentores dos atributos necessários para vida política, enquanto o papel das mulheres corresponde ao espaço privado, baseando-se na suposta natureza feminina (Saffioti, 2004; Pateman, 1988).

Outro ponto a ser destacado é que essa construção é fortemente arraigada na sociedade devido ser introjetada já na socialização da infância, para que meninos e meninas incorporem os referenciais de feminilidade e masculinidade patriarcal (Machado, 2020). Por exemplo, quem nunca ouviu falar que existe brincadeira de menino e de meninas ? (Nascimento, 2016). Dessa forma, os profissionais de saúde reproduzem na prática o que aprenderam da estrutura social.

Nessa direção, Meyer et al. (2014) explica que, vem ocorrendo um processo

que ela nomeou de feminização da inclusão social. São políticas que têm como alvo as mulheres em situação de pobreza. Elas são incluídas como agentes que prezam exclusivamente pela qualidade de vida da família. A autora delinea quatro forças sociais que se articulam e organizam esse contexto. O primeiro movimento diz respeito ao sujeito inscrito na lógica neoliberal, com a retração do Estado da garantia de direitos sociais, há uma responsabilização dos indivíduos e, então, é como se o Estado adotasse mulheres como parceiras no projeto de criar crianças saudáveis e produtivas para o trabalho. O segundo movimento está relacionado ao acirramento das desigualdades sociais ocasionadas pelo processo de globalização, somado à racionalidade neoliberal, a exemplo, o crescente empobrecimento das mulheres. A terceira força social é o avanço técnico-científico em torno da maternidade, a partir de tecnologias que descrevem detalhadamente o desenvolvimento físico, cognitivo e emocional do feto, que tem sido utilizado como validade científica para prescrever formas ideais de maternidade. Já a quarta força social é sobre a articulação conflituosa de políticas de Estado com as demandas dos movimentos sociais.

Meyer, Klein e Fernandes (2012), explicam que as atuais políticas de inclusão social, o PBF, por exemplo, apesar de apresentarem uma definição ampliada de família, na prática essa noção é difundida na figura da mulher -mãe. Essa vinculação da mulher à família naturaliza tanto a maternidade quanto a paternidade. Os homens são desresponsabilizados do cuidado familiar por serem considerados naturalmente ausentes, enquanto a função materna subentende família. A expectativa dessas políticas em torno da mulher pobre pode ser descrita como: *“mulher-mãe em casa dotada de tranquilidade, sensibilidade, criatividade, cuidados, atenção e, fundamentalmente, vontade de aprender”* (Klein, 2012, p.657).

Para Klein, Meyer e Borges (2013) a relação entre pobreza e gênero pode ser evidenciada a partir do uso instrumental que as políticas públicas fazem do papel materno, ao adotarem mulheres pobres como referências e aprendizes de um certo modo de cuidar da família. Na saúde, elas precisam participar de educação em saúde sobre o desempenho do exercício materno.

Vasconcelo e Seffner (2015), inspirada no conceito de governamentalidade de Foucault, explica que as políticas de saúde não só reforçam ou reproduzem modos idealizados de ser homem e mulher, como também prescrevem modelos socialmente aceitáveis de gênero, com a finalidade de corrigir quem não correspondem às normas sociais vigentes.

Os profissionais também indicaram que as mulheres beneficiárias do PBF encontram dificuldades de inserção no mercado de trabalho e para se dedicarem a outros

projetos pessoais, em decorrência da sobrecarga com o trabalho doméstico não remunerado, dado pela ausência de suporte familiar e a baixa oferta de vagas em creches.

Eu vejo muitas mulheres que são cuidadoras, que às vezes acabam não conseguindo ter alguém, ou até conseguir uma creche, são fadadas a ficarem em casa cuidando das crianças (A-Médica).

A sobrecarga de trabalho apontada pela fala da profissional indica o trabalho doméstico não remunerado como uma das barreiras impostas ao contexto de vida dessas mulheres. Esse trabalho acontece no espaço privado da casa e contempla desde a limpeza do ambiente, até a socialização dos filhos, como a frequência nas consultas de puericultura na ESF. Embora o trabalho doméstico não remunerado seja parte fundamental da reprodução social, é invisibilizado como uma atividade que deve ser realizada com base no dever maternal (Hirata e Kergoat, 2007)

Pesquisas demonstram que as mulheres beneficiárias do PBF têm dificuldades de inserção ocupacional, por conta dos encargos do cuidado familiar, que representa uma barreira para a conquista da autonomia feminina (Lavinhas, Cobo e Veiga, 2012; Mariano e Souza, 2015; Passos, 2017). Estes estudos defendem a ampliação das políticas de socialização dos cuidados como forma do Estado diminuir a sobrecarga do papel feminino que recai especialmente sobre as mulheres pobres.

A partir de Hirata e Kergoat (2007) compreende-se que o Estado ao associar a mulher beneficiária do PBF à família, reforça a divisão sexual do trabalho. Nessa divisão, os homens respondem, preferencialmente, pela esfera produtiva do trabalho, enquanto as mulheres respondem pela esfera reprodutiva. Esta relação é organizada por dois princípios: o da separação, a distinção entre o que é trabalho de homem e trabalho de mulher, e a hierarquização, a inferiorização do feminino e a valorização da mão de obra masculina. Essas autoras explicam que a divisão sexual do trabalho é mantida pelo processo de naturalização do gênero, que tem as suas expressões entendidas como características natas do homem e da mulher.

