

Implementação da política de atenção à saúde do homem no Nordeste: dialogando com gestores, trabalhadores e usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) em Pernambuco, Brasil

Implementation of men's health care policy in the Northeast of Brazil: dialoguing with Brazilian National Health System (SUS) managers, workers and patients in Pernambuco, Brazil (abstract: p. 19)

Implementación de la política de atención a la salud del hombre en el Nordeste: diálogo con gestores, trabajadores y usuarios del Sistema Brasileño de Salud (SUS) en el Estado de Pernambuco, Brasil (resumen: p. 19)

Benedito Medrado^(a)

<benedito.medrado@ufpe.br> 

Jorge Lyra^(b)

<jorge.lfonseca@ufpe.br> 

Patricia Caetano^(c)

<patricia.caetano@ufpe.br> 

Juliana Keila Jeremias da Silva^(d)

<juliana.keila@ufpe.br> 

continua pág. 16

^(a, b)Departamento de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Centro de Filosofia e Ciências Humanas (CFCH), Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Avenida da Arquitetura, s/n., 7º andar, Cidade Universitária. Recife, PE, Brasil. CEP: 50740-550.

^(c, d)Departamento de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Núcleo Feminista de Pesquisas em Gênero e Masculinidades, CFCH, UFPE. Recife, PE, Brasil.

continua pág. 16

Este estudo integra uma pesquisa multicêntrica de abordagem qualitativa cujo objetivo foi analisar a implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) no Nordeste do Brasil, com foco no estado de Pernambuco e sua capital, Recife. Adotamos um modelo operacional de análise de políticas públicas para investigação do contexto e processos de implementação, bem como conteúdos e atores envolvidos. Entre os principais resultados estão: a) a construção de memórias sobre a história da política ressalta a fragilidade da política na Região dada sua não institucionalização como política de estado; b) há escassez de recursos por ausência de indicadores; c) a alta rotatividade em cargos de liderança prejudica a continuidade dos trabalhos; d) as diferentes formas de registro nos municípios compromete a uniformidade das informações; e e) há necessidade de formações contínuas para equipes de saúde.

Palavras-chave: Políticas de saúde. Homens. PNAISH.

Introdução

Pesquisas no âmbito da saúde coletiva enfatizam que há resistência, entre os homens, para o cuidado preventivo e para a procura por atenção médica. Esses estudos sinalizam que tal dinâmica está diretamente relacionada a padrões culturais de gênero, pautados em um modelo ideal de masculinidade invulnerável¹⁻⁵. Essa literatura aponta, ainda, que houve avanços desde a implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) tanto na gestão pública quanto na sociedade em geral, que concebe – com alguma resistência – o debate sobre gênero e saúde. No escopo das gestões, há o reconhecimento de demandas e necessidades de saúde dos homens, mas a melhoria dos indicadores de saúde desta população ainda apresenta dificuldades para mensuração. A baixa articulação entre os diferentes níveis de atenção e a falta de ações contínuas para a conscientização da população masculina permanecem sendo desafios relevantes⁶.

Vale lembrar que a PNAISH foi instituída em 2009 com o objetivo de promover ações que contribuam para redução de agravos à saúde dos homens e para a compreensão acerca das condições de saúde da população masculina, considerando sua diversidade e variados contextos socioculturais e político-econômicos. Na mesma medida, o documento que institui a política evidencia a importância de respeitarmos diferentes níveis de desenvolvimento e organização dos sistemas locais de saúde e tipos de gestão, o que remete, invariavelmente, a um olhar especial sobre condições territoriais⁷.

Neste sentido, esta pesquisa teve por objetivo produzir uma análise da implementação da PNAISH, tendo como foco a Região Nordeste, a partir de diálogos com diferentes interlocutores, em Recife, capital de Pernambuco. Como objetivos específicos, buscamos: a) analisar aspectos relativos ao contexto (memórias, experiências, etc.) que configura a implementação da PNAISH no Nordeste; b) analisar aspectos relativos aos processos (ações e estratégias) que se configuram nessa implantação; e c) analisar os conteúdos (princípios, temas e focos) e os lugares (atores/ atrizes) que se configuram nessa implantação.

