



Universidade de Brasília

Instituto de Ciências Políticas

**A Atuação dos Burocratas de Nível de Rua na Implementação de Políticas
Públicas de Saúde da Mulher: Uma Revisão Sistemática de Literatura**

Breno Michael Rocha de Carvalho

Brasília/DF

Fevereiro de 2025



Universidade de Brasília

Instituto de Ciências Políticas

A Atuação dos Burocratas de Nível de Rua na Implementação de Políticas Públicas de Saúde da Mulher: Uma Revisão Sistemática de Literatura

Breno Michael Rocha de Carvalho

Monografia apresentada ao Curso de Ciências Políticas, do Instituto de Ciência Política, Universidade de Brasília, como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Ciências Políticas sob a orientação da professora Dra. Michelle Vieira Oliveira Fernandez. Monografia apresentada ao Curso de Ciência.

Brasília/DF

AGRADECIMENTOS

Fiquei muito pensativo sobre a quem deveria agradecer por ter me proporcionado essa trajetória incrível dentro da universidade pública. No entanto, acredito que esses agradecimentos vão além dos últimos anos em que me dediquei à graduação.

Este é um momento para lembrar aqueles que contribuíram para a minha construção como pessoa e que, infelizmente, não estão mais presentes.

Em memória, dedico toda a minha vida ao meu querido irmão, **Luis Carlos Gonçalves de Carvalho Junior**, que faleceu em 2022. Irmão, obrigado por ter me incentivado, por me mostrar que devemos sempre ter esperança e, de coração, por me ensinar a ser uma pessoa brilhante sem jamais perder a humildade. Tenho certeza de que o Júnior estaria orgulhoso.

Ainda em memória, dedico este trabalho ao meu grande amigo **Vinícius de Miranda**, que partiu em 2024, no auge de sua trajetória. Amigo, saiba que você sempre será lembrado.

Além disso, quero expressar minha gratidão a Deus, à minha Mãe, aos meus Irmãos, aos Amigos de infância e a toda a minha família.

Como não poderia faltar, um agradecimento à minha orientadora, Michelle Vieira Fernandez, do Departamento de Ciência Política da UnB. Professora, sou grato por todas as oportunidades e pelo seu apoio ao longo dessa caminhada.

Quero também dedicar esta graduação ao meu amigo **Bruno Sampaio**. Mano, obrigado por todos os conselhos, por ser um pilar de apoio e por se tornar um verdadeiro irmão mais velho para mim.

Não posso deixar de agradecer especialmente à **Rebeca Macedo Gomes**, meu amor. Obrigado por apoiar todas as minhas ideias. Sou imensamente grato por ter você na minha vida. Tenho muito orgulho da pessoa que você é e saiba que sempre poderá contar comigo.

Por fim, como minha trajetória foi construída por muitas pessoas, sou grato a todos que estiveram comigo no dia a dia ao longo desses anos. Deixo um forte abraço a todos do

Coletivo Negro de Ciência Política - Ubuntu, que foram essenciais para a minha permanência no curso.

SUMÁRIO

1. RESUMO.....	6
1.1 ABSTRACT.....	6
2. INTRODUÇÃO.....	8
3. MARCO TEÓRICO.....	11
3.1 Implementação de Políticas Públicas.....	11
3.2 Burocrata de nível de rua e seu papel na implementação das políticas públicas.....	15
3.3 Discrecionalidade do burocrata de nível de rua na implementação de políticas públicas.....	19
4. METODOLOGIA.....	23
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	26
5.1 Saúde Sexual e Reprodutiva.....	33
5.2 Violência Doméstica.....	40
5.3 Humanização e Integralidade.....	45
5.4 Concepção de Gênero.....	49
5.5 Saúde Mental.....	52
5.6 Raça e Gênero.....	54
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	57
7. REFERÊNCIAS.....	60
7. ANEXOS.....	68

LISTA DE SIGLAS

APS - Atenção Primária à Saúde

ACS - Agentes Comunitários de Saúde

BNR - Burocrata a Nível de Rua

BNRs - Burocra a nível de rua na área da saúde

CF 1988 - Constituição Federal

ESF - Estratégia Saúde da Família

MS - Ministério da Saúde

OMS - Organização Mundial da Saúde

UBS - Unidade básica de saúde

UNICEF - Fundo das Nações Unidas

USF - Unidade de Saúde da Família

PVM 1996 - Programa Nacional de Controle do Câncer de Colo do Útero e de Mama Viva Mulher

PNIAM 1981 - Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno

PNH 2003 - Política Nacional de Humanização

PNAISM 2004 - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

PNPM 2004 - Plano Nacional de Políticas para as Mulheres

PHPN 2000 - Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento

PSF 1991 - Programa de Saúde da Família

RS - Revisão Sistemática RS

SciELO - Scientific Electronic Library Online

SUS - Sistema Único de Saúde

1. RESUMO

Este estudo pretende analisar a atuação dos Burocratas de Nível de Rua (BNR) na implementação de políticas de saúde da mulher, a partir do uso da metodologia de Revisão Sistemática (RS). O referencial teórico analisado está disponível na base de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO). Trata-se de um estudo de revisão sistemática qualitativa extraído da base de dados SciELO entre setembro de 2024 e janeiro de 2025, assim contemplando 17 anos de artigo publicados na base de dados mencionada.

Ao analisar a atuação dos profissionais da saúde da linha de frente nas políticas públicas de saúde sob uma perspectiva de gênero, busca-se compreender em que medida o comportamento dos BNRs tem contribuído ou dificultado, ainda que de forma inicial, para a implementação de políticas voltadas à saúde da mulher, considerando o histórico de desigualdades, preconceitos e violências enraizados na sociedade brasileira. Este estudo justifica-se não apenas pela necessidade de ampliar as pesquisas que aprofundem a compreensão do papel dos BNRs na implementação de políticas públicas, mas também pela análise e valorização da relevância desses profissionais de linha de frente, que representam a face direta do Estado em suas interações sociais.

Ainda a Revisão Sistemática realizada, analisou 17 políticas de saúde da mulher, e constatou que, apesar dos avanços político-legislativos, essas políticas continuam desconectadas da realidade dos BNRs durante a implementação, dado seu conhecimento limitado sobre programas e normativas evidenciando falhas estruturais e humanas no atendimento primário, como a ausência de padronização e a falta de capacitação profissional, que comprometem a qualidade do serviço. Reconhece-se, contudo, que os BNR's são essenciais para a execução das políticas públicas, embora sua atuação seja condicionada por fatores contextuais, estruturais e de formação.

Palavras Chaves: Políticas Públicas, Implementação, Burocratas a nível de Rua, Saúde da mulher, Gênero.

1.1 ABSTRACT

This study aims to analyze the performance of Street-Level Bureaucrats (SLBs) in the implementation of women's health policies, using the Systematic Review (SR) methodology. The theoretical framework developed is available in the Scientific Electronic Library Online (SciELO) database. This is a qualitative systematic review study extracted from the SciELO database between May 2024 and December 2024, thus covering 17 years of articles published in the aforementioned database.

By analyzing public health policies from a gender perspective, we seek to understand to what extent the behavior of SLBs has contributed, even if initially, to the implementation of policies aimed at women's health, considering the history of inequalities, prejudices and violence rooted in Brazilian society. This study is justified not only by the need to expand research that deepens the understanding of the role of SLBs in the implementation of public policies, but also by the analysis and appreciation of the relevance of these frontline professionals, who represent the direct face of the State in its social interactions.

The RS analyzed 17 women's health policies and found that, despite political and legislative advances, these policies remain disconnected from the reality of SLBs during implementation, given their limited knowledge about programs and regulations, highlighting structural and human flaws in primary care, such as the lack of standardization and the lack of professional training, which compromise the quality of the service. It is recognized, however, that SLBs are essential for the implementation of public policies, although their performance is conditioned by contextual, structural and training factors.

Keywords: Public Policies, Implementation, Street-Level Bureaucrats, Women's Health, Gender.

2. INTRODUÇÃO

Este trabalho decorre de uma pesquisa cujo objetivo foi analisar a atuação dos Burocratas de Nível de Rua da Saúde (BNRs) na implementação de políticas públicas no contexto da saúde da mulher, utilizando a metodologia de revisão sistemática (RS). Destaca-se que, ao realizar a revisão sistemática, foram extraídos 65 artigos da base de dados Library Online (SciELO), dos quais 40 foram selecionados para a estruturação da pesquisa.

Na coleta das informações para a construção da revisão sistemática, priorizou-se a análise de dados descritivos e qualitativos, que foram rigorosamente organizados a partir da análise do conteúdo das publicações, considerando o ano de publicação, tipo de publicação, métodos e técnicas, além do conteúdo e da produção do conhecimento. Dessa forma, destaca-se que este trabalho contempla 17 anos de publicações referentes à temática dentro da base de dados analisada, datando o primeiro artigo a partir de 2007 e o último em 2024.

Ademais, a primeira parte desta pesquisa está voltada para o desenvolvimento e a compreensão da base teórica e conceitual que aborda a temática da implementação de políticas públicas, bem como destaca a importância de compreender o papel dos burocratas de nível de rua na implementação dessas políticas. Ao concluir esse primeiro momento, apresenta-se a ideia da discricionariedade no âmbito da atuação dos burocratas de nível de rua.

Dessa forma, a segunda parte deste trabalho trata da estruturação teórica da Revisão Sistemática (RS), considerando a importância dessa metodologia para, por meio de inúmeros estudos, compreender o comportamento dos profissionais da linha de frente da saúde ao lidarem com a implementação das políticas públicas voltadas para as mulheres em diferentes contextos e realidades no âmbito da saúde.

O terceiro momento deste trabalho aponta diretamente os resultados e as discussões estruturadas sobre o comportamento dos BNRs na implementação das políticas públicas identificadas e analisadas dentro da RS.

Ressalta-se que a análise priorizou a objetividade dos resultados e buscou ser o mais fiel possível aos dados dos trabalhos examinados, mesmo quando estes indicaram diferentes problemáticas encontradas no exercício das funções desses BNRs, especialmente no atendimento à saúde primária dessas pacientes.

Em conclusão, a quarta parte trata especificamente das considerações finais do trabalho, nesse ponto é interessante destacar que ao analisar o comportamento desses BNR na implementação das políticas de saúde da mulher. Destaca-se que existem diferentes compreensões conceituais acerca da tomada de decisão dos BNRs durante o processo de implementação das políticas públicas analisadas, dessa forma provocando oscilações significativas na execução da maioria das normativas elencadas. Além de reduzir a abrangência e efetividade da política, ocorrendo uma intervenção não-padronizada.

Destaca-se que os estudos de Lipsky, Lotta, Fernandez, Baptista, Rezende, entre outros, foram extremamente úteis para compreender de forma teórica as decisões que esses profissionais tomam com base em suas experiências individuais diante de uma realidade complexa que o sistema de saúde vivencia em seu cotidiano em termos de recursos e capacidades.

Esse trabalho justifica-se a partir do entendimento de que as ideologias, crenças e valores dos BNR, que no geral, interferem diretamente na implementação de políticas públicas. No entanto, torna-se necessário compreender como essas interferências ocorrem no âmbito da saúde, especialmente no contexto de uma área tão sensível que é o do atendimento às mulheres, que histórica e cotidianamente encontram-se reféns da violência estrutural dentro das instituições públicas que tem como uma das suas bases o patriarcado.

Observa-se que as ações tomadas por esses agentes impactam diretamente a implementação das políticas públicas voltadas para a saúde da mulher, mesmo quando alguns desses BNRs não possuem um conhecimento atualizado sobre o debate que compreende a mulher como um ser que necessita de um atendimento humanizado e integral. Um dos resultados apresentados nessa pesquisa é que, na maioria dos artigos, observa-se uma falta de formação e capacitação adequada para que os BNRs pudessem implementar, de fato, as políticas públicas.

A relevância desse trabalho é evidenciada não somente por contribuir para a ampliação dos estudos sobre burocracia de nível de rua em geral, mas também por, estando dentro da área da saúde, evidenciar de que maneira os profissionais estão lidando com as políticas públicas de saúde da mulher formuladas, seja no âmbito executivo ou no legislativo. Além disso, destaca como as decisões tomadas pelos BNRs afetam a clientela do serviço às mulheres, sob uma perspectiva das Ciências Políticas, a partir de diferentes pesquisas

realizadas anteriormente. Ao serem analisadas dentro da RS, essas pesquisas nos fornecem uma noção de uma base normativa, que, nesse caso, são as políticas públicas analisadas, as quais estão por trás das ações dos profissionais da linha de frente na área da saúde.

3. MARCO TEÓRICO

3.1 Implementação de Políticas Públicas.

A literatura nacional de estudos sobre políticas públicas e sua implementação tem ganhado fôlego desde a Constituição Federal de 1988 (CF, 1988), nos campos da ciência política e da administração pública (Lotta, 2019). No Brasil, a partir dos anos 2000, começa a ganhar notoriedade o campo de estudos sobre as políticas públicas. Esse fenômeno, pode ser notado pela proliferação no país de cursos de graduação, especialização, mestrado e doutorado que têm as políticas públicas como objeto principal, como aponta Faria (2012).

Entretanto, segundo Fernandez et al. (2019, p. 803), no Brasil, os estudos de políticas públicas, apesar de certa expansão ocorrida desde a década de 1990, são considerados incipientes, devido à existência de uma multiplicidade de abordagens pouco desenvolvidas, à falta de coerência das linhas de pesquisa e à dispersão dos assuntos estudados. Ademais, embora o foco central desta pesquisa não seja exclusivamente o campo geral das políticas públicas, é imprescindível reconhecer que não existe um consenso nem uma única definição sobre o que é política pública.

De acordo com Souza (2006), diferentes autores oferecem perspectivas variadas sobre o conceito de política pública. Mead (1995) entende como um campo de estudo que examina o governo a partir de questões públicas relevantes. Lynn (1980), por sua vez, define política pública como um conjunto de ações governamentais que geram impactos específicos. Peters (1986) amplia essa visão, descrevendo-a como a soma das atividades do governo, realizadas diretamente ou por delegação, que afetam a vida dos cidadãos. Dye (1984) simplifica a definição, afirmando que política pública é aquilo que o governo decide fazer ou deixar de fazer.

Por fim, a definição mais conhecida é a de Laswell, que propõe que a análise de políticas públicas deva responder a questões como: quem beneficia, o que é obtido, por que isso acontece e qual o impacto gerado. Partindo dessas afirmações, de acordo com Dalfior, Lima e Andrade (2015), por mais que as definições e conceituações mostrem-se diversas, falar de políticas públicas é falar principalmente de Estado, de pacto social, de interesses e também de poder.

Nesse contexto, para compreender melhor as potencialidades e os limites do enfoque na análise das políticas públicas e sua implementação, é importante entender a construção histórica da divisão do processo político, a partir das diferentes fases desse processo, como sugerem Baptista e Rezende, (2011). Nesta perspectiva, a contribuição da ideia de ciclo da política, formulada por Howlett e Ramesh (1990), condensa as fases do processo da política pública em quatro etapas, apresentando o que denominaram Improved model: a agenda; a formulação; a implementação e a avaliação.

Como observado por Baptista e Rezende (2011, p. 141), neste modelo, a política se inicia com a percepção do problema, passa por um processo de formulação de proposta e decisão, segue sendo implementada, posteriormente avaliada e dá início a um novo processo. De forma complementar, a implementação ocorre em constante diálogo com a etapa da formulação e avaliação, considerando sua complexidade, uma vez que ela é sempre revisada no seu decorrer, como afirma Ximenes (2018).

Desse modo, conforme Baptista e Rezende (2011), o ciclo de políticas públicas é a abordagem mais amplamente adotada e compartilhada nos estudos contemporâneos sobre política, com grande parte das análises focadas em momentos ou fases específicas do processo político. Quanto à construção de um Estado provedor de serviços públicos universais, como proposto pela Constituição Federal de 1988, como aponta Lotta (2019).

Dessa forma, é necessário ter em mente que as políticas públicas interferem diretamente na vida dos cidadãos e profissionais e estão sujeitas a múltiplos determinantes, muitas vezes contraditórios, em decorrência de múltiplos interesses envolvidos na determinação dos rumos e formato das políticas públicas, como mostra Dalfior et al. (2015).

Bonelli et al. (2019) apontam que, para Lipsky (1980), entender como as políticas públicas funcionam na prática exige também o estudo da fase de implementação, na qual as ações concretas dos burocratas são dirigidas diretamente aos usuários-cidadãos. Em seu sentido mais geral, Faria (2012) contribui ao trazer que implementar significa executar algo, como um plano, programa ou projeto.

Ao focar especificamente nesta etapa da implementação, e tendo como base o próprio ciclo de políticas, utiliza-se do entendimento de Lotta (2019), no qual destaca que a

implementação pode ser situada como uma vertente do campo de análise de políticas públicas que busca olhar para o momento específico da materialização ou concretização das políticas.

Nesse aspecto, ao tratar do processo de implementação, Fernandez e Guimarães (2020) destacam que há quatro gerações de estudos sobre implementação de políticas públicas, ao longo desses 45 anos de pesquisas. De forma breve, conforme Lotta (2019, p. 15), “a primeira geração, ainda nos anos 1970, provinha dessas preocupações iniciais em compreender o que acontecia quando as políticas públicas eram colocadas em prática, que subvertia os resultados previamente desenhados”.

Por isso, Fernandez e Guimarães (2020) apontam que essa geração destaca-se pelo modelo top-down, assim, supondo uma separação rígida entre as etapas de formulação e implementação, estabelece uma hierarquia na qual os formuladores, posicionados no topo, exercem controle sobre os implementadores, situados na base.

Dessa forma, Lotta (2019) destaca que “essa primeira geração, principalmente baseada nos Estados Unidos, se propunha a olhar o processo de implementação de cima para baixo, ou seja, tendo como referência os objetivos previamente propostos”. Por outro lado, Lotta (2019) aponta, ainda que, como alternativa a essa visão top-down e altamente prescritiva, nos anos 1970 e 1980 se desenvolve a segunda geração de estudos, sendo uma corrente analítica que busca compreender o processo de implementação de outra forma, intitulada *bottom up*.

De acordo com Fernandez e Guimarães (2020), a abordagem *bottom-up* entende as políticas públicas como processos contínuos e dinâmicos, que envolvem múltiplas decisões ao longo de sua execução. Nessa perspectiva, a implementação é apenas uma fase do processo, na qual são necessárias escolhas constantes, já que nem todos os aspectos podem ser previstos ou controlados durante a formulação. A análise das políticas, portanto, deve considerar o que de fato ocorre durante a implementação, adotando uma visão “de baixo para cima” (Deleon, 1999). De forma semelhante, Lotta (2019) afirma que a abordagem *bottom-up* se concentra em entender a política como ela realmente acontece, priorizando os acontecimentos e fatos sem se preocupar com questões de legitimidade ou conformidade.