Considerações finais

As percepções dos profissionais sobre o PBF revelou-se pautada no senso comum. O demérito que os profissionais fazem desse programa está baseado na percepção de que as pessoas em condições de pobreza deixam de buscar outras oportunidades de melhoria de vida, por conta da renda transferida.

Em contrapartida, as mulheres beneficiárias são vistas pela ótica dos

estigmas sociais da pobreza, como o comodismo, o conformismo e a preguiça. Além disso, os estereótipos de gênero presente nas falas dos profissionais contribuem para que elas sejam julgadas, responsabilizada e culpabilizadas pelo empobrecimento da família.

Compreende-se que as mulheres beneficiárias do PBF enfrentam preconceitos sociais nas Usfs pesquisadas, relacionados a posição da classe social que ocupam e a sua condição feminina. Essas questões contribuem para que as necessidades de saúde das mulheres pobres não sejam identificadas nesses serviços, fator esse que dificulta que os profissionais desenvolvam estratégias para o enfrentamento da pobreza no território. Portanto, as intersecções entre pobreza e o gênero revelaram a (in) visibilidade desse público nos serviços de saúde entrevistados.

O acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF apresentou-se de forma mecanizada e controladora, portanto, insuficiente para que a mulher encontre estratégias para o rompimento dos ciclos intergeracionais da pobreza, assim como a desigualdade de gênero.

A ESF apresentou-se como um lugar propício para se problematizar as intersecções do gênero com outras categorias sociais, visto que esses serviços não somente atendem populações marginalizadas, como, também, está localizado nos territórios mais vulneráveis socialmente.

Por fim, como limitação do presente estudo, compreende-se que novos estudos que abordem as percepções das mulheres beneficiárias do PBF, podem ampliar o entendimento das intersecções entre o gênero e a pobreza nos serviços da APS.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANDRADE LOM, Barreto ICHC, Bezerra RC. **Atenção primária à saúde e estratégia saúde da família**. In: Campos G.W.S; Minayo MCS; Akerman M; Drumond Jr. M, Carvalho YM, (Org). Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Editora Hucitec/Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006. p. 783-836
- AYRES J. R. D. C. M., Calazans, G. J., Saletti Filho, H. C., & Franca Junior, I. (2006). Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In Tratado de saúde coletiva. 2006. p. 375-417.
- AYRES, J. R.; PAIVA, V.; FRANÇA JÚNIOR, I. Conceitos e práticas de prevenção: da história natural da doença ao quadro da vulnerabilidade e direitos humanos. In:

PAIVA, V.; AYRES, J. R.; BUCHALLA, C. M. (Org.). Vulnerabilidade e direitos humanos: prevenção e promoção da saúde: da doença à cidadania. Curitiba: Juruá, 2012. p. 43-94. (Livro 1).

ALVES, J. E. D. As políticas populacionais e o planejamento familiar na América Latina e no Brasil. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Ciências Estatísticas, 2006. (texto para discussão).

ALVES, J. E. D.; CAVENAGHI, S. Transições urbanas e da fecundidade e mudanças dos arranjos familiares no Brasil. Cadernos de Estudos Sociais, Recife, v. 27, n. 2, p. 91-114, 2012. Disponível em: <https://periodicos.fundaj.gov.br/CAD/article/view/19/22>

BARTHOLO, L.; PASSOS, L.; FONTOURA, N. **Bolsa Família, autonomia e equidade de gênero**: o que indicam as pesquisas nacionais? Rio de Janeiro: Ipea, 2017. (Texto para discussão).

BERQUÓ, Elza. Brasil, um caso exemplar a espera de uma ação exemplar: anticoncepção e partos cirúrgicos. Estudos Feministas, v. 1, n. 2, p. 366-381, 1993. BICHR, R.M. capacidades Estatais para a implementação de programas de Transferência de Renda: os casos de Brasil, Argentina e África do Sul. Brasília - Rio de Janeiro: Ipea, 2015.

BICHR, R.M.; OLIVEIRA, M.C.; CANATO, P. Para além da transferência de renda? limites e possibilidades na articulação intersetorial de políticas sociais. In: MACEDO, M.J.; XEREZ, S.H.F.; LOFRANO, R. (Orgs.). Intersetorialidades nas políticas sociais: perspectivas a partir do Programa Bolsa Família. Cadernos de Estudos Desenvolvimento Social em Debate. – N. 26 (2016)- Brasília, DF : Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; 2016. p. 81-98.

BILAC, E.D. Trabalho e família: articulações possíveis. Tempo Social, revista de sociologia da USP, v. 26, n. 1, P. 129-145, 2014.

BRASIL. IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Pobreza e mulheres nos 20 anos após Beijing**. Brasília: Ipea, 2018. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/retrato/pdf/190327_tema_a_pobreza_e_mulheres_nos_20_anos_apos_beijing.pdf. Acesso em 13 de marc.2019.