Este artigo é um produto do projeto “Análise da implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem”⁸, coordenado pelo Núcleo Feminista de Pesquisas em Gênero e Masculinidades, da Universidade Federal de Pernambuco (Gema/UFPE).

Caracterização do problema

Em linhas gerais, a região Nordeste, assim como as outras regiões, apresenta uma maior expectativa de vida para as mulheres em comparação com a dos homens. A figura 1, a seguir, permite observar que a expectativa de vida das mulheres em 2000 (71,4 anos) é sempre superior, mesmo quando comparada à expectativa de vida dos homens em 2018 (69,8 anos).

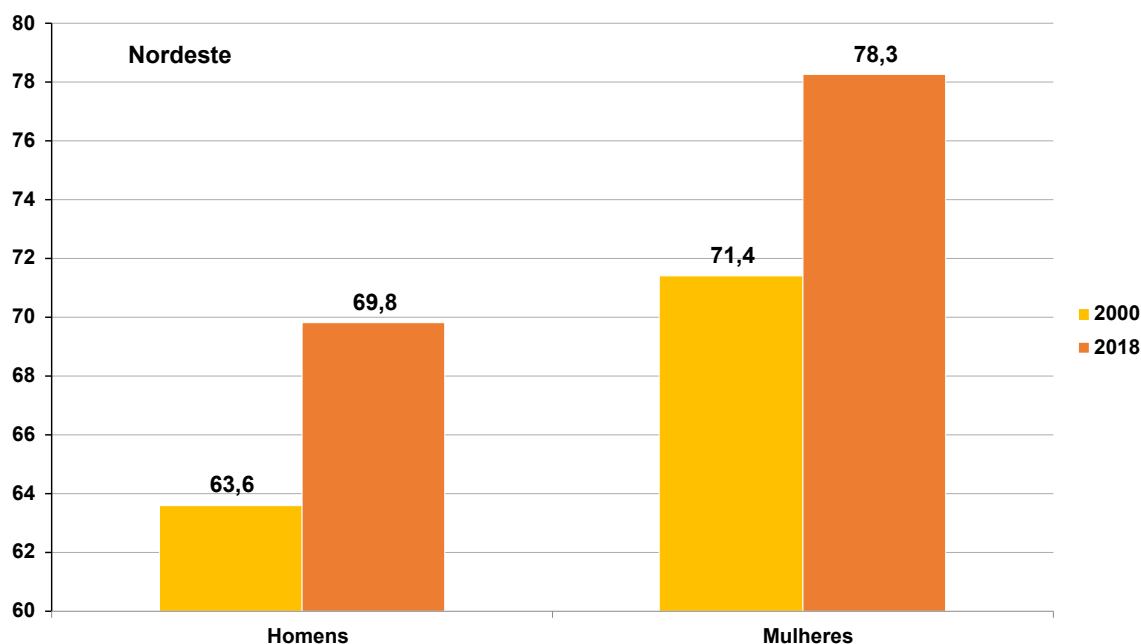


Figura 1. Expectativas de vida de mulheres e homens na região Nordeste do Brasil (2000 e 2018).

Fonte: IBGE.

No que diz respeito à taxa de mortalidade dos homens na região Nordeste, conforme figura 2, existe uma leve ascensão na curva, com pico em 2016. Em relação às outras regiões, em 1998 o Nordeste apresentava a quarta maior taxa e chegava à terceira maior em 2018. Observamos que esse movimento de pequena oscilação se deu em todas as demais regiões.