Destaca-se que a evolução histórica da literatura referente à implementação de políticas públicas baseia-se especificamente em dois modelos analíticos principais, top-down e *bottom-up*, além das diversas tentativas de combiná-los, como apontado por Fernandez e

Guimarães (2020). Seguindo essa linha, já nos anos 1990 foram propostos vários modelos alternativos de análise que buscavam superar esse binômio, que caracteriza a chamada terceira geração. Como destacado nos estudos de Fernandez, Guimarães e Lotta (2019; 2020), essa geração tem como foco os modelos sintéticos de análise da implementação.

Nessa perspectiva, Lotta (2019) aponta que na terceira geração surgem alguns modelos, como o Advocacy Coalition Fraework desenvolvido por Sabatier, que busca compreender processos decisórios a partir e dentro das coalizões. Além do modelo de Matland (1995), que estuda os ambientes de formulação e implementação considerando o binômio, ambiguidade e conflito como elementos que determinam a capacidade de previsão de ações.

O surgimento desses modelos compartilha principalmente a tentativa de superar essa contraposição entre formulação e implementação, abordando os processos decisórios como dinâmicos e contínuos, que englobam tanto as políticas públicas quanto os seus resultados.

Atualmente, estamos na quarta geração dos estudos referentes à implementação das políticas públicas. Fernandez e Guimarães (2020) apontam que a produção dessa nova geração está disseminada em uma variedade de países e continentes, caracterizando-se pela adoção de distintos modelos de análise. Conforme Lotta (2019), essa geração também é marcada por uma influência maior de outros campos de estudos, especialmente a sociologia, nas análises de implementação, sendo marcada por temas relacionados a novos modelos da ação estatal que se complexifica pós-processos de reformas estruturais do Estado.

Nesse sentido, ao considerar o contexto brasileiro, os estudos sobre implementação de políticas públicas surgiram já na chamada quarta geração. Embora ainda pouco desenvolvidos, a partir da década de 2010, começaram a ganhar maior sistematização. Um marco importante nesse período foi a publicação de um livro que reuniu diversas pesquisas sobre o tema (Faria, 2012), destacando que os primeiros estudos estavam focados na burocracia e nas organizações de nível de rua (Lotta, 2015; Pires, 2009; Lima, 2012). Posteriormente, as pesquisas evoluíram para temas como capacidades estatais, arranjos institucionais e instrumentos de políticas públicas (Lotta, 2019).

Assim, teóricos como Souza (2006) ressaltaram que a fase da implementação tem se constituído na sub-área da política pública que menos tem recebido atenção, tanto de

trabalhos acadêmicos como dos próprios governos. Assim, reforçando que, apesar da existência de diferentes variáveis que influenciam a implementação da política pública, não existe dúvida de que o papel da burocracia que implementa a política, ou seja, a burocracia de linha, é crucial.

3.2 Burocrata de nível de rua e seu papel na implementação das políticas públicas.

Ao analisar o papel da burocracia, inicialmente é necessário partir da conceituação de Max Weber (1947), que vai associar esta às formas de autoridade e à sua legitimidade. Destaca que, para Weber (1947), o burocrata é o agente que está dentro desse sistema e opera nele, agindo de maneira impessoal e disciplinada na execução de suas funções, sem se deixar influenciar por paixões ou julgamentos pessoais. Esse profissional deveria aplicar fielmente as regras, observando os procedimentos, garantindo o cumprimento das hierarquias e de suas atribuições (Lotta e Faria, 2012).

Entretanto, Lotta e Faria (2012) argumentam que, ao longo dos anos e com a modernização das funções de atuação e do papel do Estado, a literatura sobre a burocracia e o papel do burocrata começou a perceber que a dicotomia entre burocratas e políticos deixou de ser tão nítida como imagina Max Weber, dando lugar à compreensão de outros arranjos, funções e divisões de atribuições.

Dessa maneira, ao pensar o surgimento da discussão sobre BNR, conforme aponta Pires, Lotta e Oliveira (2018), os estudos sobre a BNR surgiram na década de 1970, tendo forte ligação com a preocupação acadêmica e política com o processo de implementação de políticas públicas nos Estados Unidos. Embora já presente em estudos anteriores, o conceito de burocrata de nível de rua foi amplamente abordado e analisado no livro seminal de Michael Lipsky, *Street-Level Bureaucracy* (2010) (Lotta, 2019).

Por conseguinte, destaca-se que, para Lipsky (2010), os BNR são funcionários que trabalham diretamente no contato com os usuários dos serviços públicos, como, por exemplo, professores, policiais, profissionais da saúde, entre outros. Além disso, conforme destaca Cavalcanti, Lotta e Pires (2018) em *Street-Level Bureaucracy* (1980; 2010), Lipsky define a burocracia de nível de rua como organizações e o conjunto de agentes responsáveis pela entrega direta de políticas e serviços públicos aos cidadãos.

Nesse cenário, devido ao volume e à diversidade das agendas de pesquisa que surgiram após a primeira publicação de *Street-Level Bureaucracy*, pode-se afirmar que Michael Lipsky foi responsável por dar início aos estudos sobre a burocracia de nível de rua, conforme destaca Cavalcanti, Lotta e Pires (2018).

Nesse contexto, Fuster [s.d.] destaca que a abordagem mais comum nos estudos sobre os BNR envolve um contraste entre as perspectivas *top-down* (relacionadas aos momentos de decisão e desenho das políticas) e *bottom-up* (que refere às adaptações, ajustes e transformações durante a execução). Assim, menciona-se que o modelo *bottom-up* possui maior liberdade aos burocratas e redes de atores na implementação da política pública, sendo possível a sua modificação durante a fase de implementação, já que esses, por estarem na ponta da execução da política, têm maior capacidade de verificação prática dos resultados da ação governamental, como aponta Paula (2020).

Nessa perspectiva, Fernandez e Guimarães (2020) afirmam que o papel do burocrata dentro da estrutura organizacional do Estado também será, essencialmente, o de obedecer aos políticos eleitos e seguir as normas legais estabelecidas. Entretanto, Lotta (2012) aponta que a complexificação das sociedades e a consequente modernização da estrutura e da atuação do Estado levaram à ressignificação do papel dos burocratas, resultando na percepção de novos arranjos, outras funções e uma diversidade de divisões de atribuição.

Contudo, Farias e Lotta (2012) destacam ainda que a discussão sobre o papel e a influência dos burocratas no processo de implementação é essencial para compreender como as ações, de fato, são colocadas em prática, além de identificar os fatores que influenciam as mudanças de rumos e nos resultados das políticas públicas.

Para Lipsky (1980; 2010), os BNR podem ser vistos como os verdadeiros formuladores das políticas, uma vez que elas também são feitas pelos responsáveis por sua implementação. Complementando, conforme Fernandez e Guimarães (2020), afirmam que as decisões dos burocratas, suas rotinas e as formas como lidam com as pressões e incertezas cotidianas são elementos importantes que caracterizam as políticas públicas.

Destaca-se ainda que, para Lipsky (1980; 2010), são os BNR que determinam o acesso do público a direitos e benefícios governamentais e é por meio deles que a população consegue acessar a administração pública. Com essa perspectiva, ao adentrar em um conjunto

vasto de estudos, que contribuíram para a criação de uma percepção crítica de que leis, regras e mandatos formais não se transformam, de forma automática ou simples, em ação nas linhas de frente do serviço público. Uma série de elementos intermediários se coloca no trajeto entre as regras e estruturas formais e o comportamento cotidiano dos agentes de implementação.

Assim sendo, Faria (2012) ressalta que a partir de meados de 1970, os estudos empíricos já passaram a oferecer evidências de que, por diferentes motivos, a atuação das burocracias públicas não é e não era neutra e que a implementação envolve, para muitos, escolhas e decisões tomadas por agentes não eleitos, quais sejam, as burocracias públicas, nesse sentido estudos sobre o papel dos burocratas a nível na implementação das políticas públicas já fazia-se necessário, nesse cenário.

Os burocratas se tornaram um ator-chave para compreender os rumos das decisões e suas consequências em termos de resultados das políticas. Lotta (2018) aponta que o pressuposto normativo colocado nesse novo paradigma é de que a liberdade de atuação da burocracia se tornaria fator favorável à efetividade das políticas, permitindo aos servidores adaptarem às ações às necessidades e circunstâncias particulares que encontram no momento de implementação.

Assim, Lotta (2019) nos traz a luz de que os estudos sobre esses burocratas demonstram e reforçam a tese de que há muitos processos decisórios acontecendo na implementação. Por essa razão, quando analisada a literatura sobre a implementação das políticas públicas, o olhar para a atuação dos burocratas de nível de rua também aparece como sendo um eixo analítico relevante, enquanto implementadores de políticas públicas, Lotta (2012).

Por conseguinte, Fernandez e Guimarães (2020) apontam que os estudos sobre burocracia de nível de rua no Brasil avançaram diante do contexto do interesse pelos processos de implementação. Já a partir da primeira década dos anos 2000, começaram a ser desenvolvidas análises mais sistemáticas sobre capacidades estatais, arranjos institucionais, instrumentos de implementação, burocracia e organizações de nível de rua.

Desse modo, na medida em que é responsável por distribuir benefícios e sanções, a burocracia de nível de rua protagoniza controvérsias relevantes no que diz respeito à prestação de serviços públicos (Lipsky, 2019). Fernandez e Guimarães (2020) destacam que a discussão

sobre o alcance e os limites das políticas públicas é uma discussão sobre o alcance e os limites das funções desempenhadas pelos BNR, uma vez que as controvérsias estão relacionadas ao considerável impacto da atuação desses profissionais na vida dos cidadãos.

Logo, são os burocratas de rua quem, na prática, seleciona quais cidadãos serão beneficiados ou excluídos pelas políticas; são eles quem explicitam quais serviços públicos estão disponíveis para a população; são eles quem prestam os serviços ao público-alvo das políticas, entre outras atividades que fazem com que atuem como lócus da ação estatal (Lotta, 2010). Ainda, Lotta (2019) reforça que o fato dos BNR serem os responsáveis pela entrega dos serviços públicos, são eles que têm o poder de determinar o acesso do público a direitos e benefícios governamentais.

Destarte, ao destacar a importância de estudar a atuação da burocracia, dado o impacto dos BNR na consolidação do interesse público e nos resultados institucionais, aponta-se a necessidade de desenvolver modelos analíticos que interpretem os múltiplos papéis da burocracia na análise de políticas públicas, como mostrado acima.

A partir disso, tem-se então uma outra discussão, sobre o conceito de discricionariedade e de autonomia do burocrata, que conforme Lotta (2017) ganha centralidade, pois a base para esta análise recai sobre a observação de qual o grau de autonomia dos burocratas e como eles a utilizam. A discricionariedade é considerada como sendo a margem de liberdade para tomada de decisão que os burocratas de nível de rua possuem e da qual trataremos mais adiante (Lotta, 2019).

Nesse sentido, a ideia de ativismo institucional, conforme Abers (2021), quando colocada na atuação dos servidores públicos, tem-se de que a ação tomada pelo BNR's no uso tende a ocorrer não como uma negação de estruturas, mas a partir delas, como enfrentamento crítico de um mundo problemático. Destacando-se a necessidade de compreender as estruturas ou instituições como contextos que criam rotinas e crenças e distribuem recursos de maneira recorrentemente problemática (Abers, 2021).

Abers (2021) aponta que isso significa que não é incomum que o ator seja obrigado a usar a sua capacidade criativa para decidir o que fazer, apontando que esses atos criativos não são ações de superação heróicas em que o ator consegue usar a discricionariedade para se

livrar das estruturas em que se situa. Pelo contrário, as mesmas rotinas, crenças e recursos são a matéria-prima que o ator vai ter que usar para lidar com os problemas.

3.3 Discrecionalidade do burocrata de nível de rua na implementação de políticas públicas

A discussão sobre a discrecionalidade na implementação de políticas públicas é um tema recorrente entre diversas gerações de autores que se dedicam a entender o processo de execução dessas políticas. Segundo Huppe e Hill (2002), o foco tem sido compreender quais são os limites da atuação dos burocratas, além das circunstâncias que podem incentivá-los ou desestimulá-los em seu trabalho. De acordo com Lotta e Santiago (2018), esse processo é conduzido com base na discrecionalidade dos profissionais, ou seja, na liberdade que possuem para interpretar as normas e tomar decisões.

Segundo Bonelli (2019), o debate sobre o controle e a discrecionalidade da burocracia foi iniciado nos campos da sociologia do direito e das organizações alguns anos antes de Lipsky apresentar sua teoria em 1969. Contudo, Faria e Lotta apontam que Lipsky (1980) talvez tenha sido um dos pioneiros a reconhecer e analisar a discrecionalidade dos BNR na implementação das políticas públicas.

Com a publicação do trabalho *Street-Level Bureaucracy* (1980; 2010), Cavalcanti, Lotta e Pires (2018) reforçam que Lipsky teve o mérito de fazer com que duas literaturas até então isoladas, sendo a literatura sobre discrecionalidade burocrática e a sobre implementação de políticas públicas, pudessem dialogar e serem analisadas entre si.

Desse modo, Pires, Lotta e Oliveira (2018) apontam que, a ação discrecional da burocracia, até então vista com desconfiança e como um possível desvio a ser combatido por mecanismos hierárquicos de controle, ganha uma nova conotação com a publicação de *Street-Level Bureaucracy* em 1980. Lipsky (2010, 1980) reforça a relatividade em torno do conceito de discrecionalidade: quanto mais espaço para o exercício da discrecionalidade, mais se torna importante entender como os burocratas se comportam.

Logo, a atuação dos BNR implica, necessariamente, certo nível de discrecionalidade no desempenho de suas atividades diárias. Em outras palavras, o comportamento dos burocratas é orientado apenas até certo limite por regras, hierarquia e estrutura organizacional,

enquanto uma parte significativa de suas tarefas e escolhas é atribuída a eles devido à própria essência de suas responsabilidades (Cavalcanti et al. 2018).

De acordo com Lipsky (1980; 2010), existem quatro dimensões básicas e primordiais que caracterizam o trabalho do BNR, nas quais há um alto uso de discricionariedade. São elas: (1) distribuição de benefícios e sanções; (2) estruturação dos contextos de interação; (3) instrução aos cidadãos sobre o papel de ser cliente/usuário do Estado; e (4) atribuição de recompensas psicológicas e sanções associadas às relações dos clientes com esses burocratas.

Nessa perspectiva, ao alocar benefícios e sanções (1), Lotta (2019) enfatiza que os BNR afetam o bem-estar relativo de seus clientes. Desse modo, na medida em que essa distribuição de benefícios ou de sanções é negociada entre BNR e os clientes, através de estratégias interpessoais e de manobras implícitas, a alocação desses benefícios parte de um processo de construção, considerando-se ainda que os recursos são escassos e burocratas precisam decidir (exercendo discricionariedade) quem deve receber o quê (Lipsky, 2010; Lotta, 2019).

São exemplos dessas ações os agentes comunitários de saúde que distribuem consultas com médicos ou dentistas, ou policiais que definem que indivíduos serão parados para abordagem. Tal distribuição e sanções de benefício tendem a ser sempre diferentes da idealizada pelos serviços. A discricionariedade desses agentes está em determinar a natureza, a quantidade e a qualidade dos benefícios, além das sanções fornecidas por sua agência (Faria e Lotta, 2012).

Desse modo, Fernandez e Guimarães (2020), apontam que,

Na medida em que os burocratas de nível de rua desempenham funções muito relevantes e atuam com relativo grau de autonomia e discricionariedade, a forma como trabalham e estabelecem suas interações influencia a implementação das políticas públicas. Portanto, a burocracia não é apenas o conjunto dos funcionários públicos e dos processos administrativos (Fernandez e Guimarães, 2020, p 298).

Contudo, a discrição é exercida pelos implementadores na tomada de decisões e ações do dia a dia, por exemplo, na concessão de benefícios ou na imposição de sanções de acordo com sua interpretação da política (Lipsky, 2010). Nessa perspectiva, conforme Fernandez et al., 2023,

A discricionarietà é, portanto, um mecanismo adaptativo derivado do conhecimento, das habilidades e da proximidade que os BNRs têm com relação às tarefas essenciais desempenhadas na implementação de uma determinada política. No dia a dia de suas atividades, os BNR's são impelidos a tomar decisões concernentes ao seu campo de atuação, exercendo seu entendimento sobre normas e regras (Fernandez et al., 2023, p. 3564).

Destaca-se ainda que o cotidiano dos BNR está marcado por uma série de interações que realizam com os sistemas político, institucional, organizacional e comunitário inerente à sua profissão. Dessa forma, a discricionarietà exercida é, portanto, resultado da interação que exercem entre seus próprios valores, valores de outros atores envolvidos, procedimentos, restrições estruturais, incentivos, encorajamentos e proibições (Faria e Lotta, 2012).

Nesse contexto, conforme Lotta (2019), os burocratas têm um papel central na estruturação das interações entre usuários e o sistema público, definindo as condições, frequência e circunstâncias em que esses encontros acontecem. Além disso, eles orientam os cidadãos sobre como se comportar como clientes do sistema, fornecendo informações sobre procedimentos, comportamentos esperados, possíveis penalidades e formas de obter informações. Assim, a atuação desses profissionais influencia diretamente o acesso dos usuários aos serviços públicos.

Em vista disso, um dos riscos apontados é a possível arbitrariedade de certos burocratas quanto ao uso do poder, tanto na imposição de tratamentos negligentes quanto no que se refere a abuso pessoal ou disciplinar (Lipsky, 2019). Fernandez e Guimarães (2020) salientam que a atuação dos BNR está, portanto, intimamente ligada à produção e reprodução de desigualdades sociais. Isto porque a sua atuação não é um processo neutro, mas atravessada por julgamentos baseados em valores e crenças.

Assim, é fato que seu exercício interfere na implementação das políticas à revelia das concepções de seus formuladores e dos grupos que lhes deram apoio (D'ascenzi e Lima, 2013). No entanto, Lotta (2010) aponta que o contexto no qual está inserido o processo de tomada de decisão por parte da burocracia é mais complexo.

Assim, apesar de operar em um ambiente de trabalho saturado por regras, procedimentos e vários níveis de supervisão, como costuma ser o ambiente na área da saúde, os implementadores de nível da rua têm uma enorme flexibilidade para decidir quem vai receber benefícios de ordem pública ou quem estará sujeito a sanções (Maynard-moody e

Musheno, 2003). Ressalta-se que tal poder discricionário não é considerado nem bom, nem ruim; ele depende do contexto em que o profissional da linha de frente está inserido.