_____. IPEA-INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. SIPS - Sistema de Indicadores de Percepção Social 1ª edição: Assistência Social Percepção sobre pobreza: causa e solução. Brasília:IPEA, 2011. Disponível em:https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=24444&catid=120&Itemid=2 >. Acesso em 16 jan. 2021.

- _____. Ministério da Saúde. Manual de orientações sobre o Bolsa Família na Saúde. Brasília, DF: O Ministério 2010.
- _____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). Bolsa Família. Disponível em: <<http://mds.gov.br/assuntos/bolsa-familia>>. Acessado em: 15/08/2019.
- _____. Ministério da Cidadania. Guia para o acompanhamento das condicionalidades do programa Bolsa Família. Brasília, DF: O Ministério 2020.
- _____. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Política de Saúde. Projeto promoção de saúde: Carta de Ottawa. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001.
- _____. Ministério da Saúde. Passo a passo para adesão ao programa Saúde na Escola: ciclo 2021 -2022. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.
- _____. Decreto Presidencial nº 6.286,5 de dezembro de 2007. Institui o programa Saúde na Escola-PSE e da Outras providências . Diário oficial da união 2007; 6 dez.
- _____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, set. 1990.
- BRUSCHINI, C. Trabalho doméstico: inatividade econômica ou trabalho não-remunerado?. Rev. bras. estud. popul., São Paulo , v. 23, n. 2, p. 331-353, 2006.
- CAMARGO, F.C et al. Perfil socioeconômico dos brasileiros do Programa Bolsa Família: o que o Cadastro Único revela? In: **CAMPELLO, T.; NERI, M. C. (Orgs.). Programa Bolsa Família: uma década de inclusão e cidadania. Brasília, IPEA, 2013.**
- CARLOTO, C. M. Condicionalidades nos programas de transferência de renda e autonomia das mulheres. **Sociedade em Debate**, Pelotas, v. 188, n. 2, p. 121-130, 2012.
- CARLOTO, C. M; MARIANO, S. A Empoderamento, trabalho e cuidados: mulheres no Programa Bolsa Família. **Textos e Contextos**, Porto Alegre, v. 11, n. 2, p. 258-272, 2012.
- Carloto CM, Stechi T de O. Entre o direito e o dever: uma reflexão sobre a exigência de condicionalidades no Programa Bolsa Família. O Social em Questão [internet]. 2019;21(43):257 - 280
- CARVALHO, T.A.; ALMEIDA, R. E.; JAIME, C.P. Condicionalidades em saúde do programa Bolsa família- Brasil: uma análise a partir de profissionais da saúde.

Saúde Soc. São Paulo, v.23, n.4, p.1370-1382, 2014

CASTRO, H. C. O. Percepções sobre o Programa Bolsa Família na sociedade brasileira. *Opin. Publica, Campinas* , v. 15, n. 2, p. 333-355, Nov. 2009 .

CECILIO L.C.O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos R.A, (Org). *s sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO; 2001. p. 113-26.

CHAUÍ, M. Senso Comum e Transparência. DHnet. Disponível em: <http://www.dhnet.org.br> . Acesso em: 18 jun. 2020.

COUTO, M.T. et al. O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in) visibilidade a partir da perspectiva de gênero. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 14, n.33, p. 257-270, 2010.

CRENSHAW, K. Documento para o encontro de especialista em aspectos da discriminação racial relativo ao gênero. **Estudos Feministas**, UFSC, v.10, n.1 p.171-188, 2002.

D' Amorim MA. Estereótipo de gênero e atitude acerca da sexualidade em estudos sobre jovens brasileiros. *Temas em psicologia*. 1997; 5(3):121-134.

FACCHINI, Luiz Augusto et al. Desempenho da Atenção Básica em beneficiários do Bolsa Família: contribuições à redução de desigualdade em saúde. In **Campello TNM, (Org). Programa Bolsa Família uma década de inclusão e cidadania. Brasília, DF: Ipea**, p. 273-83, 2013.

Figueiredo, W. D. 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. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.1, p. 935-944, 2011.

FONSECA, A. M. F.; VIANA, A. L. Á. Direito à saúde, atenção básica e transferências condicionadas de renda na América Latina. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v.12, n.6, p. 1505-1512, 2007.

FREITAS M. L.A , MANDÚ, E.N.T. Promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família: análise de políticas de saúde brasileiras. *Acta Paul Enferm*. São Paulo, v. 23, n. 2: 200-205, 2010.

GOFFMAN, E. Estigma: nota sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: Zahar ed.6, 1998, 172p.