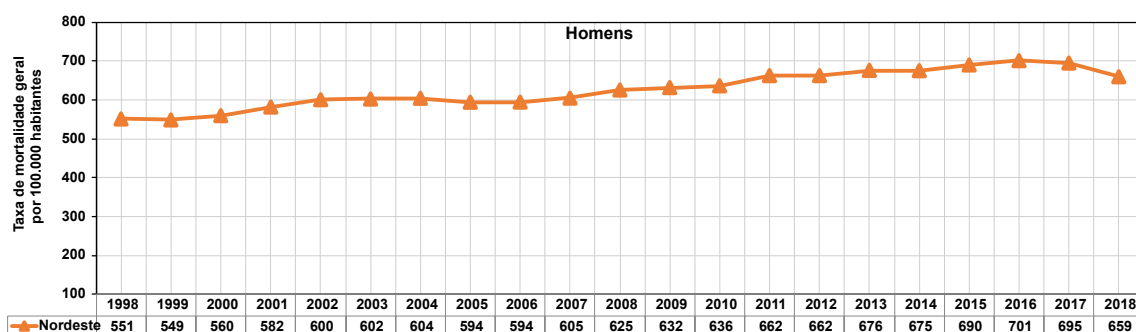


Figura 2. Taxa de mortalidade, por 100 mil habitantes, da população masculina, no Brasil segundo região (1998 a 2018).

Fonte: MS/SVS/CGIAE – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

A seguir, a figura 3 ilustra informações sobre a dimensão racial do Nordeste. Esta região segue tendência nacional com relação à taxa de mortalidade de acordo com raça/cor. Os homens negros (pretos e pardos) morrem mais quando comparados aos homens das demais raças/cores, em especial, a homens amarelos. Importante destacar que a classificação de homens amarelos teve mudança ao longo dos anos, podendo esse processo de autoidentificação ter interferido na produção dos dados.

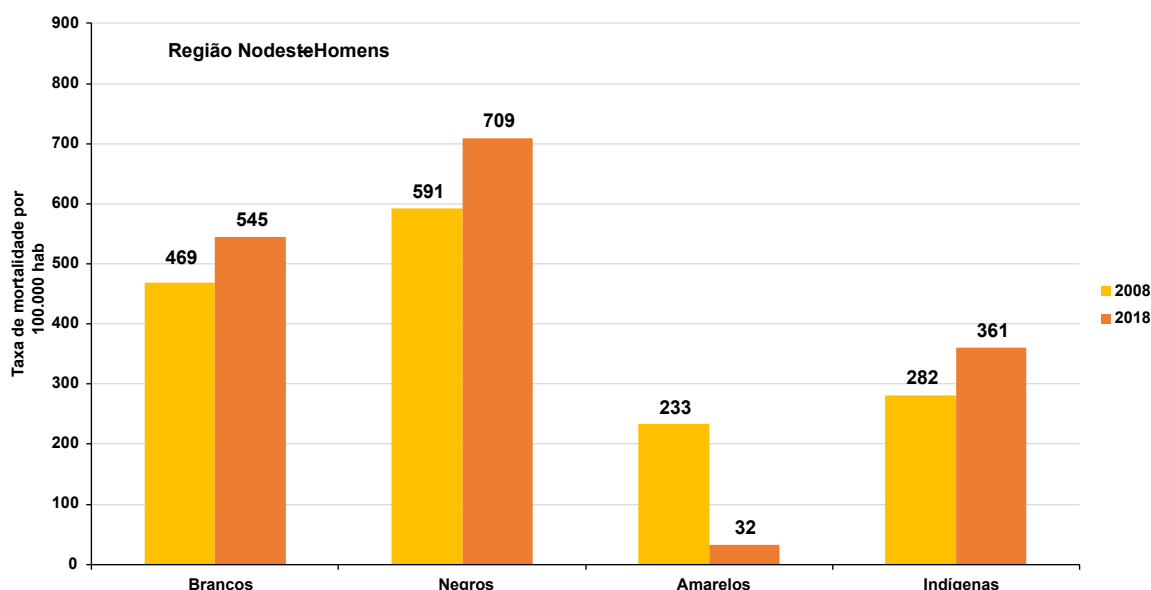


Figura 3. Taxa de mortalidade, por 100 mil habitantes, da população masculina na região Nordeste do Brasil, segundo cor/raça (2008 e 2018).