4. METODOLOGIA

A metodologia é o caminho que o pesquisador percorre para atingir o seu objetivo proposto (Lakatos e Marconi, 2007). Em vista disso, esta pesquisa analisará o comportamento dos burocratas de nível de rua na implementação de políticas públicas na área da saúde da mulher. Assim, optou-se por uma pesquisa de natureza qualitativa durante o processo de desenvolvimento, construída a partir da metodologia de Revisão Sistemática (RS).

Para a construção da pesquisa, utilizou-se da metodologia de RS, descritiva e de abordagem qualitativa dos artigos consultados no periódico Scientific Electronic Library Online (SciELO). Para tanto, foram utilizadas as seguintes palavras-chave no navegador de pesquisa SciELO: Profissionais da saúde and Políticas de saúde da mulher. O período de coleta dos dados ocorreu entre setembro de 2024 a janeiro de 2024 na base de dados da Scientific Electronic Library Online (SciELO).

Desse modo, foram extraídos 65 artigos da RS, dos quais 40 foram utilizados para estruturação da pesquisa, destacando que do total analisado, observou-se que nos primeiros dez anos a produção de artigos relacionados à temática da atuação dos profissionais da saúde no contexto da saúde da mulher se manteve relativamente tímida, quando comparada com os anos mais recentes. Assim, considerando que os BNRs atuam em diversas frentes e contextos no atendimento à saúde das mulheres, informa-se que esta pesquisa está subdividida em diferentes temáticas que, em conjunto, contemplam o objetivo proposto.

Dessa maneira, os subtópicos abordam as seguintes questões: Saúde Sexual e Reprodutiva; Violência Doméstica; Humanização e Integralidade no Atendimento à Mulher; Compreensão de Gênero; Saúde Mental; Raça e Gênero. A estruturação desses tópicos foi baseada na coleta inicial de dados, que permitiu a seleção de artigos dentro dessas abordagens. Embora não tenham sido previamente estabelecidas, essas categorias se mostraram essenciais para a organização do estudo. Além disso, de forma complementar, cada subseção inclui a análise das normativas identificadas no contexto da RS, bem como a atuação dos BNRs na implementação dessas normas.

A seleção dos artigos seguiu critérios de inclusão e exclusão, com foco nas pesquisas que abordavam a implementação da política pública de saúde da mulher sob a perspectiva dos burocratas de nível de rua na área da saúde (BNRs). Dessa forma, foram excluídos os estudos

que discutiam somente as experiências dos gestores ou do público-alvo referentes ao acesso ao serviço de saúde, garantindo uma análise mais alinhada com o objetivo da pesquisa.

Ressalta-se ainda que, desde 1989, tem ocorrido aumento crescente do uso da metodologia de revisão sistemática como metodologia de investigação, e com este aumento também aumentaram as recomendações para conduzir este tipo de investigação (Donato e Donato, 2019). Nesse aspecto, em 1995, um grupo de cientistas reunidos na Alemanha definiu como RS a aplicação de estratégias científicas que limitem o viés de seleção de artigos, avaliem com espírito crítico os artigos e sintetizem todos os estudos relevantes em um tópico específico (Galvão, Sawada e Trevizan, 2004).

Dessa forma, conforme o artigo *Estudos de RS: Um Guia para Síntese Criteriosa da Evidência Científica* (2006), “a RS, assim como outros tipos de pesquisa de revisão, é uma forma de investigação que utiliza como fonte de dados a literatura sobre determinado tema, sendo um tipo de estudo retrospectivo e secundário”. A RS é geralmente desenvolvida após a publicação de múltiplos estudos experimentais sobre um tema específico, sendo sua qualidade dependente das fontes primárias utilizadas. Os dados dessas fontes passam por uma análise criteriosa para verificar sua validade científica antes de integrarem a metanálise, que realiza uma avaliação estatística aprofundada. (Sampaio e Mancini, 2006).

A grande quantidade e a complexidade das informações na área da saúde, combinadas com o tempo restrito dos profissionais, tornam essencial a criação de processos que facilitem a obtenção de resultados de pesquisas de forma direta. Nesse contexto, a RS se destaca como uma ferramenta valiosa na prática baseada em evidências, pois permite coletar, organizar, avaliar e sintetizar os resultados das pesquisas de maneira eficaz. (Galvão, Sawada e Trevizan, 2004).

Dessa forma, Guanilo, Takahashi e Bertolozzi, (2010), destacam a abordagem qualitativa da RS, que permite ao pesquisador entender ou interpretar questões sociais, emocionais, culturais, comportamentos, interações e vivências que acontecem no âmbito do cuidado em saúde ou na sociedade, a partir da ocorrência de um fenômeno, além de subsidiar a proposição de novas teorias. assim, ressalta-se que existem diversas fontes que podem ser consultadas para a RS. As bases de dados bibliográficas costumam ser a primeira opção, pois

indicam um elevado número de revistas científicas e podem ser facilmente consultadas (Donato e Donato, 2019).

Em conclusão, o principal objetivo das revisões sistemáticas é minimizar o viés e oferecer uma base científica sólida para a tomada de decisões na área da saúde. (Landeiro et al., 2009). As revisões sistemáticas são úteis para reunir informações provenientes de diferentes estudos sobre uma mesma terapêutica ou intervenção, possibilitando a análise de resultados que podem ser conflitantes ou coincidentes, além de identificar lacunas que demandam novas evidências, contribuindo para direcionar pesquisas futuras. (Sampaio e Mancini, 2006).

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Enfatiza, inicialmente, que o propósito central era, por meio da metodologia de revisão sistemática, compreender como os BNRs lidam com as políticas públicas de saúde da mulher. Em seguida, apresentam-se os resultados da própria RS de forma quantitativa, mas priorizam-se especialmente os achados qualitativos relacionados às temáticas identificadas na implementação dessas políticas.

Logo, os primeiros estudos que observam, especificamente, a atuação dos burocratas de nível de rua na implementação das políticas públicas de saúde da mulher, conforme identificado na coleta dos dados, datam a partir do ano de 2007, cerca de 20 anos após a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Além de mostrar-se um período concernente aos avanços nas pesquisas relacionadas à própria temática geral sobre burocracia de nível de rua no Brasil, como apresentado em tópicos anteriores.

Dessa forma, apresentam-se, na tabela 1, os resultados da RS sobre a atuação dos profissionais de saúde da linha de frente na implementação das políticas públicas de saúde da mulher.

Tabela 1. Distribuição da produção científica sobre a atuação dos BNRs nas políticas de saúde da mulher, segundo o ano de publicação - SciELO.

Período	Frequência absoluta (Nº)	Frequência relativa (%)
2024	3	6,97%
2023	1	2,3%
2022	6	13,95%
2021	4	9,3%
2020	2	6,97%
2019	1	4,65%
2018	3	6,97%

2017	3	6,97%
2016	6	11,62%
2014	1	2,3%
2012	2	6,97%
2011	2	4,65%
2010	2	4,65%
2009	2	4,65%
2007	2	6,97%
Total	40	99,89

Ao observar a distribuição da produção de artigos sobre a atuação dos BNRs na implementação das políticas de saúde da mulher, extraídos do banco de dados Scielo, é possível notar, conforme a Tabela nº1, que nos primeiros dez anos, de 2007 a 2017, foram produzidos 48,78% do total dos artigos analisados. Já entre os anos de 2018 a 2024, em apenas 7 anos, essa porcentagem chega a 51,1%. Assim, permite inferir uma média de até 3 publicações por ano, referentes à atuação dos profissionais da linha de frente da saúde no cenário da atenção primária à saúde da mulher, durante esses últimos 17 anos.

Nessa perspectiva, outro ponto que chama atenção na tabela apresentada são os anos de 2016 (5 artigos publicados) e 2022 (6 artigos publicados). Ao analisar os artigos referentes a esses dois períodos, constatou-se que os estudos de 2016 estavam diretamente relacionados à atuação dos BNRs nas temáticas de políticas de saúde sexual e reprodutiva (2), saúde mental (1) e, de forma destacada, observou-se que somente a partir do ano de 2016 que surgiram pesquisas sobre o comportamento dos profissionais de saúde no contexto de raça e gênero (2). Já em 2022, a temática predominante foi a atuação dos BNRs no âmbito das políticas de saúde sexual e reprodutiva.

Logo abaixo, a tabela 2 apresenta os dados da RS referentes às temáticas abordadas.

Tabela 2. Etapas da revisão sistemática na base de dados Scielo. Temas abordados

Índice de assunto: Profissionais da saúde and Política de saúde da mulher	Total por Assunt o	Artigos publicados 2007 - 2024
Saúde Sexual e Reprodutiva	13	<ul style="list-style-type: none"> ● Educação Permanente em Saúde na rede de atenção às vítimas de violência sexual de Alagoas (Mendes e Machado, 2024) ● The stork network in the view of health professionals: challenges and their overcoming strategies (Oliveira, 2022) ● “Na hora de fazer não chorou”: a violência obstétrica e suas expressões (Medeiros e Nascimento, 2022) ● <i>Humanized childbirth: the values of health professionals in daily obstetric care (Rodrigues et al. 2022).</i> ● <i>Status of national policy on companion of choice at birth in Latin America and the Caribbean: Gaps and challenges (Mucio et al. 2020)</i> ● Direitos sexuais e reprodutivos de mulheres em situação de violência sexual: o que dizem gestores, profissionais e usuárias dos serviços de referência? (Silva et al. 2019). ● <i>La atención a las madres durante el proceso de parto en algunos servicios de salud de la ciudad de Medellín: un acontecimiento enmarcado en el neoliberalismo y la mercantilización de la vida (Urrea, 2018)</i> ● Vítimas e culpadas: representações sociais sobre mulheres que vivem com HIV (Penarra, 2017). ● O descumprimento da Lei do acompanhante como agravo à saúde obstétrica (Rodrigues et al. 2017). ● Protagonista da amamentação ou instrumento da política de saúde infantil?: a enunciação da mulher nos materiais oficiais de promoção e

		<p>orientação ao aleitamento materno (Kalil e Aguiar, 2016).</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Protagonista da amamentação ou instrumento da política de saúde infantil?: a enunciação da mulher nos materiais oficiais de promoção e orientação ao aleitamento materno (Kalil e Aguiar, 2016) ● Manejo clínico da amamentação: Valoração axiológica sob a ótica da mulher-nutriz (Alves et al. 2016) ● Parto e nascimento: saberes e práticas humanizadas (Malheiros et al. 2012)
Violência Doméstica	9	<ul style="list-style-type: none"> ● O significado da atenção à mulher vítima de Violência Doméstica no contexto da Atenção Primária à Saúde (Machineski. 2023) ● O conhecimento e a abordagem médica nos casos de violência contra a mulher em um hospital público de Alagoas (Silva, Santos e Bezerra. 2022) ● Violência de gênero entre usuárias do serviço de atenção básica do SUS na Paraíba (Santiago e Santiago. 2021) ● Atendimento à mulher em situação de violência: construção participativa de um protocolo de trabalho (Santos, Bevilacqua e Melo. 2020) ● Domestic violence against women, public policies and community health workers in Brazilian Primary Health Care (Signorelli, Taft e Pereira, 2018) ● Network to combat violence against rural women: articulation and communication of services (Borth et al. 2018) ● A construção do cuidado: o atendimento às situações de violência doméstica por equipes de Saúde da Família (Moreira et al. 2014) ● Conhecimento e atitudes dos profissionais de saúde em relação à violência de gênero (Vieira et al. 2009)

		<ul style="list-style-type: none"> ● Percepção dos agentes comunitários de saúde sobre a violência doméstica contra a mulher (Scaranto, Biazevic e Michel-Crosato. 2007)
Humanização Integralidade atendimento da mulher	e no 7	<ul style="list-style-type: none"> ● O ensino das boas práticas obstétricas na perspectiva dos preceptores da Residência (Carvalho, Gottems e Guilhem. 2022) ● Políticas públicas de proteção à mulher: avaliação do atendimento em saúde de vítimas de violência sexual (Pinto et al. 2017) ● Atendimento de saúde para pessoas idosas vítimas de violência no município do Rio de Janeiro (Ribeiro, Souza e Valadares. 2012) ● Atendimento pelo SUS na percepção de mulheres com lesões de câncer cervicouterino em Goiânia-GO (Albuquerque et al. 2011) ● Integração entre vigilância sanitária e assistência à saúde da mulher: um estudo sobre a integralidade no SUS (Maia, Guilhem e Luchese. 2010) ● Integralidade do cuidado à saúde da mulher: limites da prática profissional (Coelho et al. 2009) ● Práticas dos profissionais das equipes de saúde da família voltadas para as mulheres em situação de violência sexual (Oliveira e Fonseca. 2007)
Compreensão de Gênero	6	<ul style="list-style-type: none"> ● Casais de mulheres lésbicas e bissexuais que vivenciam a dupla maternidade: (des)encontros na produção do cuidado em saúde maternidade desencontros des encontros (Santos. 2024) ● “O nome era de homem, mas era um corpo de mulher”: a população transexual na Estratégia Saúde da Família O homem mulher mulher” (Spadim, Mendonça e Cyrino. 2024) ● Gênero e a pandemia Covid-19: revisão da produção científica nas ciências da saúde no

		<p>Brasil (Souza et al. 2021)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contribuições feministas e questões de gênero nas práticas de saúde da atenção básica do SUS (Rivera e Scarcelli. 2021) • A autonomia como necessidade estruturante para o enfrentamento da violência de gênero (Guedes e Fonseca. 2011) • Compreensão de gênero e suas manifestações no cotidiano de um serviço de saúde (Cortes et al. 2010)
Saúde Mental	3	<ul style="list-style-type: none"> • Saúde mental na gestação, no nascimento e na primeira infância: análise crítica de políticas públicas brasileiras (Vescovi et al. 2022) • Violência contra a mulher e adoecimento mental: Percepções e práticas de profissionais de saúde em um Centro de Atenção Psicossocial (Teixeira e Paiva. 2021) • (In)visibilidade da violência contra as mulheres na saúde mental (Pedrosa e Zanello. 2016)
Raça e Gênero	2	<ul style="list-style-type: none"> • Controle da hipertensão arterial sistêmica na população negra no Maranhão: problemas e desafios (Varga e Cardoso. 2016) • Racismo institucional e saúde da população negra (Werneck. 2016)

A partir da tabela nº 2, que apresenta as publicações por área temática relacionadas à atuação dos profissionais da linha de frente na implementação das políticas públicas de saúde da mulher, pode-se observar que os trabalhos mais frequentemente publicados tratam da saúde Sexual e Reprodutiva, correspondendo a 30% das publicações. Os estudos sobre o comportamento dos BNRs da saúde no contexto da Violência Doméstica aparecem em segundo lugar, com cerca de 22,5% dos trabalhos. Em seguida, estão os artigos sobre Humanização e Integralidade no atendimento à mulher, com 20%.

Seguindo a tabela 2, observa-se que, a atuação no contexto da Compreensão de Gênero surge em quarto lugar, com 15%, enquanto a temática relacionada à Saúde Mental ocupa a quinta posição, representando 7,5%. Por fim, os estudos sobre a atuação dos profissionais da saúde em relação à Raça e Gênero aparecem em último lugar, com 5%.

Durante a análise da RS, evidenciou-se que, entre 2020 e 2024, 40% dos trabalhos (16 artigos) foram publicados. No entanto, foi observado que, nesse período, apenas dois artigos, publicados no SciELO, abordaram especificamente a atuação dos profissionais da linha de frente na implementação das políticas públicas de saúde da mulher durante a pandemia da Covid-19. Um desses artigos tratou da atuação desses profissionais no que diz respeito à Portaria Ministerial nº467/2020 (Telemedicina COVID-19), o uso da telessaúde para mulheres no período gravídico-puerperal no contexto da pandemia.

Enquanto o outro trabalho analisou a produção científica brasileira no campo das ciências da saúde, incorporando questões de gênero aos estudos sobre a pandemia, mas sem tratar especificamente do comportamento desses BNRs. Esses dados revelam uma lacuna importante nas pesquisas de saúde da mulher no contexto da pandemia.

Nesse sentido, a ampliação dos estudos sobre o comportamento dos profissionais de saúde no contexto da pandemia é fundamental, uma vez que esta impôs desafios aos BNRs, como a sobrecarga do sistema de saúde e a necessidade de adaptação rápida a novas tecnologias e formas de atendimento.

Pode-se inferir também uma problemática sobre estudos a respeito do comportamento desses profissionais ao adotarem políticas de raça, estando relacionada a gênero, sendo a única política que tratava sobre o tema racial identificada como a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (P. MS nº 992/2009), constatando-se pouco material referente a essa temática no campo da análise dessa pesquisa.

Conforme apresentado no Anexo 1, no qual apresenta a atuação dos BNRs nas políticas públicas de saúde da mulher, assim, observa-se que o mesmo descreve de maneira qualitativa, cotidiana e discricionária como a maioria dos BNRs lida com as políticas, programas e normativas analisados na revisão sistemática. Fica evidente que, no contexto de implementação dessas políticas de gênero, há uma grande recorrência de violência contra as

mulheres, tanto externamente quanto internamente, no cotidiano dos profissionais de saúde e suas instituições de cuidado, refletindo a realidade do país.

A seguir, apresenta-se a discussão e análise identificadas na revisão sistemática sobre a percepção e o cotidiano dos profissionais de saúde que atuam em diferentes frentes no atendimento à saúde da mulher, no contexto das políticas públicas relacionadas às principais temáticas abordadas na Tabela 2.

5.1 Saúde Sexual e Reprodutiva

Ao demonstrar a importância do papel dos BNRs no contexto de saúde sexual e reprodutiva, dentro da RS, o artigo, *Educação Permanente em Saúde na rede de atenção às vítimas de violência sexual de Alagoas* (2024) destaca que, os profissionais reconhecem a importância da interação direta “olho no olho”, do contato pessoal e da troca de experiências, enfatizando que, para concretizar o verdadeiro propósito do trabalho em equipe, é fundamental o diálogo, de modo que os desafios possam ser superados e a assistência às vítimas seja fortalecida. logo, Lipsky (1980) vai argumentar que os BNRs são os principais mediadores entre o Estado e os cidadãos, moldando como as políticas são percebidas e implementadas.