GOMES R.*et al.* Os homens não vêm! Ausência e/ou invisibilidade masculina na

- atenção primária. *Ciência Saúde Coletiva*, v.16 (Supl. 1), p.983-992, 2011.
- GIDDENS, A. Sociologia. Tradução de Alexandra Figueiredo, Ana Patrícia Duarte Baltazar, Catarina Lorga da Silva e Patrícia Matos Vasco Gil. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2008. 743p.
- GUIMARÃES, S.O.V. construção histórico-social da pobreza: desnaturalização da percepção das desigualdades sociais. *Facmais*, v. IV, n. 1, p1-16, 2015.
- HIRATA, H.; KERGOAT, D. **Novas configurações da divisão sexual do trabalho**. Tradução de Fátima Murad. in *Cadernos de Pesquisa*, V.37, N.132, p. 595-609. set/dez.2007.
- JÚNIOR, H. M. M., JAIME, P. C., de LIMA, A. M. C. O papel do setor saúde no Programa Bolsa Família: histórico, resultados e desafios para o Sistema Único de Saúde. In **Campello TNM, (Org). Programa Bolsa Família uma década de inclusão e cidadania. Brasília, DF: IPEA**, p.93-109, 2013.
- Joice Graciele Nielsson. Direitos humanos e a esterilização de mulheres no Brasil: o controle reprodutivo sobre os corpos femininos. *Rev. de Gênero, Sexualidade e Direito* | e-ISSN: 2525-9849 | Evento Virtual | v. 6 | n. 1 | p. 140-162 | Jan/Jun. 2020.
- Lavinas, L.; Cobo, B., & Veiga, A. Bolsa Família: impacto das transferências de renda sobre a autonomia das mulheres pobres e as relações de gênero. **Revista Latinoamericana De Población**, Cuernavaca- Morelos, v.6, n.10, 2012.
- Klein C, Meyer DE, Borges ZN. Políticas de inclusão social no Brasil contemporâneo e educação da maternidade. *Cadernos de pesquisa*. 2013;43(150):906-923.
- KLEIN C. Educação de mulheres-mães pobres para uma "infância melhor". *Revista Brasileira de Educação*. 2012;17 (51):647-6
- LICIO, E. C. Coordenação do Bolsa Família nos sistemas de políticas públicas. Brasília - Rio de Janeiro: Ipea, 2019 .
- LEITE, S.K.C; PERES, D.U. Paradigmas de desenvolvimento e disseminação de políticas: raízes locais da criação do Programa Bolsa Família. *O&S-Salvador*, v22, n.75, p621-638,2015.
- LINK, B.; PHELAN, J. Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, v.27, p. 363-385, 2001.
- Machin R, Couto MT, Silva GSN, Schraiber LB, Gomes R, Figueiredo WS, Valença AO, Pinheiro TF. Concepções de gênero, masculinidade e cuidados em saúde: estudo com profissionais de saúde da atenção primária. **Ciência Saúde Coletiva**; v.16, n.11, p. 4503-4512, 2011.
- Machado DF, Castanheira ERL, Almeida MAS. Interseções entre socialização de

gênero e violência contra a mulher por parceiro íntimo. *Cienc Saude Colet* [Periódico na Internet]. 2020 [acessado 2020 Mar 14]. Disponível

em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/intersecoes-entre-socializacao-de-genero-e-violencia-contra-a-mulher-por-parceiro-intimo/17565?id=1756>.

MARIANO, A.S.; SOUZA, F.M. Conciliação e tensões entre trabalho e família para mulheres titulares do Programa Bolsa Família. **Revista Brasileira de Ciência Política**, Brasília, N.18 p. 147-177,2015.

Marques RM. Notas exploratórias sobre as razões do subfinanciamento estrutural do SUS. *Planej Polit Públicas*. 2017; 49:35-53

MARIANO, A.S; CARLOTO, M.C. Aspectos diferenciais da inserção de mulheres negras no Programa Bolsa Família. **Sociedade e Estado**, Brasília, V.28 N. 2, p 393-417, 2013.

MATTOS, R. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merece, ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Org). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado em saúde. 4.ed. Rio de Janeiro: Cepesc/IMS/ Uerj/Abrasco, 2005.

MAURIEL, AP. O Combate à pobreza na América Latina: impasses teóricos e ideológicos na construção da política social contemporânea. *Revista Ser Social*. 1998;1(1): 47-78.

MEYER, D. E. *et al*. “Vulnerabilidade, gênero e políticas sociais: a feminização da inclusão social”. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 22, n. 3, p. 885-904, 2014.

MEYER D.E, Klein C, Fernandes LP. Noções de família em políticas de ‘inclusão social’ no Brasil contemporâneo. *Estudos Feministas*. 2012;20(2): 433-449.

MELO, Hildete Pereira de; CONSIDERA, Claudio Monteiro; DI SABBATO, Alberto. Os afazeres domésticos contam. *Econ. soc.*, Campinas , v. 16, n. 3, p. 435-454, 2007 .

MINAYO, M.C.S. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, ed. 10, 2007.

MONNERAT, G. L. *et al*. Do direito incondicional à condicionalidade do direito: as contrapartidas do Programa Bolsa Família. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v.12, n.6, p.1453-1462, 2007.

MONTÃO, C. Pobreza “questão social” e seu enfrentamento. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 110, p. 270-287, abr./jun. 2012.