Fonte: MS/SVS/CGIAE – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

Entre as principais causas de mortalidade dos homens na região Nordeste, percebemos que, em 1998 (conforme figura 1) e em 2018 (conforme figura 2), destacam-se as doenças do aparelho circulatório, dado que vai na mesma direção da tendência brasileira. Porém, em 1998, doenças do aparelho circulatório estavam na segunda posição, que passou a ser ocupada, em 2018, por causas externas de mortalidade, em consonância com dados nacionais.

Tabela 1. Comparação das três maiores taxas de mortalidade por 100 mil habitantes entre os homens no ano de 1998, nacional e por região.

Maiores taxas 1998	Brasil	Norte	Nordente	Centro-Oeste	Sudeste	Sul
1ª	Doenças do aparelho circulatório	Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e laboratoriais	Sintomas sinais e achados anormais exame clínico e laboratorial	Doenças do aparelho circulatório	Doenças do aparelho circulatório	Doenças do aparelho circulatório
2ª	Causas externas de morbidade e mortalidade	Causas externas de morbidade e mortalidade	Doenças do aparelho circulatório	Causas externas de morbidade e mortalidade	Causas externas de morbidade e mortalidade	Neoplasias (tumores)
3ª	Sintomas sinais e achados anormais exame clínico e laboratorial	Doenças do aparelho circulatório	Causas externas de morbidade e mortalidade	Neoplasias (tumores)	Neoplasias (tumores)	Causas externas de morbidade e mortalidade

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

Tabela 2. Comparação das 3 maiores taxas de mortalidade por 100 mil habitantes entre os homens no ano de 2018, nacional e por região.

Maiores taxas 2018	Brasil	Norte	Nordente	Centro-Oeste	Sudeste	Sul
1ª	Doenças do aparelho circulatório	Causas externas de morbidade e mortalidade	Doenças do aparelho circulatório	Doenças do aparelho circulatório	Doenças do aparelho circulatório	Doenças do aparelho circulatório
2ª	Causas externas de morbidade e mortalidade	Doenças do aparelho circulatório	Causas externas de morbidade e mortalidade	Causas externas de morbidade e mortalidade	Neoplasias (tumores)	Neoplasias (tumores)
3ª	Neoplasias (tumores)	Neoplasias (tumores)	Neoplasias (tumores)	Neoplasias (tumores)	Causas externas de morbidade e mortalidade	Causas externas de morbidade e mortalidade

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

No que se refere à morbidade masculina, informações disponibilizadas pelo DATASUS do Ministério da Saúde, no Sistema de Informação Hospitalares do SUS (SIH/SUS), evidenciam que, no Nordeste, as taxas de internação por lesões, envenenamento e outras causas externas sofreram queda na primeira década de análise, porém, nas décadas seguintes, voltaram a liderar o *ranking* de causas de morbidade.

As causas externas possuem as taxas mais elevadas de internação entre as populações de homens pretos, pardos e amarelos. Já as doenças do aparelho respiratório e digestivo se destacam com as taxas também elevadas entre todas as populações de homens. Aqui destacamos que, entre os indígenas, a principal causa de internação são as doenças do aparelho respiratório. Essas especificidades devem ser mais bem trabalhadas em políticas públicas voltadas para a saúde dos homens, para que possa ser oferecido o cuidado que contemple as peculiaridades da população masculina.

O interessante ao dialogarmos sobre essas taxas e estimativas é que as informações disponíveis nas bases de dados são limitadas em relação a alguns aspectos. Por exemplo, particularidades relacionadas a identidades de gênero e/ou a orientações sexuais não são acessadas por essas bases. Para que tais informações pudessem ser obtidas, a presente pesquisa exigiria a produção de dados primários, o que ultrapassa o escopo e objetivos deste trabalho.