Assim, Fernandez e Guimarães (2020) ressaltam que os BNRs não desempenham suas funções de forma neutra, sendo sempre influenciados pelo ambiente organizacional e social. Nesse aspecto, em seu artigo, Urrea et al. (2018) destacam que, no cotidiano, os profissionais lidam com uma prática de saúde influenciada por diversos contextos, alguns mais adversos que outros, os quais impactam significativamente como prestam a assistência no âmbito de saúde sexual e reprodutiva.

Ao abordar no dia-dia essa importância, na pesquisa *Parto e nascimento: saberes e práticas humanizadas* (2012) destaca que, os sujeitos enfatizaram o papel do profissional como facilitador do processo parturitivo, defendendo assim que o movimento de humanização deve se opor ao modelo biomédico.

Desse modo, mostra-se que os BNRs adaptam suas práticas conforme sua percepção do que é melhor para os pacientes, mesmo que isso implique questionar normas estabelecidas. Lotta (2012) contribui ao argumentar que os BNRs desempenham um papel ativo na

adaptação da política pública à realidade do atendimento, utilizando a discricionariedade na tomada de decisões.

Nesse aspecto, o texto intitulado *La atención a las madres durante el proceso de parto en algunos servicios de salud de la ciudad de Medellín: un acontecimiento enmarcado en el neoliberalismo y la mercantilización de la vida* (2018) relata que, dentro das instituições de saúde, os BNRs trabalham recorrentemente “com as unhas”. Ao considerar que o excesso de trabalho é tão grande que diversas situações podem ocorrer, ou o paciente pode se agravar em um segundo. Assim, o texto descreve como a alta demanda e a escassez de recursos obrigam os burocratas a fazerem escolhas baseadas em critérios próprios, como aponta Lipsky (1980).

Assim, o texto *Parto Humanizado: valores de profissionais de saúde no cotidiano do cuidado obstétrico* (2022) aponta que, ao serem questionados sobre o papel do profissional de saúde na humanização do processo de parto, os BNRs se consideraram facilitadores do processo de parturição. Isso faz com que os BNRs percebam seu papel como agentes ativos na implementação das políticas, indo além de meros executores de normas.

Mesmo que haja uma expectativa sobre a importância dos BNRs como sujeitos profissionais, Oliveira et al. (2022) apresentam, em seu texto intitulado *Rede Cegonha na visão de profissionais de saúde, que os profissionais* observam que a unidade de saúde não está cumprindo adequadamente seu papel de promover ações preventivas, como a realização de visitas domiciliares. Dessa forma, fica evidente que, apesar da existência de diretrizes para a atuação dos profissionais, fatores estruturais e a falta de recursos tendem a restringir a capacidade de execução das políticas, como aponta Lotta (2019).

Portanto, Lipsky (2010, 1980) argumenta que os BNR frequentemente criam rotinas próprias, que podem não coincidir com as intenções das políticas públicas. Dentro desse aspecto, o texto *Educação Permanente em Saúde na rede de atenção às vítimas de violência sexual de Alagoas* (2024) vai abordar que a resistência de alguns profissionais de saúde que não conseguem aceitar os procedimentos sem os quais não é possível romper com o paradigma atual. Dessa forma, indica-se que os BNRs podem resistir a mudanças institucionais e continuar operando com base em práticas tradicionais.

Ao analisar a RS no contexto da discricionariedade dos BNRs na saúde sexual e reprodutiva, o texto de Oliveira et al. (2022) aponta que os profissionais ainda seguem um

modelo normatizado, o que restringe sua atuação. No entanto, o texto também apresenta que esse cenário permite abordagens mais criativas, promovendo interações mais próximas e maior autonomia. Isso demonstra que, em alguns casos, os profissionais adaptam suas práticas mesmo diante de normas rígidas. Por isso, Lipsky (1980; 2010) contribui ao evidenciar que, apesar das diretrizes formais, os BNRs desenvolvem estratégias para lidar com a complexidade imposta por essas normas, que buscam limitar suas ações discricionárias.

Dessa forma, destaca-se que os profissionais de saúde que atuam na linha de frente têm certa liberdade para interpretar e aplicar normas de acordo com sua percepção das necessidades das usuárias. Malheiros et al. (2012) apontam que essa concepção de autonomia é ampla, envolvendo aspectos sociais, éticos e políticos. Enquanto isso, Lotta (2019) ressalta que a autonomia dos BNRs tende a influenciar diretamente a adaptação das políticas públicas à realidade local.

Assim, entende-se que, com um maior grau de ações individualizadas por parte desses profissionais no âmbito da saúde sexual e reprodutiva, baseadas em critérios próprios e sem um controle rígido por parte das instituições, a desarticulação da equipe torna-se ainda mais evidente, especialmente em exposições de atos individuais isolados, como apontam Mendes e Machado (2024). Entretanto, Farias e Lotta (2012) afirmam que essas ações individuais não tendem a ter um caráter prejudicial, uma vez que a implementação das políticas públicas depende da atuação individual dos BNRs, especialmente de suas interpretações dessas normas.

Assim, observou-se que, dentro de procedimentos específicos relacionados à saúde sexual e reprodutiva, há espaço para interpretações distintas da prática profissional ao lidar com contextos de violência sexual. Desse modo, a pesquisa *Direitos sexuais e reprodutivos de mulheres em situação de violência sexual: o que dizem gestores, profissionais e usuárias dos serviços de referência?* (2019) aponta que algumas ações vinculadas ao procedimento de interrupção de gestação causam desconforto na equipe de saúde, uma vez que envolvem diretamente aspectos jurídicos, valores e crenças.

Desse modo, Lipsky (1980, 2010), Lotta (2019), Fernandez e Guimarães (2022) destacam que os burocratas de nível de rua enfrentam dilemas morais e institucionais que impactam diretamente suas decisões. Ainda, Fernandez e Guimarães (2020) ressaltam que a

atuação dos BNR está profundamente conectada à criação e manutenção de desigualdades sociais. Isso ocorre porque sua prática não é um processo neutro, mas é influenciada por julgamentos que envolvem valores e crenças.

Em contribuição, Lotta (2019) aponta que os burocratas de nível de rua precisam tomar decisões diárias sobre como alocar recursos limitados, que tendem a impactar diretamente as políticas públicas. Sendo assim, a escolha dos BNR por priorizar demandas mais urgentes em detrimento da prevenção evidencia o uso da discricionariedade para ajustar a implementação da política à realidade do serviço.

Nesse aspecto, levando em consideração o cotidiano desses profissionais, Oliveira et al. (2022) afirmam que, embora a APS tenha como uma de suas atribuições a prevenção por meio de grupos, a prioridade para o desenvolvimento dessas iniciativas é reduzida devido à "queixa aguda" da população, nesse caso existe uma alta demanda e poucos profissionais para priorizar essa prevenção.

Em um segundo momento foi analisada, dentro da RS, a atuação dos BNRs na implementação de políticas públicas voltadas à saúde sexual e reprodutiva, assim sendo possível identificar uma expressiva incidência de artigos sobre o tema. Nesse contexto, destacam-se as normativas relacionadas ao Programa Nacional de Controle do Câncer de Colo do Útero e de Mama – Viva Mulher (PVM - 1996). Que visa reduzir a mortalidade e as repercussões físicas, psíquicas e sociais desses tipos de câncer na população feminina brasileira. A atuação dos profissionais de saúde no âmbito do PVM está direcionada para a orientação das pacientes, evitando julgamento ao comunicar diagnósticos.

Essa prática se relaciona a dois campos da discricionariedade descritos por Lotta e Santiago (2018):

- Campo jurídico: as orientações estão fundamentadas em uma discricionariedade baseada na dimensão legal e na autoridade delegada.
- Campo sociológico: a discricionariedade é analisada considerando que os indivíduos são “autônomos” e possuem uma liberdade relativa para realizar julgamentos das situações.

Essa abordagem garante um atendimento mais acessível, promovendo maior adesão ao tratamento e impactando positivamente o bem-estar das mulheres que acessam o PVM. Além disso, outra ação identificada foi a sensibilização dos profissionais sobre a importância da detecção precoce do câncer de mama. Isso demonstra, de maneira positiva, que a discricionariedade foi utilizada para adaptar estratégias de detecção precoce e adesão ao tratamento, valorizando o papel dos profissionais como mediadores entre as diretrizes institucionais e as realidades locais.

Dentro dessa mesma temática, constata-se o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM-1981). O caráter do PNIAM está baseado na disseminação de informações que instruiu e incentivou o aleitamento materno, tornando-se um exemplo prático desse conceito. Assim, percebeu-se que o PNIAM reflete um dos pontos centrais estruturados por Lipsky (2010) sobre discricionariedade, especialmente no que refere à instrução dos cidadãos sobre seu papel como clientes ou usuários do Estado.

Entretanto, identificaram-se contradições dentro do PNIAM. Enquanto os materiais destinados aos profissionais tendem a abordar a mulher como um sujeito inserido em crenças, culturas e contextos de vida amplos, reconhecendo que tanto o público-alvo quanto os BNRs possuem particularidades que impactam a implementação da política pública.

Os materiais voltados diretamente às mulheres frequentemente utilizam uma linguagem que as objetifica no processo de amamentação e desmame. Esses materiais apresentam a amamentação como um dever exclusivo da mulher, responsabilizando-a integralmente pela saúde física, mental e emocional de seus filhos, ao mesmo tempo em que desconsideram a importância da intervenção dos BNRs e de outros apoios.

Essa contradição dentro do PNIAM dificulta o entendimento das atribuições dos profissionais, agravando os desafios estruturais e evidenciando a falta de sensibilização por parte dos BNR. Por apresentar essa ambiguidade com elevado nível de incerteza procedimental, aumenta o espaço de discricionariedade da burocracia de nível da rua, mas a ausência de suporte e de condições materiais influencia como essa discricionariedade é aplicada.

Tal discricionariedade pode surgir de regras que permitem diferentes interpretações em razão do seu próprio conteúdo ou devido à sobreposição e conflito entre normas, que exigem

que os atores tomem decisões sobre quais diretrizes adotar, como aponta Lotta e Santiago (2019).

Assim, os BNRs muitas vezes reproduzem discursos que objetificam as mulheres, responsabilizando-as exclusivamente pela amamentação, em vez de promover uma abordagem mais integral e humanizada. Isso revela uma contradição entre a teoria, que valoriza a autonomia dos BNRs, e a prática, onde essa autonomia é frequentemente limitada por falta de capacitação, recursos e suporte institucional.

Outra política que aborda a atuação dos BNRs na implementação de políticas voltadas à saúde sexual e reprodutiva da mulher é o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal (2004). Nota-se que a implementação desse pacto é atravessada por desigualdades sociais e por julgamentos baseados em crenças e valores.

Reforçando, mais uma vez, o caráter do campo sociológico, muito orientado para uma discricção voltada a valores. “Baseada na atuação dos burocratas que fazem julgamentos éticos influenciados por treinamentos, códigos de conduta e abordagens profissionais”, como apontado por Lotta e Santiago (2018). Lipsky (2010) e Fernandez e Guimarães (2020) alertam para o risco de que a discricionariade dos BNRs possa reproduzir desigualdades sociais, especialmente quando esses profissionais agem com base em seus próprios valores e crenças.

A partir do Pacto Nacional, os BNRs desempenham um papel marcado por questões acerca de suas condutas ideológicas, éticas e morais individuais. Essas práticas muitas vezes perpetuam desigualdades raciais, de classe e de gênero. Sendo frequentemente criticados por promoverem cesarianas sem indicação adequada e por reforçar normas patriarcais relacionadas à maternidade e aos laços familiares. Comprovando a observação de como o poder discricionário pode ser usado de forma prejudicial.

Desse modo, a discricionariade pode estar levando a práticas prejudiciais, isso sugere que, embora a discricionariade seja uma ferramenta poderosa, ela pode ser mal utilizada quando os BNRs não estão adequadamente preparados ou quando as políticas não são claras o suficiente para orientar suas decisões.

À vista dessa forma, tendo a complementar e complementar, apresenta-se a política da Rede Cegonha - 2011, que, conforme o Ministério da Saúde, tem por objetivo melhorar o

atendimento às mulheres durante a gravidez, no parto, pós-parto, aos recém-nascidos e às crianças até dois anos.

Contudo, constatou-se que, na implementação por parte dos BNRs, persiste um padrão de trabalho padronizado, o que limita a atuação dos profissionais e inibe ações mais criativas e próximas das gestantes. Isso revela um contraponto interessante ao discutir como a burocratização e a normatização podem limitar o uso criativo das ações desses BNRs.

Ainda, foi identificado um modelo que valoriza a produção quantitativa de “procedimentos” em detrimento do cuidado qualitativo, influenciado pela escassez e rotatividade de membros da equipe, o que tende a dificultar a criação de vínculos e compromete a integralidade do cuidado. Contudo, embora a Atenção Primária à Saúde (APS) deva incluir a prevenção por meio de grupos, como gestantes e puérperas, a alta demanda por atendimento rápido e o número reduzido de profissionais tornaram esse desenvolvimento uma prioridade baixa.

Ao apontar possíveis lacunas entre a formulação da política pública e sua execução, na prática, um problema recorrente na implementação, Couto et al. (2022) destacam que a falta de informação, tanto dos profissionais quanto das gestantes, sobre as políticas públicas, juntamente com a ausência de capacitação para os trabalhadores, dificulta a implementação eficaz das diretrizes estabelecidas. Isso reforça o que Lipsky (2010; 1980) afirma ao dizer que a ausência de treinamento adequado e de diretrizes claras afeta diretamente a atuação dos BNRs, tornando suas decisões mais subjetivas.

Nesse contexto, Urrea et al. (2018) observam que o colapso da rede materno-infantil na cidade fez com que as gestantes esperassem muitas horas para serem atendidas durante o parto, o que afetou negativamente as relações entre os profissionais de saúde e as mães. Isso evidencia que a infraestrutura e a falta de recursos impactam diretamente a implementação das políticas e a experiência dos usuários. Esse cenário vai ao encontro do que Lotta (2019) defende, ao afirmar que a implementação das políticas públicas não ocorre de forma isolada, sendo moldada por fatores estruturais e organizacionais.

Assim, Lipsky (2010) e Lotta (2019) sugerem que os BNRs têm a capacidade de adaptar as políticas às realidades locais, superando as limitações burocráticas. No entanto, os resultados da RS mostram que a burocratização e a falta de recursos muitas vezes limitam a

atuação dos BNRs. Os profissionais relatam que a alta demanda por atendimento rápido e a escassez de recursos impedem a criação de vínculos com as gestantes, comprometendo a integralidade do cuidado.

Importante reforçar que os valores estão presentes na vida dos profissionais de saúde, influenciando seu fazer e agir. Rodrigues et al. (2022) apontam que a humanização dentro da saúde reprodutiva dialoga com os valores vitais que se constituem como base do exercício profissional, orientados pelo valor da vida, alinhados com o bem-estar das mulheres. Dessa forma, a humanização reforça o valor vital expresso na garantia da centralidade do cuidado à mulher.

Os textos analisados dentro da RS ainda reforçam a ideia de que a atuação desses BNRs não é meramente técnica e burocrática, mas envolve interpretações pessoais, decisões baseadas em recursos limitados e dilemas institucionais. Isso se alinha à literatura sobre a burocracia de nível de rua, que destaca o papel ativo desses agentes na definição dos rumos das políticas públicas.

5.2 Violência Doméstica

Quando analisados os artigos dentro da RS, sobre o papel dos BNRs em relação à violência doméstica, identificou-se a valorização e a importância dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Nesse sentido, segundo Moreira et al. (2014), o agente comunitário de saúde é apontado como um ator fundamental para a definição e validação das ações planejadas pela equipe. Assim, destaca-se o protagonismo desses profissionais em notificarem casos de violência doméstica, sexual e outras violências no âmbito da saúde, como aponta Santos, Bevilacqua e Melo (2020).

Em contribuição, Scaranto, Blazevic e Michel-Crosato (2007) destacam que os Agentes Comunitários de Saúde possuem a capacidade de identificar situações de violência, abordar adequadamente as famílias e fornecer os devidos encaminhamentos para referência. Importante ressaltar que segundo os autores, os ACS observam que certas mulheres buscam auxílio e confiam neles para encontrar uma solução para seus problemas. Desse modo, os ACS têm liberdade para adaptar as políticas às necessidades locais, tomando decisões por meio da discricionariedade, Lotta (2018).

Nesse contexto, conforme Vieira et al. (2009), os profissionais de saúde precisam estar preparados para identificar e lidar com casos de violência, embora muitos se sintam inseguros ao gerenciar essas situações. Em vista disso, os ACS são considerados, em muitos casos, o elo entre a vergonha e a coragem para a mulher denunciar o problema da violência, como apontado por Moreira et al. (2014). Esse cenário reforça o papel dos BNR como mediadores e implementadores de políticas públicas, conforme argumentado por Lipsky (2010, 1980) e Lotta (2019).

Ao abordar a pesquisa de Moreira et al. (2014) constataram que médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem tiveram uma atuação limitada no atendimento aos casos de violência analisados. Logo, Signorelli, Taft e Pereira (2015) destacam que as equipes de saúde tendem a "medicalizar" a violência, adotando posturas prescritivas e intervencionistas em relação à família. Esse comportamento evidencia como a discricionariedade dos profissionais de saúde pode resultar em uma abordagem excessivamente técnica ou medicalizada, em detrimento de uma visão mais integral e humanizada do cuidado.

Assim, Silva, Santos e Bezerra (2021) ressaltam que os profissionais de saúde devem estar atentos à importância de orientar as vítimas sobre o registro do boletim de ocorrência, uma vez que esse é um direito fundamental de cidadania, mostrando o papel dos BNR na garantia do acesso a direitos e benefícios governamentais, conforme Lipsky (2010, 1980).

Segundo Vieira et al. (2009), “a maioria dos profissionais acredita que é seu papel perguntar sobre violência, mas desconhece protocolos de atendimento”, o que evidencia a ausência de diretrizes claras. Essa lacuna leva a diferentes interpretações na implementação e, conforme Pires, Lotta e Oliveira (2018), amplia a margem de discricionariedade.

Nesse aspecto, Moreira et al. (2014) afirmam que a situação de violência leva os profissionais de saúde a desenvolverem novas abordagens, que envolvem a compreensão da história de vida dos usuários. Esse aspecto se relaciona com a discricionariedade dos profissionais de saúde, que devem interpretar as políticas públicas para atender às necessidades específicas das vítimas, conforme Lotta (2019).