MORAES, V. D.; MACHADO, C. V. O programa Bolsa Família e as condicionalidades

- de saúde: desafios da coordenação intergovernamental e intersetorial. *Saúde Debate*. | Rio de Janeiro, v. 41, n. especial 3, p. 129-143, 2017.
- MUNDIM, P. S et al . O Programa Bolsa Família e seus beneficiários na opinião pública brasileira. *Opin. Publica*, Campinas, v. 25, n.3, p. 556-576, Dec. 2019.
- NUSSBAUM, M. Women and equality: The capabilities approach. **International Labour Review**, Vol. 138, n. 3, p. 227-245, 1999.
- NASCIMENTO, A.C.O. A influência da ideologia patriarcal na definição dos brinquedos infantis. *Rev Pauta* 2016; 14(37):296-318.
- OLIVEIRA, B.F.L, Soares DSS. “efeito preguiça” em programas de transferência de renda? In Campello TNM, (Org). Programa Bolsa Família uma década de inclusão e cidadania. Brasília, DF: IPEA, p.93-109, 2013.
- OLIVEIRA, C. A.; PEREIRA, C.A. Atributos essenciais da atenção primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev. Brasileira de Enfermagem**, São Paulo, V.6 (esp), p.158 -164, 2013.
- PARKER, R. Intersecções entre estigma, preconceito e discriminação na saúde pública mundial. In: VILLELA W, (Org). Estigma e saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013. p.13-25.
- PASSOS, L. Gênero: dimensão contemplada no Bolsa Família? **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 16, n. 1, p. 83 - 99, 2017.
- PASSOS, L; WALTENBERG, F. Bolsa Família e assimetrias de gênero: reforço ou mitigação?. *Rev. bras. estud. popul.*, São Paulo , v. 33, n. 3, p. 517-539, 2016.
- Pateman C. *The sexual contract*. Stanford: Stanford University Press; 1988. 343 p.
- RASELLA, D.; AQUINO, R.; PAES-SOUSA, R.; BARRETO, M. L. Efeitos do Programa Bolsa Família sobre a mortalidade em crianças: uma análise nos municípios brasileiros. In: **CAMPELLO, T.; NERI, M. C. (Orgs.). Programa Bolsa Família: uma década de inclusão e cidadania. Brasília, IPEA, 2013.**
- REGO, L.W. PINZANI, A. Vozes do Bolsa Família: autonomia, dinheiro e cidadania. São Paulo: Editora da Unesp, 2013. 241p.
- Rossi P, Dweck E. Impactos do Novo Regime Fiscal na saúde e educação. *Cad Saude Publica*. 2016; 32(12):1-5.
- SANTOS, L. M. P et al. Menor ocorrência de baixo peso ao nascer entre crianças de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família. *Programa Bolsa Família: uma década de inclusão e cidadania. Brasília: IPEA*. In **Campello TNM, (Org). Programa Bolsa Família uma década de inclusão e cidadania. Brasília, DF: Ipea**, p. 263-273, IPEA, 2013.

- SCOTT, J. Gênero: uma categoria útil para a análise histórica. **Educação & Realidade**, Recife, 1995; v 20, n.2, p. 71-99.
- SPOSATI, A. Proteção social e seguridade social no Brasil: pautas para o trabalho do assistente social. *Serv. Soc. Soc.*, São Paulo, n. 116, p. 652-674, out./dez. 2013.
- SEADE. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. Secretaria de Planejamento e Desenvolvimento Regional. [Internet] [acessado 20 de maio de 2019]. Disponível em: <http://www.seade.gov.br/produtos/perfil/perfilMunEstado.php>.
- SEN, A. *Desigualdade reexaminada*. 2 ed. Rio de Janeiro, São Paulo: Record, 2008.
- SILVA, S. O.M O Bolsa Família: problematizando questões centrais na política de transferência de renda no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v 12, n.6, p. 1429-1439, 2007.
- SILVA, S. O.M. O debate sobre a pobreza: questões teórico-conceituais. **Revista de políticas públicas**, Maranhão, v.6, n.2, p. 1-31, 2002.
- SIQUEIRA, S.S; ALVES, L.G.Pobreza e desigualdade social: uma breve reflexão Brasil e América Latina. *Revista Direitos, trabalho e política social*, CUIABÁ, V. 4, n. 6, p. 11-36, 2018.
- SOUZA, X.R.; MARIN, A. H. Intervenção com famílias em descumprimentos das condicionalidades do Programa Bolsa Família. **Saude soc.**, São Paulo , v. 26, n. 2, p. 596-605, June 2017 .
- SPERLING, S. Política Nacional de Atenção Básica?: consolidação do modelo de cuidado ou conciliação com o mercado de saúde?? *Saúde debate* 2018; 42(n. spe 1):341-345.
- TELLES V da S. Pobreza e cidadania: Dilemas do Brasil contemporâneo. *Cadernos CRH*. 1993; 6 (19): 1-14.
- VASCONCELOS, M. D. F. F., SEFFNER, F. A pedagogia das políticas públicas de saúde: norma e fricções de gênero na feitura de corpos. **Cadernos Pagu**, v 44, p. 261-298, 2015.
- YAZBEK, M. C. Pobreza no Brasil contemporâneo e formas de seu enfrentamento. *Serviço Social e sociedade*, n. 110, p 288-322, abr./ jun.2012.
- ZAMBONI , Marcos. Marcadores sociais da diferença. **Sociologia**: grandes temas do conhecimento (Especial Desigualdades). São Paulo, v. 1, p. 13 - 18, 2014.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O método de pesquisa utilizado, em um primeiro momento, contribuiu para uma visão mais geral da incorporação do gênero nas práticas de saúde da APS. Foram destacados os preceitos biologizantes e a visão estereotipada dos profissionais que significam barreiras para continuidade das políticas com enfoque de gênero.