Nesse sentido, é importante reconhecer que as informações aqui apresentadas são oriundas de base de dados orientadas por um viés cis-heteronormativo que invisibiliza populações e experiências para uma plena implementação de políticas públicas em saúde. Ainda assim, fornecem ricas informações que permitem produzir trilhas de análise profícuas. Esse panorama geral nos ajuda a compreender a complexidade que é o desafio de implementar uma política nacional em saúde, que implica em análises que vão além dos números. É necessária uma leitura que inclua a concepção de contextos, processos e trajetórias.

Corpus da pesquisa

Desenvolvemos uma pesquisa de caráter exploratório e de abordagem qualitativa que resultou em análises que não se pretendem generalizáveis ou representativas. Apresenta-se, sobretudo, como uma interpretação das informações produzidas a partir de diálogos com diferentes interlocutore(a)s à luz de reflexões ético-políticas e conceituais.

Essas reflexões tomam como base uma leitura psicossocial que define masculinidade como construção de gênero e que busca compreender, por meio de pesquisas, os usos e efeitos que práticas sociais – inclusive as institucionais – produzem a partir do exercício constante da binariedade e da desigualdade de gênero: “Apostamos, ao contrário, na complexa teia que define as relações de gênero, que nos aponta mais para a diversidade do que para a diferença, como resposta à dicotomia e à desigualdade”⁹ (p. 819).

A partir dessa leitura mais ampla, esta pesquisa foi conduzida com base em princípios da análise operacional de políticas públicas, bem como a partir da utilização da triangulação metodológica e de pesquisadores, considerada uma estratégia relevante em pesquisas psicossociais em saúde. Tal abordagem justifica-se pela natureza complexa e multidimensional das questões investigadas, dos contextos envolvidos e do(a)s interlocutore(a)s participantes. Esse procedimento permite examinar o fenômeno sob diferentes perspectivas, proporcionando uma compreensão mais abrangente, integrada e dialógica.

A triangulação metodológica pode, segundo Saupe e Wendhausen¹⁰, ser interna a um determinado método em uma pesquisa qualitativa que usa mais de uma técnica ou em nível de maior complexidade (quando combina métodos quantitativos e qualitativos). Nesta pesquisa é adotada a triangulação interna (entrevistas e rodas de conversa) e externa (dados quali e quanti) ao método qualitativo, bem como triangulação de pesquisadore(a)s na produção e na análise das informações, que se caracteriza pelo envolvimento de diferentes estudiosos(a)s, seja na realização da coleta de dados por diferentes meios, seja no processo de análise por diferentes pesquisadores sobre as mesmas informações¹¹.

O *corpus* de análise integra a base de dados de pesquisa mais ampla. Nesta produção, destacamos o material produzido junto a gestores/as, trabalhadores/as e usuários do SUS, em território situado na região Nordeste. Foram realizadas entrevistas narrativas com uma gestora estadual, uma gestora municipal e um ex-gestor municipal. Também foram entrevistado(a)s sete trabalhadore(a)s em saúde que atuam diretamente em serviço voltado à população masculina em uma Unidade de Saúde da Família (USF) de Recife, sendo cinco agentes comunitários de saúde, uma fonoaudióloga e um técnico de saúde bucal. Realizamos ainda uma roda de conversa com cinco homens usuários dessa USF.

Adicionalmente, realizamos entrevistas com 14 potenciais usuários do serviço, homens que, por diferentes condições ou contingências, não acessam os serviços voltados à saúde do homem. Estes foram convidados a participarem da pesquisa, sem qualquer critério adicional. Assim, entrevistamos um homem com deficiência, um homem pai, um homem homossexual, um que se definia como “bicha”, um homem

jovem e um idoso. Para acessar outros homens, tais como homem autor de violência, homem vivendo com HIV, homem usuário de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) – incluindo CAPS Álcool e outras Drogas), homem privado de liberdade e o homem trans, foi necessário mediar o contato a partir de algumas instituições às quais estes homens estão vinculados. Para a realização da entrevista com um homem em situação de rua, foram abordados homens nas ruas, em seus locais de descanso, etc. Quanto à autoidentificação de raça/cor, a maioria dos participantes se definiu como pardo.