Assim, a partir da pesquisa com 278 profissionais de saúde sobre violência de gênero e o papel dos BNRs, Vieira et al. (2009) destacam que a maioria dos entrevistados, cerca de 93%, acredita ser responsabilidade do médico ou enfermeiro encorajar as vítimas a saírem da

situação de violência, além de fornecer dados sobre outros locais de apoio e manter-se atento para reconhecer sinais de violência. No entanto, Silva, Santos e Bezerra (2021) destacam que os profissionais de saúde, especialmente os médicos, enfrentam dificuldades no manejo dos casos de violência contra a mulher devido à ausência de uma abordagem específica durante sua formação.

Desse modo, Machineski (2023) afirma que os profissionais de saúde frequentemente se sentem inseguros ao tratar da violência doméstica contra as mulheres, sendo necessário que recebam capacitação para desenvolver habilidades interpessoais adequadas. Portanto, isso reflete a necessidade urgente de capacitação desses profissionais para lidarem com as adversidades, conforme Fernandes e Guimarães (2020).

Dessa forma, outra problemática identificada refere-se ao que Santiago (2021) apresenta ao constatar que as enfermeiras das Unidades de Saúde da Família (USF) reconheceram a existência de violência de gênero entre as usuárias do serviço, mas estas não procuravam as USF em busca de apoio para lidar com as situações de violência vivenciadas.

Em um momento posterior, foi analisada a atuação dos profissionais de saúde na implementação de políticas públicas no contexto da violência doméstica. Observa-se que este tema representa 22% dos artigos dentro da RS, conforme identificado na tabela 2. Assim, ao analisar as políticas identificadas que possuem relação direta com a temática, constatou-se a Convenção de Belém (1994), que considerou a violência contra a mulher como uma violação dos direitos humanos.

Assim, observando a conduta dos BNRs frente à violência na época, era marcada pelo não acolhimento das necessidades ou encaminhamento inadequado às especialistas, resultando em respostas insatisfatórias para as mulheres. Destaca-se que, já durante esse tempo, havia um desconhecimento sobre a frequência das lesões corporais em mulheres agredidas e a falta de uma política institucional que implementasse rotinas adequadas nos serviços cotidianos desses profissionais.

Ainda nesse sentido, anos depois, quando foi abordada a própria Lei 11.340/2006 (Lei Maria da Penha) no que concerne à atuação do BNRs na implementação dentro dessa realidade da violência doméstica, mostrou-se que os profissionais de saúde possuíam uma compreensão limitada das ações que possam ser tomadas com base na lei citada.

Essa falta de entendimento mais sensibilizado faz com que os BNRs priorizem constantemente o tratamento de lesões físicas, negligenciando o impacto psicológico e social do abuso. Isso reflete uma abordagem fragmentada e biologicista, que torna invisível a vivência da violência por parte das mulheres.

A formação inadequada e a ausência de sensibilização crítica afetam a capacidade dos BNRs de acolher e encaminhar adequadamente as mulheres em situação de violência. Isso reflete uma lacuna significativa entre a teoria, que pressupõe que os BNRs são capazes de interpretar e aplicar as políticas de forma eficaz, e a realidade, onde a falta de capacitação e a formação inadequada limitam sua capacidade de atuação.

Identificou-se que o sistema de saúde frequentemente não está preparado para lidar com a complexidade da violência doméstica, mesmo diante de políticas como a Lei nº 10.778/2003, que institui a notificação compulsória de casos de violência contra a mulher (conforme indicado no anexo 1), adjunto ao Decreto 7.958/2013 que institui a Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres.

Diante dessas políticas mencionadas, os BNRs reconhecem a violência contra a mulher como um problema crescente e silenciado. No entanto, a ausência de protocolos claros e o medo de interagir com outras instâncias externas levam muitos profissionais a resistir ao registro de casos sensíveis, especialmente em áreas rurais, onde alguns profissionais demonstram medo e relutância ao atender e notificar casos de violência, apontando para a necessidade de novas pesquisas sobre o fenômeno localizado nessas regiões.

Nesse cenário, os artigos mostram que de fato a atuação discricionária do profissional da linha de frente vai se dar a partir do que foi pensado por Lipsky (2010), com base na estruturação dos contextos de interação. Nesse sentido, essa relação apresenta-se complexa, tendo em vista que os BNRs identificam dificuldades em critérios de avaliação, como em casos de lacunas na formação, estruturas inadequadas, falta de profissionais e desconhecimento da ficha compulsória, que compromete o atendimento às vítimas e também prejudica a assistência a essas mulheres.

Nesse sentido, evidencia-se como a discricionariedade no atendimento é influenciada pelas condições de trabalho e pela ausência de protocolos claros. Moreira et al. (2018) apontam que a alta complexidade da violência tende a gerar inseguranças no atendimento

realizado por esses profissionais da linha de frente. Embora a abordagem intersetorial seja percebida como uma estratégia positiva, a falta de treinamento formal e de protocolos bem definidos compromete a qualidade do atendimento e a eficácia das políticas públicas implementadas.

Assim, foi identificado que os BNRs, ao lidarem com a questão da violência, tendem a vê-la como um problema das áreas de segurança e justiça. Isso se traduz em uma resistência ao atendimento e ao acompanhamento de casos de violência, em função do medo de envolver o judiciário. Muitos profissionais demonstram receio e hesitação em atender e notificar casos de violência, independentemente do tipo.

Ainda na temática, outra política que é importante destacar é o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM, 2004), que, de maneira mais objetiva, busca implementar políticas de enfrentamento da violência contra a mulher com atendimento integral e humanizado. Assim, destaca-se que os profissionais que atuaram com o PNPM percebem a violência contra a mulher como uma problemática atual que ainda precisa ser enfrentada, muitas vezes silenciada e que, ao mesmo tempo, cresce epidemiologicamente, gerando opiniões divergentes sobre as causas do aumento dos casos.

Esses profissionais da linha de frente reconhecem a importância do vínculo e da “escuta atenta”, afirmando que a construção de uma relação com as pessoas que buscam cuidados é fundamental para identificar mudanças, seja pelo conhecimento da história da usuária ou pela confiança estabelecida, reforçando a importância da interação entre o burocrata e o público, que vai além da simples aplicação de regras, abrangendo também a compreensão do contexto social e das necessidades dos cidadãos.

No entanto, muitos BNRs, ao aplicarem essas políticas, sentem-se despreparados devido a uma formação superficial sobre o tema. Essa falta de preparo influencia negativamente a implementação das políticas públicas e pode servir como justificativa direta para a distribuição de benefícios e sanções pensando por Lipsky (2010; 1980). Além disso, o processo é frequentemente atravessado por julgamentos baseados em valores e crenças pessoais, que não foram abordados adequadamente durante a formação desses profissionais, especialmente no que se refere à valorização da vida da mulher.

5.3 Humanização e Integralidade.

Em relação à RS, referente à humanização e integralidade no atendimento da mulher, tendo como base os artigos analisados, no que tange ao processo de humanização, de acordo com Carvalho, Göttems e Guilhem (2022), a presença da enfermeira obstetra na equipe de atenção ao parto tem um impacto positivo, contribuindo para a redução de intervenções desnecessárias, incluindo cesarianas, e para a adoção das boas práticas recomendadas pela OMS e pelo Ministério da Saúde.

Além disso, conforme o texto *Integralidade do cuidado à saúde da mulher: limites da prática profissional* (2009), a integralidade à saúde exige escuta, acolhimento e ações resolutivas que resultem na humanização das práticas. De certo modo, reforça a importância dos profissionais que, ao estarem em contato direto com os usuários, influenciam diretamente a qualidade do serviço prestado. No caso das enfermeiras obstetras, utiliza-se a discricionariedade para adaptar práticas baseadas em evidências e promover um atendimento humanizado (Lipsky, 2010, 1980; Lotta, 2019).

Ademais, Coelho et al. (2009) afirmam que a equipe multiprofissional reconhece que as mulheres usuárias enfrentam desigualdades de classe e de gênero, além de estarem expostas a relações desiguais e autoritárias dentro do serviço de saúde, no que concerne à integralidade do acesso. De certa forma, conforme Lotta (2017), aponta que a falta de autonomia dos profissionais os limita a atuar de forma mais inclusiva e empática, uma vez que a estrutura hierárquica reduz sua margem de discricionariedade e fortalece desigualdades institucionais.

Entretanto, Albuquerque et al. (2011) destacam que o atendimento profissional ainda reflete uma abordagem centrada no modelo biomédico, que desconsidera o contexto de vida das mulheres, suas necessidades e vulnerabilidades. Nesse contexto, os autores do artigo *Atendimento pelo SUS na percepção de mulheres com lesões de câncer cervicouterino em Goiânia-GO* reforçam que o respeito e a atenção integral ao ser humano exigem, além do fornecimento de informações objetivas e corretas, a garantia de que essas informações sejam compreendidas e assimiladas pelo usuário.

Os autores também ressaltam a importância de uma comunicação clara e humanizada entre os BNRs e as usuárias, evidenciando seu papel crucial na estruturação das interações

entre os cidadãos e o sistema público, conforme apontado por Lotta (2019), Fernandez e Guimarães (2020). Desse modo, notou-se que os profissionais reconhecem sua responsabilidade, mas carecem de capacitação adequada, o que, segundo Lotta (2019), é refletido na formação insuficiente dos burocratas, a qual impacta negativamente a implementação das políticas públicas.

Nesse contexto, Oliveira e Fonseca (2007) apontam em sua pesquisa que os profissionais destacaram que a atuação é, muitas vezes, marcada por uma sensação de impotência paralisante, que pode ser atribuída à falta de preparo, à desorganização do processo de trabalho e aos valores sociais, os quais são absorvidos de maneira sutil ao longo da história de vida de cada indivíduo e do grupo na totalidade. Isso, de certa forma, limita a capacidade de atuar de forma eficaz em casos complexos, mais uma vez refletindo a necessidade de maior capacitação e suporte para os BNRs, para que possam exercer sua discricionariedade de forma mais assertiva e humanizada.

A partir do artigo *Práticas dos profissionais das equipes de saúde da família voltadas para as mulheres em situação de violência sexual*, os discursos dos BNRs enfatizaram a necessidade de um movimento por parte dos profissionais para sair da impotência e se tornarem novos agentes de mudança social. Dessa forma, conecta-se com a perspectiva do ativismo institucional estruturado por Abers (2021), que aponta a possibilidade de burocratas usarem sua discricionariedade para transformar o atendimento e superar barreiras institucionais.

Nessa perspectiva, Maia, Guilhem e Lucchese et al. (2010) apontam que investir em processos como esses, voltados a tornar os BNRs agentes de mudança social, envolve lidar com as tensões inevitáveis dos encontros em espaços públicos, o que possibilita a busca por novos significados tanto para o indivíduo quanto para o seu trabalho. Deste modo, Abers (2021) defende que os profissionais de saúde devem ir além das normas estabelecidas, buscando novas formas de atuação que promovam a humanização e a integralidade do cuidado.

Já, quando abordadas as normativas voltadas à humanização e integralidade no atendimento da mulher, com base na RS, identificou-se o Programa de Humanização no

Pré-Natal e Nascimento (PHPN, 2000), que procura incentivar o atendimento obstétrico integral e garantir os direitos de escolha da mulher.

Desta forma, ao discutir o comportamento dos BNRs dentro da implementação do PHPN, observou-se que os achados indicam que a ausência de padronização nos exames requisitados às gestantes reflete características centrais da atuação dos profissionais, apesar das dificuldades enfrentadas pelos profissionais de enfermagem na atenção pré-natal e na implementação das normas do Ministério da Saúde.

Essa falta de padronização mostra que os BNR's muitas vezes precisam improvisar, baseando-se em suas próprias experiências e no bom senso, em vez de seguir protocolos claros e bem definidos. Isso sugere que, embora a teoria enfatiza a importância da discricionariedade, na prática, a falta de diretrizes claras pode levar a inconsistências e desigualdades no atendimento.

Nesse cenário, a adoção da discricionariedade por parte dos BNR's torna-se um elemento central, justamente pela problemática das normas e regras e como estão construídas por sua abrangência, sendo regras muito genéricas, como apontam Lotta e Santiago (2018). Ao permitir interpretações variadas, os BNR's se orientam por referências diversas, que vão desde o Manual do Pré-Natal do Ministério da Saúde até as experiências adquiridas durante a formação.

Embora existam dificuldades enfrentadas pelos profissionais na implementação das normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde, observa-se que o atendimento pré-natal foi efetivado na rede básica. Essa constatação reforça a tese de que, mesmo diante de desafios estruturais, os BNRs desempenham um papel crucial na concretização de políticas públicas no nível local (Lipsky, 2010). Sua atuação, marcada pela interação direta com os cidadãos, molda significativamente os resultados dessas políticas e pode, em muitos casos, preencher lacunas deixadas pelas diretrizes fundamentais.

Ainda nessa temática, outra norma relevante é a Política Nacional de Humanização (PNH, 2003), que está voltada para a humanização da assistência à saúde, com ênfase no acolhimento feminino, escuta empática e diálogo entre profissionais e usuárias. Ao analisar a atuação dos BNRs, constatou-se que, não somente a abordagem interdisciplinar ainda não estava completamente institucionalizada, mas também que os profissionais não receberam

treinamento específico sobre humanização, o que fez com que o atendimento dependesse mais do bom senso e da empatia individual do que de um protocolo formal.

Apesar de haver conscientização para a humanização, persistem falhas na implementação, o que destaca o papel crucial dos implementadores locais na concretização das políticas, especialmente quando estes não estão adequadamente preparados para lidar com as diretrizes de forma padronizada. Nesse sentido, ressalta-se, como mencionado no marco teórico, que a implementação de políticas exige coalizões entre diferentes atores e, no caso da PNH, essa coalizão mostrou-se vulnerável, já que os diferentes profissionais de saúde, embora possam estar cientes da política, não atuam de forma integrada e coordenada, o que compromete a eficácia da humanização proposta.

Em conclusão, a discussão referente à integralidade e humanização na saúde da mulher tem como referência a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM, 2004), cujo objetivo central é promover a saúde integral das mulheres. Dessa forma, ao tratar do comportamento dos BNRs na implementação da PNAISM, identificou-se, nas pesquisas científicas, que existem desafios para a implementação da integralidade do cuidado, que a PNAISM propõe alcançar.

Ao analisar os estudos, constatou-se que as equipes multiprofissionais, cuja formação é influenciada por referenciais ideológicos de saber e poder, concentram-se principalmente em ações de cunho biológico. Assim, utilizam a ação discricionária para negligenciar as questões sociais e culturais das mulheres, o que tende a refletir na dificuldade de alcançar os princípios da integralidade, na prática, limitando a percepção de que as demandas das mulheres vão além da clínica e envolvem contextos mais amplos, como questões sociais e de gênero.

Além disso, revela-se que, no discurso dos profissionais, o sistema de saúde segue um modelo clínico que não consegue atender adequadamente às necessidades urgentes das mulheres, nem expandir a percepção sobre as demandas sociais, tornando-se, assim, um espaço de constrangimento e desrespeito para as mulheres.

Desse modo, segundo Miranda et al. (2024), “o vínculo e a confiança que se estabelecem no cotidiano dos serviços são elementos essenciais para assegurar o acesso ao sistema de saúde”. Destaca-se a importância do vínculo entre profissionais e usuários, o que exige que os BNR's usem sua discricionariedade para criar relações de confiança e facilitar o

acesso aos serviços. Isso reflete a ideia de que a implementação de políticas públicas depende da interação direta entre BNR's e cidadãos.

Em conclusão, Pinto et al. (2016) apontam que, no que se refere às diretrizes analisadas, estas têm se mostrado eficazes. No entanto, os autores destacam a necessidade de estudos mais amplos, não apenas nos serviços de referência, mas em toda a rede de atendimento do SUS. Essa ampliação permitiria uma melhor notificação dos casos e a minimização dos danos às vítimas.

5.4 Concepção de Gênero

Ao analisar a concepção de gênero no contexto da RS, identificou-se que os profissionais da área tendem a compreendê-lo como algo natural e biológico. Predomina a visão de que as diferenças entre homens e mulheres são resultados da biologia, o que reforça desigualdades, na prática, profissionais.

Nesse sentido, o artigo *Casais de mulheres lésbicas e bissexuais que vivenciam a dupla maternidade: (des)encontros na produção do cuidado em saúde* aponta que "a reprodução do modelo tradicional prejudica o atendimento integral à saúde". De maneira semelhante, o estudo *Contribuições feministas e questões de gênero nas práticas de saúde da atenção básica do SUS* destaca que "as diferenças entre mulheres e homens são entendidas a partir de uma noção de 'natural', como se fossem originárias da biologia".

Além disso, o texto *Compreensão de gênero e suas manifestações no cotidiano de um serviço de saúde* observa que "apesar do entendimento acerca de gênero, percebe-se que a atuação profissional é centrada em aspectos biológicos, reforçando o caráter limitado das ações em saúde da mulher."

Partindo desse pressuposto, destaca-se que a forma como os profissionais de saúde atuam pode reforçar desigualdades de gênero, classe e raça. Nesse sentido, recorrem a arbitrariedades para exercer poder, seja na imposição de tratamentos tradicionais, seja em práticas que envolvem abuso pessoal ou disciplinar (Lipsky, 2019).

Quanto à concepção de gênero como um fator de vulnerabilidade, agravado por raça e classe, foi observado dentro do RS que algumas falas evidenciaram um entendimento interseccional, destacando que mulheres pobres e racializadas enfrentam maiores dificuldades

no acesso à saúde. Como apontado no texto de Cortes et al. (2010): "A maioria das mulheres que a gente atende são mulheres pobres, que dependem dos maridos, no caso, muitas gravidezes, muitas vezes, mulheres que apanham em casa."

Dessa forma, torna-se fundamental considerar a discricionariedade no atendimento, levando em conta o contexto e a realidade das usuárias. Nesse sentido, Fernandez e Guimarães (2020) ressaltam que a atuação dos BNR está intimamente ligada à produção e reprodução de desigualdades sociais. Nesse sentido, os profissionais de saúde decidem, na prática, quem tem acesso e quem enfrenta barreiras no sistema.

Observou-se, ainda, uma visão de gênero como algo estático e imutável. Dessa maneira, Spadim, Mendonça e Cyrino (2024) apontam que alguns profissionais demonstram dificuldade em compreender a diversidade de gênero e sexualidade, o que acaba limitando a oferta de serviços adequados. A ausência de formação sobre identidades trans e LGBTQ+ gera barreiras no atendimento e reforça a exclusão desses grupos.

Nesse sentido, o artigo *O nome era de homem, mas era um corpo de mulher: a população transexual na Estratégia Saúde da Família* mostrou que "houve ampla predominância de profissionais que relataram não ter tido contato com o tema; dos 19 enfermeiros questionados, 16 afirmaram não ter recebido capacitação de conteúdos sobre LGBTQI+ na graduação". Nesse mesmo texto, outro relato que chamou atenção por parte de um dos BNRs foi o seguinte: "O que é trans? O que é gay? O que a gente faz em um caso? E o que a gente faz no outro?".