Já, os dados primários demonstraram a (in) visibilidade das mulheres beneficiárias do PBF na USF. As intersecções entre o gênero e a pobreza revelou um cenário bastante hostil para elas, em decorrência da visão estereotipada de gênero e o julgamento moral que os profissionais fazem da pobreza e do PBF.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANDRADE, L.O.M.; Barreto, I.C.H.C.; Bezerra, R.C. **Atenção primária à saúde e estratégia saúde da família**. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Jr. M, Carvalho, YM, (Org). Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Editora Hucitec/Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006. p. 783-836
- BACKES, S.D Et al. **Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas**. O Mundo da Saúde, São Paulo. v.35, n.4, p. 438 - 442, ago./dez 2011.
- BARDIN L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Ed 70; 1979.
- BARTHOLO, L.; PASSOS, L.; FONTOURA, N. **Bolsa Família, autonomia e equidade de gênero: o que indicam as pesquisas nacionais?** Rio de Janeiro: Ipea, 2017. (Texto para discussão).
- Botucatu em dados: mortalidade e população / Margareth A. Santini de Almeida ... [et al] (coord.). - Botucatu: Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu, 2016 33 p.
- Barata, R.; B. Como e Por Que as Desigualdades Sociais Fazem Mal à Saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009 120 p.
- BRASIL.10.836, de 09 de janeiro de 2004. Cria o Programa Bolsa Família e dá outras providencias. Brasília ,2004.
- _____. IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Pobreza e mulheres nos 20 anos após Beijing**. Brasília: Ipea, 2018. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/retrato/pdf/190327_tema_a_pobreza_e_mulheres_nos_20_anos_apos_beijing.pdf. Acesso em 13 de marc.2019.
- _____. **população brasileira**, Estudos e Pesquisas, Informação Demográfica e

- Socioeconômica, n.39, IBGE, 2018. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9221-sintese-de-indicadores-sociais.html?=&t=publicacoes>. Acesso em 13 marc. 2019.
- _____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). Bolsa Família. Disponível em: <<http://mds.gov.br/assuntos/bolsa-familia>>. Acessado em: 03/05/2018.
- _____. Ministério da Saúde. Manual de orientações sobre o Bolsa Família na Saúde. Brasília, DF: O Ministério; 2010.
- CARLOTO, C. M. Condicionalidades nos programas de transferência de renda e autonomia das mulheres. **Sociedade em Debate**, Pelotas, v. 188, n. 2, p. 121-130, 2012.
- _____. Empoderamento, trabalho e cuidados: mulheres no Programa Bolsa Família. **Textos e Contextos**, Porto Alegre, v. 11, n. 2, p. 258-272, 2012.
- CEPAL. Comissão Econômica Para América Latina e Caribe. [Internet] [acessado 13 setembro de 2019]. Disponível em: <https://www.cepal.org/pt-br/comunicados/pobreza-america-latina-manteve-se-estavel-2017-mas-extrema-pobreza-aumentou-atingindo>.
- COLLINS, H.P. Intersectionality's Definitional Dilemmas. **Annual review of sociology**, USA, v.41, n. 20, p 1-23, 2015
- COUTO, M.T.; DANTAS, S. M. V. Gênero, masculinidades e saúde em revista: a produção da área na revista Saúde e Sociedade. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 25, n. 4, p.857-868, dez. 2016.
- CRENSHAW, K. Documento para o encontro de especialista em aspectos da discriminação racial relativo ao gênero. **Estudos Feministas**, UFSC, v.10, n.1 p.171-188, 2002.
- DINIZ, S. Critérios de justiça e programas de renda mínima. **Rev. katálisis**, Florianópolis, v. 10, n. 1, p. 105-114, jun. 2007.
- GIFFIN, K. Pobreza, desigualdade e equidade em saúde: considerações a partir de uma perspectiva de gênero transversal. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro 18(Suplemento):103-112, 2002.
- GOFFMAN, E. Estigma: la identidad deteriorada. 5. ed. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1993, 172p
- HIRATA, H.; KERGOAT, D. **Novas configurações da divisão sexual do trabalho**. Tradução Fátima Murad in *Cadernos de Pesquisa*, V.37, N.132, p. 595-609. set/dez.2007.
- LAVINAS, L.; COBO, B.; VEIGA, A. Bolsa Família: impacto das transferências de