A produção de todas essas informações foi realizada entre 2018 e 2019, sempre conduzida por duplas de pesquisadores, em sessões gravadas em áudio e transcritas para posterior análise. Os resultados foram apresentados em 2021, em relatório, para a Coordenação Nacional de Saúde do Homem (COSAH).

Vale ressaltar que a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) com seres humanos do Centro de Ciências da saúde da Universidade Federal de Pernambuco (CCS/UFPE – Parecer n. 2.608.485). Portanto, a metodologia empregada segue as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos do Conselho Nacional de Saúde (CNS) – Resolução CNS n. 466/2012 – e a Resolução CNS n. 510/2016, que orienta sobre especificidades éticas das pesquisas nas ciências humanas e sociais e de outras que se utilizam de metodologias próprias dessas áreas.

Procedimentos de análise

A partir dessa complexa compreensão sobre as práticas discursivas a serem produzidas e analisadas ao longo desta pesquisa, definimos a análise de política, inspirados em José Luiz de Araújo Júnior¹² e em Jorge Lyra¹³, como uma abordagem de estudo que permite formar uma opinião acerca das políticas públicas. Segundo os autores, a análise se caracteriza como uma categoria de investigação com metodologia própria, que deve ser claramente delineada e explicitada, pois reflete formas específicas de compreender as políticas públicas.

Utilizamos esse modelo operacional para análise como uma ferramenta para o tratamento das informações obtidas via entrevistas ou via documentos. Ainda, na perspectiva da análise, são considerados os discursos oficiais e não oficiais que sustentam as políticas públicas, ou seja, seus discursos explícitos e implícitos, compreendendo, inclusive, a não política como uma política. Desse modo, é possível que a ausência de ações e estratégias ou o silêncio acerca de uma determinada questão pode também consistir em uma estratégia de ação, ainda que precária.

Do ponto de vista operacional, para análise das informações, foram definidas questões centrais comuns às entrevistas, que consideramos fundamentais, tomadas como dimensões norteadoras. A partir dessas dimensões, foram pensados os eixos de análise, conforme detalha a figura 4:

Dimensão sociocultural	Dimensão relacional e das práticas	Dimensão programática ou institucional
• Sentidos de saúde • Sentidos de masculinidade e de “ser homem” • Determinantes sociais	• Práticas de autocuidado • Redes de apoio informais	• Acesso e acolhimento • Atendimento no serviço • Redes de apoio formais • Serviço específico para saúde do homem • Expectativas de um “bom serviço”

Figura 4. Dimensões e eixos de análise do componente Conteúdo.

Ressaltamos que os referidos elementos são norteadores e não foram transpostos como categoria analítica para a apresentação dos resultados. As dimensões e eixos serviram ao processo de análise referente ao conteúdo. Os resultados tratam do componente “Conteúdo”, assim como “Atores e atrizes” da política e “Contexto”, segundo contribuição do modelo de análise de políticas anteriormente citado. A análise e discussão dos resultados trazem o diálogo entre esses eixos e dimensões, de forma imbricada, nas produções discursivas.

Definidos os eixos de análise, foram elaboradas as descrições, que se constituem em uma sentença autoexplicativa que conduz o desenvolvimento das categorias de análise. Para elucidar melhor esse ponto, segue modelo de como construímos as definições dos eixos e as categorias:

Tabela 3. Exemplo de eixos, definição e categorias de análise.