Esses relatos mostram que os profissionais acabam reproduzindo estigmas e práticas discriminatórias contra pessoas trans, limitando o acesso à saúde. Desse modo, reforça que a ausência de treinamento acaba impactando o atendimento a populações vulneráveis, como a população trans e casais homoafetivos.

O profissional de saúde, como BNR, possui o poder de influenciar a experiência dos usuários por meio de suas decisões e comportamentos, destacando a importância da discricionariedade no atendimento a grupos marginalizados. Nesse sentido, o relato presente no texto *Casais de mulheres lésbicas e bissexuais que vivenciam a dupla maternidade: (des)encontros na produção do cuidado em saúde* ilustra bem essa dinâmica e realidade: "Uma vez, um dos médicos entrou no consultório, na ficha estava escrito que eram duas mães,

e ele fazia questão de... ele fazia questão de falar: 'Ai, cadê o pai da criança? Tinha que explicar mil vezes que não, não tem pai, são duas mães, e não sei o quê'.

Dentro dessa realidade, os artigos também apontam que BNRs exercem a discricionariedade ao lidar com situações complexas, como a violência de gênero e o atendimento à população LGBTQI+. Desse modo, precisam adaptar suas práticas às necessidades específicas dos usuários, muitas vezes em um contexto de recursos escassos e pressões institucionais, corroborando com o que Lipsky (1980) e Fernandez et al. (2023) apontam: essa discricionariedade é um mecanismo adaptativo que permite que eles tomem decisões com base em seu conhecimento e proximidade com as tarefas essenciais da implementação das políticas.

Quando olhamos para as normas de saúde coletadas na RS, no que tange diretamente à discussão da compreensão de gênero, identificou-se especificamente a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, institucionalizada a partir da Portaria. nº 2.836, de 1º dez de 2011, com objetivo de promover a equidade na atenção à saúde desta população e incentivo da educação permanente dos trabalhadores do SUS para qualificação no atendimento.

No que diz respeito à implementação dessa normativa por parte dos BNRs, observou-se uma série de problemáticas, como a violência institucional, protagonizada por alguns profissionais, a partir do desrespeito ao nome social e preconceitos nos serviços de saúde, refletindo um preconceito social enraizado. Justifica-se em relatos que os profissionais não recebem cursos sobre a população transexual durante a especialização, resultando em conhecimento escasso e dificuldades no acolhimento e uso correto de pronomes.

Contribuindo para a baixa acessibilidade da população transexual aos serviços e a estigmatização dos profissionais. A ausência de equidade e o acolhimento são exacerbados pela escassez de formação. Observa-se que o conhecimento sobre a população transexual é limitado, por parte dos BNRs, evidenciando a falta de entendimento sobre como oferecer cuidados adequados. Além de uma série de desafios que se relacionam com a formação inadequada dos profissionais, a falta de recursos e a desorganização dos serviços.

Assim, ao reconhecer a influência sobre os comportamentos individuais, a perspectiva da ação individual torna-se importante para compreender a atuação dos BNRs e analisar como

a presença de incentivos pode impactar a implementação de políticas públicas e o alcance das metas estabelecidas.

Pelo exposto, de acordo com a *Teoria da Escolha Racional e a Teoria da Agência*, os indivíduos, de forma natural, tomam decisões guiadas por seus interesses pessoais, muitas vezes divergindo dos objetivos organizacionais. Assim, torna-se essencial que as organizações utilizem incentivos e sanções como forma de alinhar os comportamentos individuais aos interesses institucionais.

5.5 Saúde Mental

Ao analisar os artigos dentro da RS que abordam saúde mental das mulheres e atendimento dos BNRs, identificou-se que os profissionais desempenham um papel importante na detecção, acolhimento e encaminhamento de mulheres vítimas de violência doméstica. Nesse sentido, esses BNRs reconhecem a relação entre violência e adoecimento mental. Conforme o artigo *(In)visibilidade da violência contra as mulheres na saúde mental* (2017), mostra que "A violência contra a mulher acarreta prejuízo à saúde mental e ajuda na configuração dos transtornos mentais".

Considerando esse contexto de violência e saúde mental, conforme o texto *Violência contra a mulher e adoecimento mental: percepções e práticas de profissionais de saúde em um Centro de Atenção Psicossocial*, "Os profissionais deram ênfase à importância do vínculo e da 'escuta atenta'... A escuta é o que a gente faz... quando um paciente pega confiança, ele acaba conversando..."

Desse modo, identifica-se o acolhimento do profissional como uma ferramenta para facilitar a fala da mulher sobre a violência sofrida. Assim, os BNRs têm autonomia na implementação das políticas e decidem, na prática, como aplicá-las, sendo a escuta ativa uma dessas formas de implementação (Lipsky, 1980).

Nesse sentido, de acordo com Teixeira e Paiva (2021), "Algumas mulheres chegam com queixas como insônia, depressão e ansiedade, e depois identificamos que a violência doméstica está por trás disso...", bem como, "Muitas mulheres não chegam com essa queixa principal 'eu fui agredida', mas com outras questões, ansiedade... e aí depois que a gente vai entender que o que permeia isso tudo é a violência doméstica."

Assim, os s precisam ter uma interpretação clínica dos sintomas psicológicos como possíveis indicadores de violência, pois o profissional decide se deve aprofundar a investigação para identificar a violência por trás do sofrimento mental (Huppe e Hill, 2002). Além disso, o profissional tem a discricionariedade de decidir como interpretar as queixas e se deve ou não abordar a violência como causa subjacente à Lotta (2019).

Outro ponto observado foi uma certa tendência a culpar a mulher pela violência sofrida, em vez de focar no agressor e nas políticas de proteção. Desse modo, conforme Teixeira e Paiva (2021), “Quando os profissionais trazem a ideia de responsabilização, é possível observar um discurso psicológico baseado na ideia de ‘o que você fez para provocar a violência?’”, demonstrando que a implementação é influenciada por valores individuais dos profissionais de saúde (Lotta, 2019).

No que tange às políticas identificadas na RS, referente à saúde mental, identificou-se a existência do Programa de Saúde da Família (PSF, 1999), quando voltado para as mulheres em situação de violência sexual. Um dos objetivos do PSF era promover a saúde biopsicossocial de forma integral.

Quando analisada a atuação dos BNRs no que diz respeito à implementação do PSF, especificamente no serviço psicossocial, observou-se que os profissionais tendem a resolver os casos de forma isolada, assim acabam enfrentando diversos obstáculos sem considerar as dimensões particular e estrutural de cada caso.

Destaca-se ainda que o Ministério da Saúde reconhece que os profissionais não estão preparados para assistir mulheres vítimas de violência sexual, e a maioria dos serviços de saúde não está equipada para diagnosticar, tratar e prevenir essa violência. Isso reflete o receio de lidar com o tema. Além disso, a falta de uma estrutura organizada nos serviços para atendimento preventivo e curativo contribui para as dificuldades enfrentadas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que sentem impotência e desorganização ao tratar desses casos.

Nesse cenário, Bonelli et al. (2019) apontam que os agentes responsáveis pela implementação, nesse caso os ACS, ao enfrentarem uma grande carga de demandas, recursos limitados e as pressões do sistema, tendem a buscar atalhos intencionais. Esses atalhos possibilitam a adaptação e simplificação de suas atividades, resultando em tentativas de

práticas que visam atender os usuários com um padrão mínimo de qualidade aceitável.

Nesse sentido, Lipsky (1980; 2010) destaca que os BNR são os profissionais que estão diretamente envolvidos na execução e na implementação das políticas públicas e têm um papel crucial na definição da eficácia e na tradução das diretrizes oficiais em práticas concretas.

Ainda, de acordo com Teixeira e Paiva (2021), "Os profissionais relataram conhecer ‘muito pouco’ a respeito das políticas públicas de enfrentamento à violência contra a mulher", mostrando a falta de capacitação e conhecimento sobre as políticas existentes. Isso se relaciona com os desafios na implementação de políticas públicas, conforme apontam Baptista e Rezende (2011), pois a efetividade da política depende do preparo desses profissionais da linha de frente.

5.6 Raça e Gênero

Considerando que, dos 40 artigos analisados dentro da RS, apenas 2 tratavam da questão de saúde e gênero na atuação dos BNRs, a ausência de conteúdos específicos sobre saúde da população negra nos cursos de formação em saúde reforça a ideia de que a implementação das políticas não é neutra, mas permeada por fatores sociais e culturais (Farias & Lotta, 2012).

Nesse sentido, conforme o artigo *Racismo Institucional e Saúde da População Negra*, “A saúde da mulher negra não é uma área de conhecimento relevante nas Ciências da Saúde. [...] Trata-se de assunto vago que, na maior parte dos casos, é ignorado pela maioria das pesquisadoras e pesquisadores, estudantes e profissionais de saúde no Brasil.” Observa-se que essa falta de formação específica impacta a maneira como esses burocratas aplicam as diretrizes das políticas públicas (Lotta, 2019).

Ainda, foi identificado que, no que se refere à política de controle da hipertensão arterial na população negra, além da falta de capacitação específica de recursos humanos, enfrentam-se problemas como protocolos terapêuticos inadequados e a frequente descontinuidade na distribuição dos medicamentos disponibilizados pela rede de serviços do SUS. Dessa forma, observa-se que a implementação não é linear e pode ser impactada por desafios operacionais e estruturais (Baptista & Rezende, 2011).

Ao analisar o comportamento dos BNRs na implementação de políticas voltadas para raça e gênero, destaca-se a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN - MS nº 992/2009), cujo objetivo geral é promover a saúde integral dessa população, com ênfase na redução das desigualdades étnico-raciais e no combate ao racismo e à discriminação dentro das instituições e serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme apontado por Braz et al. (2013).

No processo de implantação dessa política, destaca-se um ponto positivo: o Ministério da Saúde (MS) tem garantido uma gestão transparente e participativa com diversos atores sociais, possibilitando o acompanhamento dos resultados com recorte étnico-racial por meio dos grandes sistemas de informação em saúde. Entretanto, uma das primeiras constatações é a invisibilidade do racismo na sociedade e, consequentemente, seu reflexo nos serviços de saúde.

No que se refere à realidade do dia a dia dos BNRs na implementação da PNSIPN, observa-se a falta de capacitação das equipes do SUS, tanto nas equipes da ESF quanto em outros níveis de atenção à saúde. Além disso, há desafios enfrentados pelas populações quilombolas, como o acesso limitado a serviços e a ausência de políticas municipais específicas, incluindo aquelas voltadas para a área da saúde.

Segundo Lipsky (1980), a implementação ocorre no nível dos burocratas de linha de frente. No contexto da hipertensão, Varga e Cardoso (2016) apontam que os agentes comunitários de saúde, médicos e demais profissionais do SUS desempenham esse papel, enfrentando dificuldades estruturais que impactam a prestação do serviço.

Outro ponto que chama atenção é a inadequação dos protocolos de controle da hipertensão arterial para a população negra, especialmente pela prescrição de medicamentos contraindicados e pela descontinuidade na distribuição desses remédios, conforme identificado na RS.

Além disso, algumas narrativas de profissionais destacam que a política voltada para a população negra não é percebida como uma responsabilidade social, sendo considerada desnecessária e até promotora de discriminação. No entanto, a maioria reconhece a diversidade do povo brasileiro e a necessidade de garantir a todos o mesmo acesso à saúde, sem distinção de idade, raça/cor/etnia, origem, gênero, religião ou orientação sexual.

Destarte, os BNRs demonstram falta de preparo para lidar com as necessidades específicas dessa população, resultando em atendimentos inadequados e na perpetuação do racismo institucional. Isso sugere que, embora a teoria enfatiza a importância da discricionariedade como uma ferramenta para adaptar as políticas às realidades locais, na prática, essa discricionariedade pode ser utilizada de forma prejudicial, reproduzindo desigualdades e violências estruturais.

Conclui-se com Werneck (2016) na qual aponta que, além de reconhecer a determinação legal estabelecida por meio de diferentes instrumentos, é fundamental compreender que a qualificação de gestores e profissionais é essencial para promover mudanças consistentes na cultura institucional.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa teve como objetivo analisar a atuação dos Burocratas de Nível de Rua (BNRs) na implementação das políticas públicas de saúde da mulher, utilizando a metodologia de Revisão Sistemática (RS) para compreender como esses profissionais lidam com as diretrizes normativas e as demandas cotidianas no atendimento às mulheres.

A partir da análise de 40 artigos selecionados, foi possível identificar avanços significativos no campo político e legislativo, especialmente no que se refere à formulação de políticas públicas voltadas para a saúde da mulher. No entanto, essas normativas estruturadas nem sempre consideram plenamente a realidade dos profissionais que estão na linha de frente da implementação dessas políticas, evidenciando uma desconexão entre o planejamento e a execução.

A discricionariedade dos BNRs, conforme destacado por Lipsky (1980) e Lotta (2019), é um elemento central na implementação das políticas públicas. Os resultados da RS revelaram que esses profissionais são marcados frequentemente por um alto grau de autonomia, o que pode tanto contribuir para a adaptação das políticas às realidades locais quanto reproduzir desigualdades e violências estruturais.

A falta de diretrizes claras e de treinamento específico muitas vezes leva os profissionais a tomar decisões baseadas em seus próprios valores e crenças, o que pode resultar em práticas discriminatórias ou desumanizadas. Como apontado por Fernandez e Guimarães (2020), a atuação dos BNRs está intimamente ligada à produção e reprodução de desigualdades sociais, especialmente quando esses profissionais agem com base em seus próprios valores e crenças.

A RS também revelou falhas estruturais e humanas na assistência à saúde da mulher, destacando a falta de padronização e a escassez de capacitação como fatores que comprometem a qualidade do atendimento. O despreparo dos profissionais para lidarem com casos de violência sexual, emergências obstétricas e grupos específicos, como a população negra e transexual, evidencia a necessidade urgente de formação continuada e de políticas públicas mais eficazes.

Esses profissionais, em grande parte, adotam uma abordagem tecnicista e biologicista no atendimento às usuárias do sistema público de saúde e, muitas vezes, demonstram pouco

conhecimento sobre o funcionamento dos programas e das normativas relacionadas à saúde da mulher. Isso reflete uma lacuna significativa entre a teoria, que pressupõe que os BNRs são capazes de interpretar e aplicar as políticas de forma eficaz, e a realidade, onde a falta de capacitação e a formação inadequada limitam sua capacidade de atuação.

Os estudos analisados também apontaram possíveis lacunas e desafios na atuação dos BNRs, especialmente no que diz respeito à forma como lidam com a realidade das mulheres atravessadas por violências cotidianas. Enquanto a teoria enfatiza a importância da discricionariedade, autonomia e formação dos BNRs, a prática mostra que esses profissionais enfrentam limitações estruturais, falta de capacitação e pressões institucionais que comprometem sua capacidade de atuação.

Além disso, a discricionariedade, quando mal utilizada, pode levar à reprodução de desigualdades e violências, especialmente em contextos onde as políticas não são claras ou onde os BNRs não estão adequadamente preparados. Como destacado por Lotta (2019), a implementação das políticas públicas não ocorre de forma isolada, sendo moldada por fatores estruturais e organizacionais.

Diante desse cenário, os resultados são preocupantes, tanto na perspectiva do poder discricionário dos profissionais de saúde no tratamento de questões de gênero quanto na constatação de que, em muitas situações, o comportamento e compreensão observados foram problemáticos. É importante ressaltar que os profissionais de saúde enfrentam desafios diários, como sobrecarga de trabalho e fragmentação dos serviços, que dificultam a implementação de um atendimento mais humanizado e centrado na paciente.

Como resultado, a eficiência muitas vezes é priorizada em detrimento da qualidade do cuidado. Conforme Maia, Guilhem e Luches (2010), às instituições de saúde são espaços de luta e exercício de poderes, nos quais os atores constroem suas percepções. Dessa forma, a colaboração torna-se um desafio diante dos diferentes graus de domínio. Ao abordar o fator da discricionariedade dos BNRs na saúde, deve-se considerar que a realidade dos profissionais no Brasil é de precariedade.

Em contribuição, Ribeiro (2024) destaca que a desestruturação da saúde pública, aliada à má distribuição de recursos e à falta de profissionais capacitados, pode levar os

trabalhadores da área a adotarem práticas discricionárias como forma de contornar a escassez de recursos e a inadequação das equipes.

A análise também aponta que a omissão do Estado na implementação adequada de leis e políticas de saúde impacta diretamente a qualidade do serviço prestado. A falta de conhecimento sobre a Lei Maria da Penha e a ausência de protocolos formais sobre humanização do atendimento reforçam a ideia de que o sistema de saúde está desatualizado em relação à integralidade da saúde da mulher.

Como apontado por Bonelli et al. (2019), as escolhas feitas por esses burocratas, muitas vezes inseridos no mesmo contexto social onde atuam, podem variar dentro de uma margem de discricionariedade relativamente ampla, influenciada pelo nível de autonomia que possuem e pela existência de regras claras que orientem seus comportamentos e decisões.

Para superar os desafios identificados, é fundamental promover uma cultura institucional que valorize a humanização e a integralidade do cuidado, garantindo que as políticas de saúde da mulher sejam implementadas de forma eficaz e equitativa. A criação de coalizões entre diferentes atores, como sugerido por Fernandez e Guimarães (2020), e a adoção de modelos sintéticos de análise da implementação, como proposto por Lotta (2019), podem ser caminhos promissores para melhorar a qualidade do atendimento e reduzir as desigualdades no acesso à saúde.

Por fim, a revisão sistemática também revelou espaços pouco explorados na literatura, como a atuação dos BNRs no contexto rural e durante a pandemia de Covid-19, além da relação entre raça, gênero e discricionariedade na implementação das políticas de saúde da mulher. Investigar essas questões pode contribuir para um melhor entendimento das adaptações desses profissionais em contextos de crise e dos impactos das desigualdades estruturais no acesso à saúde.