- renda sobre a autonomia das mulheres pobres e as relações de gênero. **Revista Latino Americano de Población**, Cuernavaca, Morelos, México, v. 6 N.10, p.31-57, 2012.
- MACHIN, R et al. Concepções de gênero, masculinidade e cuidados em saúde: estudo com profissionais de saúde da atenção primária. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.25, n.4, p.857-868, 2016.
- MARIANO, A.S.; SOUZA, F.M. Conciliação e tensões entre trabalho e família para mulheres titulares do Programa Bolsa Família. **Revista Brasileira de Ciência Política**, Brasília, N.18 p. 147-177,2015.
- MARIANO, A.S; CARLOTO, M.C. Gênero e combate à pobreza: Programa Bolsa Família **Estudos Feministas**, Florianópolis, 17(3): 901-908, 2009
- MARIANO, A.S; CARLOTO, M.C. Aspectos diferenciais da inserção de mulheres negras no Programa Bolsa Família. **Sociedade e Estado**, Brasília, V.28 N. 2, p 393-417, 2013
- MAYAN, M.J. **Na introduction to qualitative methods: a training module for students and professionals**. Edmonton: Universidade of ALBERTA, 2001.
- MARTINS, C. A; Melo dos R. F. Gênero: a dimensão fundamental da saúde humana. In: Silva, B. L; Ramos, A. (Org.). **Serviço social, saúde e questões contemporâneas: reflexões críticas sobre a prática profissional**. Campinas, SP: Papel social, 2013. Art. 8.
- MINAYO, M.C.S. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, ed. 10, 2007.
- MONTÃO, C. Pobreza “questão social” e seu enfrentamento. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 110, p. 270-287, abr./jun. 2012.
- NAÇÕES UNIDAS NO BRASIL- ONU BR. A Agenda 2030. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/pos2015/agenda2030/>>. Acesso em: 13 de mar.de 2019 b.
- PASSOS, L. e WALTENBERG, F. Bolsa Família e assimetrias de gênero: reforço ou mitigação? R. bras. **Est. Pop**, Rio de Janeiro, v.33, n.3, p.517-539, 2016.
- PASSOS, L. Gênero: dimensão contemplada no Bolsa Família? **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 16, n. 1, p. 83 - 99, 2017
- PNUD. United Nations Development Programme. [Internet] [acessado 13 de setembro de 2019]. Disponível em: <http://hdr.undp.org/en/2019-MPI>
- SAFFIOTI, H. **Gênero, patriarcado e violência**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2004.
- SCHRAIBER, L.B. Equidade de gênero e saúde: o cotidiano das práticas no Programa

- Saúde da Família do Recife. In: VILLELA W; MONTEIRO S (Org). **Gênero e saúde: Programa Saúde da Família em questão**. Rio de Janeiro: ABRASCO/Brasília: Fundo de População das Nações Unidas; 2005. p. 39-61.
- SCOTT, J. Gênero: uma categoria útil para a análise histórica. **Educação & Realidade**, Recife, 1995; v 20, n.2, p. 71-99
- SCRAIBER, L.B et al. Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.26, n.5, p.961-970, 2010.
- SEADE. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. Secretaria de Planejamento e Desenvolvimento Regional. [Internet] [acessado 20 de maio de 2019]. Disponível em: <http://www.seade.gov.br/produtos/perfil/perfilMunEstado.php>
- SILVA, S. O.M. O debate sobre a pobreza: questões teórico-conceituais. **Revista de políticas públicas**, Maranhão, v.6, n.2, p. 1-31, 2002.
- SILVA, R. R. Renda mínima e proteção social: aspectos históricos, teóricos e conjunturais. **Rev. katálisis**, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 110-119, abr. 2019
- SIQUEIRA, L. **Pobreza e serviço social: diferentes concepções e compromissos políticos**. 1.ed. São Paulo: Cortez, 2013.
- SMS. Secretaria Municipal de Saúde de Botucatu. Disponível em: <http://saude.botucatu.sp.gov.br/> Acesso em 20 de maio de 2019.
- SOUZA, F.M; MARIANO, A.S. Percepções de Cuidado e Práticas de Gênero de Mulheres em Situação de Pobreza a Partir de um Recorte Geracional. **Mediações, Iondrina**, V. 23 N. 3, p.164-194, 2018.
- TRIVINÕS, A.N.S. **A Introdução a Pesquisa em Ciências Sociais: pesquisa qualitativa em educação - o positivismo, a fenomenologia e o marxismo**. São Paulo: Atlas, 2008.
- WHARTON, A. Gender in interactions and institutions. In: **The sociology of gender: an introduction to theory and research**. Oxford: Blackwell, 2005
- WESTPHAL, M.F. **Grupo focal - uma técnica de pesquisa qualitativa**: exemplo de sua utilização em saúde pública. São Paulo, 1997. .
- YAZBEK, M. C. **Pobreza no Brasil contemporâneo e formas de seu enfrentamento**. Serviço Social e sociedade, n. 110, p 288-322, abr./ jun.2012.
- ZAMBONI, Marcos. Marcadores sociais da diferença. **Sociologia: grandes temas do conhecimento (Especial Desigualdades)**. São Paulo, v. 1, p. 13 - 18, 2014.

APÊNDICES

Apêndice 1: Caracterização da amostra

Data realização do grupo focal: ____/____/____/ Setor Sul () Norte ()

Leste () Oeste ()

Iniciais do nome: _____

Caracterização do profissional

Idade: _____ Gênero _____ Cor: _____ Ocupação: _____ Tempo de trabalho na unidade: _____

Ensino médio completo sim () não ()

Curso profissionalizante incompleto? () Qual? _____ Em andamento? () Sim ()

Não Curso Profissionalizante completo () Qual? _____ Ano no de conclusão:

Graduação incompleta () Qual? _____ Em andamento? () Sim ()

Não

Graduação completa () Qual? _____ Ano de conclusão:

Pós-graduação incompleta () Qual? _____ Em andamento? () Sim () Não

Pós-graduação completa () Qual? _____ Ano de conclusão:

Você atua/atende beneficiários do Bolsa Família? () Sim () Não

Descreva, em poucas palavras, esse atendimento:

Apêndice 2: Roteiro das entrevistas

Apresentação

Assinatura e leitura do termo de consentimento livre esclarecido: explicar o objetivo da pesquisa e do grupo focal.