Eixos	Definição	Categorias
Sentidos de saúde/sentidos da política	O que pensam os entrevistados sobre saúde e sobre a PNAISH	1. Trabalho baseado na reprodução da PNAISH 2. Personificação da PNAISH 3. Perspectiva de saúde integral

A partir dessa tabela, podemos ver que as categorias são as unidades de análise que respondem, a partir das narrativas do(a)s interlocutore(a)s, às nossas questões disparadas nas definições dos eixos.

Resultados e discussão

Os resultados aqui apresentados são, antes de tudo, fragmentos de uma pesquisa de abordagem exploratória e qualitativa. Portanto, assumindo as limitações de um estudo dessa natureza, não há aqui a pretensão de apresentarmos resultados conclusivos, mas sim a de compartilhar informações e análises importantes e que podem contribuir para o desenvolvimento de futuras pesquisas acadêmicas sistemáticas ou mesmo debates sobre desenvolvimento da PNAISH no âmbito da gestão pública.

Institucionalização e resgate da memória da PNAISH no estado e município

Vale salientar que não identificamos, com nossos interlocutores e interlocutoras, um documento que apresentasse um relato sobre a história formal de institucionalização da política de saúde do homem nem em Pernambuco, nem na capital Recife. Assim, para facilitar uma compreensão mais ampla, solicitamos informações sobre gestores/as anteriores, a partir de exercício de memória, que nos permitiram montar o quadro apresentado a seguir:

Tabela 4. Relação de gestores municipais, estaduais e nacionais produzida a partir do exercício de memória construído com gestores estaduais e municipais de Pernambuco e Recife em 2019.

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Gestão da PNAISH Recife					Lúcia Barbosa		Bruno Hélio		Rafaela Marques			
Gestão da PNAISH Pernambuco		Lucyana Moreira (Saúde do Homem e do Idoso)						Valéria Pastor (Saúde do Homem e do Idoso)				
Governo Recife	João Paulo (2001-2008)	João da Costa (2009-2012)				Geraldo Júlio (2013-2020)						
Governo Pernambuco	Eduardo Campos (2007-2014)							João Lyra (2014-2015)	Paulo Câmara (2015-2018)			
Governo federal	Lula II (2007-2010)			Dilma Rousseff I (2011-2014)				Dilma Rousseff II (2011-2014)		M. Temer (2017-2018)		J. Bolsonaro (2019-2022)

Fonte: Acervo da pesquisa.

De acordo com participantes de nossa pesquisa, não existe uma institucionalização formal de uma política municipal em virtude da não existência de uma portaria que a institua. Desse modo, no que compete à esfera municipal, além da limitação financeira, a implantação e execução das propostas em grande medida depende do interesse e da sensibilização dos profissionais, devido à ausência de uma institucionalização formal. Quanto ao estado, o único documento que remete à institucionalização da Gerência de Saúde do Homem e do Idoso refere-se à portaria que faz uma mudança no nome da gerência, mas não se sabe ao certo a data em que isso aconteceu.

Esse é um aspecto relevante para nossas reflexões, considerando que a ausência de institucionalização por meio de documentos formais pode resultar na dependência do interesse individual de profissionais e gestores, além de criar barreiras adicionais para a execução uniforme das políticas¹⁴.

Além disso, segundo nossos interlocutores(a)s, em âmbito municipal, somente em 2014 (cinco anos após o lançamento da PNAISH e dois anos após reunião com equipe do Ministério da Saúde), Recife instituiu uma coordenação de saúde do homem. Foram identificadas ações assistemáticas, realizadas entre 2012 e 2014, relacionadas

à saúde do homem, mas ainda sem instituição da coordenação. Por sua vez, a gestão estadual não encontrou diálogo eficiente com o Ministério da Saúde, que destinou o recurso financeiro inicial de 75 mil reais para o município de Petrolina, apesar de a cidade não contar com equipe técnica alguma, na época. Fato é que a política em Pernambuco e em Recife dependeu, segundo nossos interlocutores, em grande parte, do esforço pessoal de cada gestor e gestora que a assumiu, independente do movimento do Governo do Estado.