7. REFERÊNCIAS

- ALVES, Valdecyr Herdy. **Manejo clínico da amamentação: valoração axiológica sob a ótica da mulher-nutriz**. Escuela de Enfermagem Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 589-598, 2016. Disponível em <https://www.scielo.br/j/ean/a/gpVzKJ78SWxkByxg9VKWFKw/abstract/?lang=pt>. Acesso em 15 de janeiro de 2025.
- ALBUQUERQUE, M. A. et al. **Atendimento pelo SUS na percepção de mulheres com lesões de câncer cervicouterino em Goiânia-GO**. Revista Eletrônica de Enfermagem, 13(4), 781-789. 2011. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/9977/9625>. Acesso em 15 de janeiro de 2025.
- ARANGO URREA, Juan David. **A atenção às mães durante o processo de parto em alguns serviços de saúde da cidade de Medellín: um acontecimento marcado pelo neoliberalismo e pela mercantilização da vida**. Revista Gestão e Política de Saúde, 2018. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/545/54557477007/>. Acesso 26 de janeiro de 2025..
- BAPTISTA, T. W. F.; REZENDE, M. **A ideia de ciclo na análise de políticas públicas**. In MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. Caminhos para análise das políticas de saúde. Editora Fiocruz, 2011. p.138-172. Disponível em: https://lagep.ufop.br/sites/default/files/lagep/files/baptista_e_rezende_2011_a_ideia_de_ciclo_na_analise_de_politicas_publicas.pdf?m=1591022528. Acesso em 26 de janeiro de 2025.
- BONELLI, F. et al. **A atuação dos burocratas de nível de rua na implementação de políticas públicas no Brasil: uma proposta de análise expandida**. Cadernos da Escola Brasileira de Maria, Administração Pública e de Empresas da Fundação Getulio Vargas - EBAPE.BR, v. 17, p. 800-816, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cebape/a/wt3kd4KCtSJB39TwQTjpVFfn/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 26 de janeiro de 2026.
- BR. Fórum Brasileiro de Segurança Pública. **Visível e Invisível: A Vitimização de Mulheres no Brasil - 4ª edição - 2023**. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2023/03/visiveleinvisivel-2023-relatorio.pdf>.
- BR. **Plano Nacional de Políticas para as Mulheres 2013-2014**. Secretaria de Políticas para Mulheres. 2015. Disponível em: https://oig.cepal.org/sites/default/files/brasil_2013_pnpm.pdf.
- BRAZ, R. M. et al. **Avaliação da completude da variável raça/cor nos sistemas nacionais de informação em saúde para aferição de equidade étnico-racial em indicadores usados pelo Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde**. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 37, n. 99. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/ZqDr6yqgFryL5zXqCyrLVLc/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 26 de janeiro de 2025.

CARVALHO, E. M. P. de, GOTTEMS, L. B. D., & GUILHEM, D. B. **O ensino das boas práticas obstétricas na perspectiva dos preceptores da Residência.** Ciênc. Saúde Coletiva, 27(5), 2022. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/3ctRPgfzzyKWPGfgFkJ6BsK/>>/ Acesso em 26 de janeiro de 2025.

COELHO, E. A. A., SILVA, C. T. O., OLIVEIRA, J. F. de, & ALMEIDA, M. S. (2009). **Integralidade do cuidado à saúde da mulher: limites da prática profissional.** Esc. Anna Nery. Rev Enferm., 13(1), 57-63. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ean/a/wBdMvhhJTLJnr7cC8S64NXx/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em 26 de janeiro de 2025.

COSTA, A. **Participação social na conquista das políticas de saúde para mulheres no Brasil.** 2008. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/x7HVb8dmB9wRHNC3JgiT6yQ/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em 26 de janeiro de 2025.

COUTO, Telmara Menezes et al. **A telessaúde no período gravídico-puerperal: estratégia de saúde complementar em um cenário de pandemia.** Texto & Contexto Enfermagem. Salvador, 2021. v. 29, n. 2, p. 345-355. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/tce/a/mtNX8VGVQckpRpCz67CTmxJ/?lang=pt&format=pdf>> . Acesso em 26 de janeiro de 2025.

CORTES, Laura Ferreira et al. **Compreensão de gênero e suas manifestações no cotidiano de um serviço de saúde.** Revista Rene, Fortaleza, v. 11, n. 2, p. 45-52, 2010. Disponível em: <https://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/14302/1/2010_art_lfcortes.pdf>. Acesso em 26 de janeiro de 2025.

DALFIOR, Eduardo Tonole; LIMA, Rita de Cássia Duarte; ANDRADE, Maria Angélica C. **Reflexões sobre análise de implementação de políticas de saúde.** Editora UnB, 2015. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/yZYjCvXjy45tyzLhRp7qycb/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em 26 de janeiro de 2025.

D'ASCENZI, L; LIMA, L. **Implementação de Políticas Públicas Perspectivas Analíticas.** Revista de Sociologia e Política. V. 21, Nº 48: 101-110 dez. 2013. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rsocp/a/zpwj63WjFbZYVkSXgnXDSjz/>>. Acesso em 26 de janeiro de 2025.

DELEON, P. **The Stages Approach to the Policy Process: What Has It Done? Where Is It Going?** Policy Studies Journal, v. 27, n. 3, p. 267-287, 1999.

Donato, Helena. Donato, Mariana. **Etapas na construção de uma revisão sistemática.** Revista Científica da Ordem dos Médicos. 2019. Disponível em: <<https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/download/11923/5635>>.

FARIA, Carlos Aurélio. **Implementação de políticas públicas: teoria e prática.** Belo Horizonte: Ed. PUC Minas, 2012.

FERNANDEZ, Michelle Vieira Fernandez; GUIMARÃES, Natália Cordeiro. **Caminhos teórico-metodológicos para a análise da burocracia de nível de rua.** Revista Brasileira de

Ciência Política, nº 32. Brasília, maio - agosto de 2020, pp 283-322. Disponível em:
<<https://www.scielo.br/j/rbcpol/a/CCSM5zx4N8ffqvjqBQMdXMB/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em 26 de janeiro de 2025.

FERNANDEZ, Michelle Vieira. MAGRI, MAIA, LOTTA. **Atuação da APS em Tempos de Crise: Uma Análise da Discrecionalidade dos Profissionais de Saúde na Pandemia da COVID-19**. Creative Common, 2023. Disponível em:
<<https://www.scielo.br/j/csc/a/xZjwFT7rYKYkp5v4DsgcSfg/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em 26 de janeiro de 2025.

FUSTER, Danilo André. **O papel da Burocracia na Implementação das Políticas Públicas. tribunal de contas do município de são paulo**. [s.d.]. Disponível em:
<<https://lgpd.tcm.sp.gov.br/Pagina/66227>>.

GALVÃO, C; SAWADA, N; TREVIZAN, M. **Revisão Sistemática: Recurso que Proporciona a Incorporação das Evidências na Prática da Enfermagem**. Rev Latino-am Enfermagem, 2004. Disponível em:
<<https://www.scielo.br/j/rlae/a/kCfBfmKSzpYt6QqWPWxdQfj/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em 26 de janeiro de 2025.

GUANILO, M; TAKAHASHIT, R; BERTOLOZZI, M. **Revisão sistemática: noções gerais**. Rev Esc Enferm USP, 2010. Disponível em:
<<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/CRjvBKKvRRGL7vGsZLQ8bQj/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em 26 de janeiro de 2026.

GUEDES, Rebeca Nunes; FONSECA, Rosa Maria Godoy Serpa da. **A autonomia como necessidade estruturante para o enfrentamento da violência de gênero**. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 45, n. 1, p. 78-84, 2011. Disponível em:
<<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/HgPw4p8bzGtsMYGNxFMFZNw/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em 26 de janeiro de 2026.

HILL, M.; HUPE, P. **Implementation public policy**. London: Sage Publications Ltd., 2002. 226 p.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. *Fundamentos de metodologia científica*. 6. ed. 5. reimp. São Paulo: Atlas, 2007.

LANDEIRO, G; PEDROZO, C; GOMES, M; OLIVEIRA, E a **Revisão sistemática dos Estudos Sobre Qualidade de Vida Indexados na Base de Dados SciELO**. Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Espírito Santo, 2011. Disponível em:
<<https://www.scielo.br/j/csc/a/RSCBZFWcKKsp43vCvdCzTth/#>>. Acesso em 26 de janeiro de 2025.

LIPSKY, M. Burocracia de Nível de Rua: **Dilemas dos Indivíduos nos Serviços Públicos**. Ed. nº 30. Enap, 2019. Disponível em:
<https://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/4158/1/Burocracia%20de%20n%C3%ADvel%20de%20rua_Michael%20Lipsky.pdf>.

LOTTA, G. et al. **Teoria e Análises Sobre Implementação de Políticas Públicas no Brasil / organizadora Gabriela Lotta**. -- Brasília: Enap, p. 11 - 38, 2019.

LOTTA, G. **Implementação de Políticas Públicas: o impacto dos fatores relacionais e organizacionais sobre a atuação dos Burocratas de Nível de Rua no Programa Saúde da Família. Tese. 2010.** Disponível em:

<https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8131/tde-20102010-120342/publico/2010_GabrielaSpangheroLotta.pdf>.

LOTTA, G; OLIVEIRA, M. Cops, Teachers and Counselors, 2ª edição: narrativas sobre a linha de frente dos serviços públicos. Revista Brasileira de Ciências Sociais. vol. 38 nº 2023. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/rbcsoc/a/xwSLzgzyhtLKCC3QPW5znrp/?format=pdf&lang=pt>>.

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

<<https://perguntasapo.wordpress.com/wp-content/uploads/2014/06/pend-08-gabriela-s-lotta-2-revisado-2.pdf>>. Acesso em 26 de janeiro de 2025.

MACHINESKI, Gicelle Galvan. **O significado da atenção à saúde vítima de violência doméstica no contexto da Atenção Primária à Saúde.** Rio de Janeiro, 2023. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/WDxXGcbd9VTV4fQzkZZCtpg/>>. Acesso em 26 de janeiro de 2025.

MAIA, C., GUILHEM, D., & LUCCHESI, G. Integração entre vigilância sanitária e assistência à saúde da mulher: um estudo sobre a integralidade no SUS. Cadernos de Saúde Pública, 26(11), 2010. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/csp/a/YC7t74brLXG5HBtHWmgs9wJ/>>. Acesso em 26 de janeiro de 2025.

MALHEIROS, Paolla Amorim et al. **Parto e nascimento: saberes e práticas humanizadas. Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 758-766, 2012. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/tce/a/fCNNkHPTLqGMnZSHHpj9s6D/>>. Acesso em 26 de janeiro de 2025.

MAYNARD-MOODY, S; MUSHENO, M. **Cops, Teachers, Counselors: Stories from the Front Lines of Public Service.** Ann Arbor: University of Michigan Press. Disponível em: <<https://www.fulcrum.org/concern/monographs/h128nf56q>>.

MENDES, Milene Arlinda de Lima; MACHADO, Michael Ferreira. **Educação permanente em saúde na rede de atenção às vítimas de violência sexual de Alagoas. Trabalho, Educação e Saúde, 2024.** Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/tes/a/ZvKyjYz6VSgf7b5YcGsjMWt/>>. Acesso em 26 de janeiro de 2025.

MEDEIROS, Rita de Cássia da Silva; NASCIMENTO, Ellany Gurgel Cosme do. **"Na hora de fazer não chorou": a violência obstétrica e suas expressões.** Revista Estudos Feministas, Florianópolis, v. 30, n. 1, p. 45-59, 2022. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/ref/a/pYzdzkbVZN4Bth85wSkbgxC/>>. Acesso em 26 de janeiro de 2025.

MOREIRA, Tatiana das Neves Fraga et al. **A construção do cuidado: o atendimento às situações de violência doméstica por equipes de saúde da família.** Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 1123-1134, 2014. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/9GL6XQDNptD6HLEpZhRJGPv/abstract/?lang=pt>>.

Acesso em 26 de janeiro de 2025.

MUCIO, Bremen de Mucio; BINFA, Binfa Lorena; ORTIZ, Jovita; PORTELA, Nayada. **Situação da política nacional sobre acompanhante de escolha no parto na América Latina e no Caribe: lacunas e desafios.** Revista Panamericana de Salud Pública, 2020.

Disponível em: <<https://scielosp.org/article/rpsp/2020.v44/e19/>>. Acesso em 26 de janeiro de 2025.

OLIVEIRA, Vanessa et al. **Rede Cegonha na visão de profissionais de saúde: desafios e estratégias de superação.** São Paulo, 2022. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/csc/a/vG5wjqpFQ4F4x3nNCdTq5cj/>>. Acesso em 26 de janeiro de 2025.

OLIVEIRA, C. C. de, & FONSECA, R. M. G. S. da. Práticas dos profissionais das equipes de saúde da família voltadas para as mulheres em situação de violência sexual. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 41(4), 2007. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/8wZkLNvPdt5KVXjwPp8N8SD/?lang=pt>>. Acesso em 26 de janeiro de 2025.

PAULA. Eduardo Loula Novais de Paula. **O processo de construção das políticas públicas.**

Revista do Tribunal de Contas do Estado de Goiás, Belo Horizonte, ano 1, n. 02, p. 133-141. 2020. Disponível em: <<https://revcontext.tce.go.gov.br/index.php/context/article/view/74>>.

PEDROSA, Mariana; ZANELLO, Valeska. **In(Visibilidade da violência contra as mulheres na saúde mental. Psicologia: Teoria e Pesquisa.** v. 32, n. 4, p. 345-352, 2016. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/ptp/a/8DzJKKXHyL9kbgddQ9Ns9Xd/abstract/?lang=pt>>.

Acesso em 26 de janeiro de 2025.

PINTO, Lucielma Salmito Soares. **Políticas públicas de proteção à mulher: avaliação do atendimento em saúde de vítimas de violência sexual.** Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual do Piauí. Piauí, 2016. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/csc/a/ZdSqDs3MFfwGpL4skfcwNqS/?format=pdf&lang=pt>>.

Acesso em 26 de janeiro de 2025.

PIRES, R., LOTTA, G., & OLIVEIRA, V. E. (2018). **Burocracia e Políticas Públicas no Brasil: intersecções analíticas** Brasília, DF: Ipea, Enap, Pág. 229 - 237 - . Disponível em:

<https://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/3247/1/livro_Burocracia%20e%20pol%C3%ADticas%20p%C3%BAblicas%20no%20Brasil%20-%20interse%C3%A7%C3%B5es%20anal%C3%ADticas.pdf>.

RIBEIRO, G. **Análise sobre a implementação do Programa Mais Médicos e a atuação do burocrata de nível de rua.** Monografia, Universidade de Brasília. 2022. Disponível em:

<<https://bdm.unb.br/handle/10483/1/browse?type=author&order=ASC&rpp=100&value=Ribeiro%2C+Guilherme+Augusto+Silva>>.

RIVERA, Mariana Fagundes de Almeida; SCARCELLI, Ianni Regia. **Contribuições feministas e questões de gênero nas práticas de saúde da atenção básica do SUS.** Saúde

em Debate, v. 45, n. 3, p. 312-323, 2021. Disponível em:
<<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/3rVJfxZrLVvdtVHSMTWX3Sd/>>. Acesso em 26 de janeiro de 2025.

RODRIGUES, Diego Pereira. **Parto humanizado: valores de profissionalismo de saúde no cotidiano do cuidado obstétrico**. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 73, n. 5, p. 1023-1031, 2020. Disponível em:
<<https://www.scielo.br/j/reben/a/TfJgKJt9CsHHJyJpmrn93PN/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em 26 de janeiro de 2025.

RODRIGUES, Diego Pereira et al. **O descumprimento da lei do acompanhante como agravo à saúde obstétrica**. Texto & Contexto Enfermagem, 2017. Disponível em:
<<https://www.scielo.br/j/tce/a/4Qm774mp8J5P7CTBkVpkFVf/abstract/?lang=pt>>. Acesso em 26 de janeiro de 2025.

RODRIGUES, Talita. **Política de Saúde da Mulher Comemora 25 anos**. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2022. Disponível em:
<<https://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/politica-de-saude-da-mulher-comemora-25-anos#:~:text=O%20Programa%20de%20Assist%C3%Aancia%20Integral,de%20diagn%C3%B3stico%2C%20tratamento%20e%20recupera%C3%A7%C3%A3o>>. Acesso em 26 de janeiro de 2025.

SANTIAGO, Idalina Maria Freitas Lima. **Violência de gênero entre usuárias do serviço de atenção básica do SUS na Paraíba. Espaço Temático: Violência, Saúde e Classes Sociais**, 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rk/a/WqshfBQtdDxYM7jPyqBPMpv/>>. Acesso em 26 de janeiro de 2025.

SANTOS, Ana Pereira dos; BEVILACQUES, Paula Dias; MELO, Cristiane Magalhães. **Atendimento à mulher em situação de violência: construção participativa de um protocolo de trabalho. 2020. Relato de experiência**. Disponível em:
<<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/dBNjFTxJBvVG83Q53hXS8Pw/>> . Acesso em 26 de janeiro de 2025.

SANTOS, Manoel Antônio dos; MINARI, Amanda Brandane; OLIVEIRA-CARDOSO, Érika Arantes de. Casais de mulheres lésbicas e bissexuais que vivenciam a dupla maternidade: (des)encontros na produção do cuidado em saúde. Ciência & Saúde Coletiva, v. 29, n. 1, p. 45-56, 2024. Disponível em:
<<https://www.scielo.br/j/csc/a/LD4kgSJm3FG4N8mdr6NJJQK/>>. Acesso em 26 de janeiro de 2025.

SAMPAIO; MANCINI. **Estudo de Revisão Sistemática: Um Guia para Síntese Criteriosa da Evidência Científica**. Rev. bras. fisioter., São Carlos, v. 11, n. 1, p. 83-89, jan./fev. 2007. Disponível em:
<<https://www.scielo.br/j/rbfis/a/79nG9Vk3syHhnSgY7VsB6jG/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em 26 de janeiro de 2025.

SCARANTO, Catariana Antunes Alves; BLAZEVIC, Maria Gabriela Haye; MICHEL-CROSATO, Edgard. **Percepção dos Agentes Comunitários de Saúde sobre violência doméstica contra a mulher. Psicologia: Ciências e Profissão**, 2007. {s.d.}. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/pcp/a/drcMGhT6dpxJS6fNV6VrS3x/>>. Acesso em 26 de janeiro de 2025.

SILVA, Juliana Guimarães e et al. **Direitos sexuais e reprodutivos de mulheres em situação de violência sexual: o que dizem gestores, profissionais e usuárias dos serviços de referência. Saúde e Sociedade, São Paulo**, v. 28, n. 4, p. 1234-1245, 2019. Disponível em <<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/XNLNdLPPwYqW6Gh9TjZq8Cn/>>. Acesso em 26 de janeiro de 2025.

SIGNORELLI, Marcos Claudio; TAFT, Angela; PEREIRA, Pedro Paulo Gomes. **Violência doméstica contra a mulher, políticas públicas e agentes comunitários de saúde na Atenção Primária à Saúde no Brasil**. Paraná, 2015. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/J55Jxm9XWYcSr5pqxtGW8Xr/abstract/?lang=pt>>. Acesso em 26 de janeiro de 2025.