Contrato grupo: celulares desligados, sigilo e respeito a opinião do outro, não há visões certa ou errada aqui, respeito ao termino do grupo.

Questões norteadoras: grupo focal e entrevistas semiestruturadas:

1. O que vocês sabem sobre o Programa Bolsa Família?
2. Quais são os principais problemas sociais que vocês identificam na vida das beneficiárias do Programa Bolsa Família? O que essas famílias trazem de demandas ?
3. A mulher é a principal responsável pelo benefício e o cumprimento das condicionalidades. O que vocês acham disso? Há diferenças entre essas mulheres, por exemplo, raça/etnia, idade, empregada e desempregada ?
4. Fale sobre as facilidades e as dificuldades encontradas no acompanhamento das beneficiárias do Programa Bolsa Família ?
5. O que é pobreza para vocês? Você poderia citar um exemplo?
6. Como sua atuação pode contribuir para o rompimento dos ciclos da pobreza?

Apêndice 3: Termo de consentimento livre e esclarecido

Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa **“Intersecções entre gênero e pobreza no contexto da Atenção Primária em Saúde”**, que pretende Apreender as percepções de profissionais de saúde a respeito a relação entre pobreza e gênero. Você foi selecionado (a), entre as Unidade de Saúde da Família por trabalhar e ter contato com as famílias beneficiárias do programa Bolsa Família. Sua participação será em grupo de discussão composto de 6 a 15 pessoas e terá inicialmente um formulário com questões para caracterização dos participantes (idade, sexo, formação, local de trabalho, tempo de atuação). Depois terá uma discussão a respeito às mulheres beneficiárias do programa Bolsa Família que durará em média 1 hora. Estas discussões proporcionarão informações que poderão auxiliar no atendimento desses fenômenos, assim como no desenvolvimento de atividades de promoção da igualdade de gênero. Você não sofrerá nenhum risco, a não ser a possibilidade de um constrangimento inicial por ser uma participação em grupo. Peço autorização para fazer gravação dessa reunião. Após as transcrições, as falas gravadas serão destruídas. Também será realizado publicações em periódico científico. Em nenhum momento haverá identificação dos nomes dos participantes e o que for falado e escrito será sigiloso. Caso você não queira participar da pesquisa, é seu direito e isso não vai de forma alguma vir a te prejudicar. Poderá também retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa. Você receberá uma via deste termo, e outra via será mantida em arquivo pelo pesquisador por cinco anos. Qualquer dúvida adicional, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa, através do fone: 14) 3880-1608 / 1609. **Concordo em participar da pesquisa:**

Nome: _____ Data: _____

Wellington Severino Alves Mamedes (Pesquisador) _____ Data: _____
_____, Rua Ângelo Ricardo Zanotto, 452. Botucatu – SP Fone (14)9 97
132543-5942 e-mail: well_mamedes@hotmail.com.

Margareth Aparecida Santini de Almeida (orientadora) _____ Data _____
Rua Comendador Pedro Stefanini, 373. Botucatu – SP. Fone (14) 3880-1351 E-mail:
margareth.almeida@unesp.br.

ANEXO

Anexo 1: Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: As interseções entre gênero e a pobreza: o olhar dos profissionais da Saúde da Família frente às beneficiárias do Programa Bolsa Família

Pesquisador: WELLINGTON SEVERINO ALVES MAMEDES

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 18577519.1.0000.5411

Instituição Proponente: Departamento de Saúde Pública

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.556.827

Apresentação do Projeto:

Trata-se de estudo qualitativo baseado em grupos focais e que pretende apreender as percepções dos profissionais de saúde da família sobre as mulheres beneficiárias do programa Bolsa Família. O referencial da metodologia proposta é a análise de conteúdo de Bardin. Serão convidados a participar nos grupos focais profissionais de 4 unidades de saúde da família. Os autores estimam um tamanho amostral de 40 participantes, sendo que cada grupo focal deve conter entre 6 a 15 participantes e durar até cerca de 1,5 h.

Objetivo da Pesquisa:**Objetivo Primário:**

Apreender as percepções de profissionais de saúde a respeito da intersecção entre pobreza e gênero e se essas reforçam práticas baseadas na desigualdade, no atendimento das mulheres beneficiárias do Programa Bolsa família.

Objetivo Secundário:

- Identificar o conhecimento dos profissionais a respeito do programa Bolsa Família;
- Conhecer as percepções dos profissionais da saúde sobre a titularidade feminina proposta pelo programa Bolsa Família;
- Investigar se existe discriminação das mulheres beneficiárias do programa Bolsa Família por parte dos profissionais;

Endereço: Chácara Butignoli, s/n
 Bairro: Rubião Junior CEP: 18.618-970
 UF: SP Município: BOTUCATU
 Telefone: (14)3880-1609 E-mail: cep@fmb.unesp.br