SILVA, Karlos Eduardo Alves; SANTOS, José Ismair de Oliveira dos; BEZERRA, Waldez Cavalcante. **O conhecimento e a abordagem médica nos casos de violência contra a mulher em um hospital público de Alagoas. Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 1, p. 123-145, 2022. Link de acesso: <<https://www.scielo.br/j/physis/a/VOS3QFvN5kpB3Yg8rqBxg8K/>>. Acesso em 26 de janeiro de 2025.

SOUSA, Ana Cristina Augusto de; et al. Gênero e a pandemia Covid-19: **revisão da produção científica nas ciências da saúde no Brasil. Saúde em Debate**, v. 45, n. 4, p. 564-576, 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/zd5ysnmpYJmq7NqZHx9TStq/abstract/?lang=pt>>. Acesso em 26 de janeiro de 2025.

SOUZA, Celina. Políticas Públicas: **uma revisão da literatura**. Sociologias, Porto Alegre, ano 8, nº 16, jul/dez 2006. Disponível em <<https://www.scielo.br/j/soc/a/6YsWyBWZSdFgfSqDVQhc4jm/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em 26 de janeiro de 2025.

SOUZA, Celina. Políticas Públicas: **Conceitos, Tipologias e Sub-Áreas. Fundação Luís Eduardo Magalhães, Bahia**, 2002. Disponível em: <<https://professor.pucgoias.edu.br/SiteDocente/admin/arquivosUpload/3843/material/001-%20A-%20POLITICAS%20PUBLICAS.pdf>>. Acesso em 26 de janeiro de 2025.

SPADIM, Bárbara Cristina de Léo; MENDONÇA, Carolina Siqueira; CYRINO, Eliana Goldfarb. **O nome era de homem, mas era um corpo de mulher: a população transexual na Estratégia Saúde da Família. Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, v. 28, n. 1, p. 112-123, 2024. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/icse/a/8L4BQk39nVVdXGNfdGpdnNL/>>. Acesso em 26 de janeiro de 2025..

TEIXEIRA, Júlia Magna da Silva; PAIVA, Sabrina Pereira. **Violência contra a mulher e adoecimento mental: Percepções e práticas de profissionais de saúde em um Centro de Atenção Psicossocial. Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 31, p. 1-18, 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/physis/a/7CRjQTCrkX7RXrC7XFT3jDs/>>. Acesso em 26 de janeiro de 2025.

VARGA, István Van Deursen; CARDOSO, Raimundo Luís Silva. **Controle da hipertensão arterial sistêmica na população negra no Maranhão: problemas e desafios. Saúde & Sociedade**, v. 25, n. 2, p. 460-471, 2016. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/g4dmWyMK5Ysnr3c5Z69hQhS/abstract/?lang=pt>>. Acesso em 26 de janeiro de 2025.

VESCOVI, Gabriela et al. ***Saúde mental na gestação, no nascimento e na primeira infância: análise crítica de políticas públicas brasileiras***. Cadernos de Saúde Coletiva, v. 30, n. 2, p. 1-15, 2022. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/cadsc/a/4sKDBRVkYKZNfW3Jr3Yt9tp/>>. Acesso em 26 de janeiro de 2025.

VIEIRA, Elisabeth Meloni et al. **Conhecimento e atitude dos profissionais de saúde em relação à violência de gênero**. Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 12, n. 3, p. 451-459, 2009, São Paulo. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbepid/a/sMnyxHCSYRDsmRMOZprLWqd/abstract/?lang=pt>>. Acesso em 26 de janeiro de 2025.

XIMENES. Daniel de Aquino. **Implementação de Políticas Públicas - Questões sistêmicas, Federativas e Intersetoriais**. Enap, 2018. pag 15. Disponível em: <<https://repositorio.enap.gov.br/jspui/handle/1/3364>>.

WERNECK, Jurema. **Racismo institucional e saúde da população negra**. 2016. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Comunicação, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/bJdS7R46GV7PB3wV54qW7vm/?format=pdf&lang=pt>> . Acesso em 26 de janeiro de 2025.

7. ANEXOS

Anexo 1 - Atuação dos BNRs nas Políticas públicas de saúde da mulher.

Programa/Política/Lei	Objetivos Principais	Comportamento dos Profissionais de Saúde
Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM) - 1981	Promover o aleitamento materno nos primeiros seis meses de vida do bebê.	Ao analisar os estudos que tratavam sobre a atuação dos BNR's na implementação do PNIAM, destaca-se que, em geral, profissionais enfrentam dificuldades para atingir os índices recomendados pela OMS e UNICEF devido a desafios estruturais e à falta de sensibilização. O estudo, especificamente apresentou que os materiais destinados aos profissionais tendem a falar da mulher como sujeito de crenças, cultura e contextos de vida para além do aleitamento materno, enquanto os materiais destinados às próprias mulheres utilizam amplamente uma linguagem que objetifica a mulher no processo de amamentação e desmame, deixando transparecer a ideia de que é seu dever atuar para a conquista da saúde física, mental e emocional de seus filhos. Dessa forma mostrando divergência nas atribuições dos profissionais o que dificulta mais ainda o entendimento da sua atuação.
Programa de Saúde da Família (PSF) - 1991	Promoção de saúde biopsicossocial de forma integral, generalista.	Ao analisar a ação dos BNR's no que diz respeito a implementação do PSF, observou-se que o Ministério da Saúde reconhece que os profissionais não estão preparados para assistir mulheres vítimas de violência sexual, e a maioria dos serviços de saúde não está equipada para diagnosticar, tratar e prevenir essa violência. Os profissionais tendem a resolver os casos de forma isolada, sem considerar as dimensões particular e estrutural. Isso reflete o receio de lidar com o tema. Além disso, a falta de uma estrutura organizada nos serviços para atendimento preventivo e curativo contribui para as dificuldades enfrentadas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que sentem impotência e desorganização ao tratar desses casos.

<p>Convenção de Belém - 1994</p>	<p>Prevenir, e erradicar a violência contra a mulher, aumentar serviços de atendimento.</p>	<p>Estudos indicam que os profissionais de saúde veem a violência como uma questão das áreas de Segurança e Justiça. Desse modo têm medo de se envolver e se limitam a tratar lesões físicas, sem receber educação sobre o tema. A conduta deles frente à violência é marcada pelo não acolhimento das necessidades ou encaminhamento inadequado às especialistas, resultando em respostas insatisfatórias para as mulheres. Observa-se também o desconhecimento sobre a frequência das lesões corporais em mulheres agredidas e a falta de uma política institucional que implemente rotinas adequadas nos serviços. A maioria dos profissionais considera ser papel do médico ou enfermeiro encorajar as vítimas a deixar a situação de violência e fornecer endereços de outros locais de atendimento.</p>
<p>Programa Nacional de Controle do Câncer de Colo do Útero e da Mama Viva Mulher (PVM) - 1996</p>	<p>Rastreamento e tratamento do câncer de mama e colo do útero.</p>	<p>Ao implementar o PVM, é reconhecido os esforços e as estratégias dos profissionais das UBSs para manter o compromisso com as usuárias e realizar exames preventivos, mesmo na falta de materiais do Programa. Essas ações podem ser determinantes para aumentar a cobertura. Os profissionais são orientados a evitar julgamentos ao comunicar diagnósticos, garantindo uma abordagem acessível que melhora a adesão ao tratamento. As diretrizes do Programa visam permitir o acesso da mulher aos serviços de saúde, capacitar os profissionais, normalizar procedimentos e controles de qualidade, e motivar a mulher a cuidar da sua saúde, além de fortalecer e aumentar a eficiência no controle do câncer. É necessário que os profissionais sejam sensibilizados sobre a importância da detecção precoce do câncer de mama, realizem o exame clínico das mamas com segurança e se sintam aptos a ensinar o autoexame às mulheres.</p>
<p>Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) - 2000</p>	<p>Incentivar atendimento obstétrico integral e garantir os direitos de escolha da mulher.</p>	<p>Os achados revelaram que não há padronização nos exames requisitados às gestantes, com cada profissional se orientando por referências que vão do Manual do Pré-natal do Ministério da Saúde às experiências adquiridas durante a formação. Apesar das dificuldades dos profissionais de enfermagem na atenção pré-natal e na implementação das</p>

		normas do Ministério da Saúde, o atendimento pré-natal pelos enfermeiros foi efetivado na rede básica. A Associação Brasileira de Obstetristas e Enfermeiras Obstétricas (ABENFO) tem exercido um papel importante na elaboração de políticas nacionais de formação e atenção à mulher, além de normas técnicas baseadas em evidência científica e perfis de competências básicas para enfermeiros e obstetristas no atendimento à mulher e ao neonato.
Lei nº 10.778/2003 - Notificação compulsória - 2003	Estabelecer notificação compulsória de casos de violência contra mulheres.	Referente a implementação da notificação compulsória, os profissionais de saúde reconhecem a violência contra a mulher como um problema crescente e silenciado, mas devido à falta de protocolos e medo da interface exteriores, esses profissionais resistem a registrar casos sensíveis. Dificuldades em critérios de avaliação, como em casos de alienação parental, comprometem o atendimento às vítimas, lacunas na formação, subfinanciamento, estruturas inadequadas, falta de profissionais e desconhecimento da ficha compulsória também prejudicam a assistência e reforçam o controle da sexualidade feminina. Moreira et al. (2018) apontam que a complexidade da violência sexual gera insegurança no atendimento.
Política Nacional de Humanização em Saúde - 2003	Focada na humanização da assistência à saúde, com ênfase no acolhimento, escuta empática e diálogo entre profissionais e usuárias.	Ao tratar da implementação da Política Nacional de Humanização em Saúde, têm-se que a abordagem interdisciplinar ainda não está completamente institucionalizada. Observou-se ainda que muitos profissionais não recebem treinamento específico sobre humanização, o que faz com que o atendimento dependa mais do bom senso e da empatia individual do que de um protocolo formal. Embora haja sensibilização para a humanização, persistem falhas na implementação, resultando em comportamentos que levam à desumanização do atendimento.
Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM) - 2004	Implantar políticas de enfrentamento da violência com atendimento integral e humanizado.	No que tange o comportamento e atuação dos BNR's na implementação do PNPM, destaca-se que os profissionais percebem a violência contra a mulher como uma problemática atual que ainda precisa ser enfrentada, muitas vezes silenciada e que, ao mesmo tempo, cresce epidemiologicamente, gerando opiniões

		divergentes sobre as causas do aumento dos casos. Eles reconhecem a importância do vínculo e da “escuta atenta”, afirmando que a construção de uma relação com as pessoas que buscam cuidados é fundamental para identificar mudanças, seja pelo conhecimento da história da usuária ou pela confiança estabelecida. No entanto, mesmo assim, sentem-se despreparados e possuem uma formação superficial sobre o tema, o que certamente vai influenciar de forma negativa na implementação do plano.
Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) - 2004	Promover a saúde integral das mulheres, abordando a violência como uma demanda de saúde.	Referente a implementação da PNAISM, apresentou-se que nas investigações científicas com profissionais do campo da saúde da mulher vêm identificando obstáculos para a construção da integralidade do cuidado. As equipes multiprofissionais, cuja formação se dá sob sujeição ideológica referenciais de saber e poder, desenvolvem, sobretudo, ações de caráter biológico dirigidas à saúde sexual e reprodutiva. No discurso das(os) profissionais, o serviço de saúde está organizado sob o modelo clínico que não consegue dar respostas efetivas às necessidades mais imediatas das mulheres, tampouco ampliar o olhar sobre as demandas resultantes do contexto social, tornando-se, assim, um lugar de constrangimento e desrespeito às mulheres.
Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal 2004	Reduzir as taxas de mortalidade materna e neonatal.	Dentro da implementação do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, foi identificado que os profissionais são criticados por promover cesarianas sem indicação adequada e por reforçar normas patriarcais relacionadas à maternidade e aos laços familiares. Destaca-se o papel do enfermeiro obstetra e os desafios que enfrenta para contribuir com a qualidade de vida e saúde da mulher em idade fértil. Essa assistência de baixa qualidade inclui o despreparo de muitos profissionais de saúde no pré-natal, abortamento e momentos críticos de emergência obstétrica, além da falta de condições estruturais básicas, como leitos. A omissão é evidenciada pela falta de implementação de leis e políticas, refletindo na baixa qualidade da assistência e na violência institucional praticada por diversos profissionais de saúde. Em geral, essa violência permanece invisível nos serviços, assim como as mortes

		maternas, parte da cultura institucional que desvaloriza a vida e a saúde das mulheres, que em sua maioria são de baixa renda, sem escolaridade, mestiças e afrodescendentes.
Lei Maria da Penha (Lei 11.340/2006) 2006	Estabelece medidas de proteção às mulheres em situação de violência doméstica e familiar.	No que tange a Lei Maria da Penha, considerada uma das três leis mais avançadas do mundo no combate à violência contra as mulheres e, a partir dela, diversas políticas públicas foram propostas no Brasil. No entanto, observa-se um lapso entre a lei e a prática nos serviços. Os profissionais entrevistados demonstraram conhecer muito pouco sobre as políticas públicas relacionadas a esse tema, especialmente sobre a Lei Maria da Penha e as medidas protetivas. Há uma necessidade urgente de capacitação para incorporar a perspectiva de gênero no atendimento à saúde da mulher. Embora muitos profissionais reconheçam a vulnerabilidade feminina, há resistência em considerar as especificidades de gênero no cuidado diário. Enquanto alguns ainda seguem o modelo biomédico, outros reconhecem a necessidade de mudanças.
Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (P. MS nº 992/2009) 2009	Promover a saúde integral da população negra, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais e o combate ao racismo no SUS.	Ao analisar os artigos que tratavam sobre a implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, identificou-se que os profissionais de saúde enfrentam falta de treinamento específico para lidar com as necessidades da população negra. O comportamento preconceituoso ou a falta de compreensão sobre as especificidades é um problema, em relação a integrantes de grupos subordinados e dificultando o estabelecimento de relações de confiança, seja entre profissionais e usuários, ou entre estes e os serviços e todo o sistema de saúde, mas há oportunidades de melhorar através de capacitações e protocolos adequados.
Rede Cegonha - 2011	melhorar o atendimento às mulheres durante a gravidez, parto, pós-parto, aos recém-nascidos e crianças até dois anos de idade.	Observando os estudos sobre a atuação do BNR's na implementação da Rede Cegonha, constatou-se que ainda persiste um padrão de trabalho padronizado, limitando a atuação dos profissionais e inibindo ações mais criativas e próximas das gestantes. Na ESF, os profissionais relatam um modelo que valoriza a produção quantitativa de "procedimentos" em detrimento

		do cuidado integral, influenciado pela escassez e rotatividade de membros da equipe, o que dificulta a criação de vínculos. Embora a APS deva incluir a prevenção por meio de grupos, como gestantes e puérperas, a alta demanda por atendimento rápido e o número reduzido de profissionais tornaram esse desenvolvimento uma prioridade baixa. Além disso, há falta de informação e capacitação tanto dos profissionais quanto das gestantes sobre políticas públicas. Os profissionais apontam que a unidade de saúde não está cumprindo seu papel de promover ações preventivas, como visitas domiciliares.
Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais - Portaria . nº 2.836, de 1º dez 2011	Promover a equidade na atenção à saúde desta população. Educação permanente dos trabalhadores do SUS para qualificação no atendimento.	Referente a atuação dos BNR's na implementação da Portaria nº 2.836, de 1º de dez 2011, observou-se que os profissionais relataram não ter recebido cursos sobre a população transexual durante a especialização, resultando em conhecimento escasso e dificuldades no acolhimento e uso correto de pronomes. A violência institucional é evidente, com desrespeito ao nome social e preconceitos nos serviços de saúde, refletindo um preconceito social enraizado. A falta de capacitação é um obstáculo significativo, contribuindo para a baixa acessibilidade da população transexual aos serviços e a estigmatização dos profissionais. A ausência de equidade e o acolhimento é exacerbado pela escassez de formação. Observa-se que o conhecimento sobre a população transexual é limitado, evidenciando a falta de entendimento sobre como oferecer cuidados adequados, incluindo confusões sobre identidade de gênero.
Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres (Decreto 7.958/2013)	Diretrizes para atendimento humanizado às vítimas de violência sexual. acolhimento, atendimento multiprofissional, exames, coleta de vestígios e orientação sobre direitos.	Analisando os estudos que tratavam sobre a atuação dos BNR's na implementação da Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, identificou-se que alguns profissionais demonstram medo e relutância em atender e notificar casos de violência, especialmente em áreas rurais, o que é passível de novas pesquisas para compreensão desse fenômeno. A abordagem intersetorial é vista como positiva, mas há falta de treinamento formal e protocolo estabelecido, o que pode prejudicar o atendimento adequado. A revitimização das mulheres nos serviços ainda é

		um problema recorrente.
Estatuto da Pessoa com Deficiência (Lei 13.146/2015) - 2015	destaca a vulnerabilidade das mulheres com deficiência e garante tratamento protetivo, assegurando seus direitos humanos, especialmente na saúde.	Ao implementarem as políticas públicas que constam no Estatuto da Pessoa com Deficiência, os profissionais de saúde demonstram desconhecimento e despreparo para atender adequadamente mulheres com deficiência, muitas vezes focando apenas na deficiência em si, sem considerar as necessidades ginecológicas e de saúde em geral. Barreiras estruturais e a falta de adaptação das unidades de saúde dificultam o atendimento adequado e equitativo a essas pacientes.
Programa Casa das Mulheres - 2015	Acolher, informar e orientar mulheres em situação de violência. Construir um banco de dados sobre violência contra as mulheres	No que concerne a atuação dos BNR's na implementação de diretrizes do Programa Casa das Mulheres, destaca-se que esses profissionais apresentaram recusas no atendimento e acompanhamento de casos de violência sexual, por medo de interface com o judiciário. Há negligência, violência institucional e procedimentos incorretos em atendimentos. Profissionais das USF desconhecem protocolos de acolhimento e encaminhamento para casos de violência sexual. Em contraponto os Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) se destacaram na notificação compulsória de violência.
Portaria Ministerial nº467/2020 (Telemedicina COVID-19)	Implementar ações de telemedicina para enfrentamento da pandemia.	Conforme análise, nem todas as mulheres foram beneficiadas com o teleatendimento, especialmente as mais vulneráveis. A telessaúde foi eficaz, mas ainda está em estágio inicial e limitada no contexto da saúde pública no Brasil, o que não é um impedimento para realizar estudos mais aprofundados, considerando que já estamos em 2025.