Ao mesmo tempo que uma política para a saúde dos homens se faz necessária por meio de indicadores de morbimortalidade, ela também enfrenta dificuldades em sua implementação, por falta de recursos, que não são encaminhados muitas vezes pela insuficiência de indicadores, situação que constitui em um processo tautológico complexo. A ausência de indicadores precisos, comuns e acompanhados por meio de monitoramentos contínuos dificulta a alocação de recursos adequados, o que, por sua vez, limita a coleta de dados e a formulação de novas políticas. Assim, a necessidade de uma abordagem mais sistemática no monitoramento das informações torna-se necessária, para que se possa fundamentar melhor as políticas de saúde e assegurar que os recursos sejam direcionados de forma eficaz¹³.

Tanto em nível estadual como municipal, a institucionalização da política de saúde do homem se mostra precária na sua origem. Efetivamente, essa política não foi submetida à institucionalização por via de portarias; sendo assim, encontrava subsídios em disputas de recursos destinados à atenção básica, de forma geral, especialmente no caso da Coordenação Municipal que acessava recursos destinados à Diretoria Executiva de Atenção Básica e Gestão Distrital. No estado, a coordenação de saúde do homem não tinha sequer indicadores de implementação da PNAISH nas 12 Regiões Estaduais de Saúde e, para exercício da chamada pasta, a coordenação estadual havia recebido apenas dois repasses pontuais do Governo Federal, na história da política: um em 2010 e outro em 2014, com valores incompatíveis para o tamanho da tarefa.

O trabalho, em nível municipal, sempre esteve situado na Atenção Básica, sendo o primeiro trabalho efetivo em ação com a população executado a partir do engajamento com a campanha Novembro Azul (voltada à prevenção de câncer de próstata) nas Unidades de Saúde da Família, em 2014. O Cartão Nacional de Saúde do Homem também representou instrumento eficiente no funcionamento nas Unidades de Saúde da Família – atualmente, o Cartão de Pré-Natal do Parceiro é mais eficiente e mais amplo do que o primeiro.

Há poucos relatos nas narrativas das gestoras e do gestor sobre a participação do movimento social, tanto no que se refere às ações desenvolvidas quanto para se pensar em articulação na implementação da política no estado e município. Porém, todos enfatizam o pioneirismo e a relevância do trabalho da organização não governamental Instituto Papai, em âmbito local, nacional e internacional.

Segundo o(a)s entrevistado(a)s, as limitações de Recife se devem à constante rotatividade de coordenador(a)s, ocasionando a descontinuidade das ações. Outro cenário existente é que a equipe se constitui como “EUquipe”, ou seja, é concentrada na figura de uma única pessoa e reflete o acúmulo de funções, também característico em outras políticas do município.

No município, as gestoras enfatizaram dificuldades financeiras, pois os recursos direcionados à política de saúde do homem, seja no âmbito do estado de Pernambuco ou da cidade do Recife, historicamente sempre foram escassos. Houve, em 2011, um valor de 71 mil reais direcionados especificamente para essa política, porém, posteriormente, os valores passaram a ser direcionados para a Diretoria Executiva de Atenção Básica e Gestão Distrital, a qual a Saúde do Homem está integrada. O nível estadual também narra as mesmas dificuldades.

Nos relatos da gestora estadual, destaca-se ainda a falta de um sistema eletrônico que possibilite registrar informações e a indiferença por parte dos municípios em responder os formulários enviados pela gerência. Esses elementos são apontados como obstáculos para implementação da PNAISH.

Atores e atrizes: agentes que fazem a política estadual e municipal

Para apresentarmos os atores/atrizes referido(a)s pelo(a)s interlocutore(a)s como relevantes no processo de implementação da política em Pernambuco, produzimos uma ilustração a partir da qual é possível identificar uma rede complexa, plural e diversa.

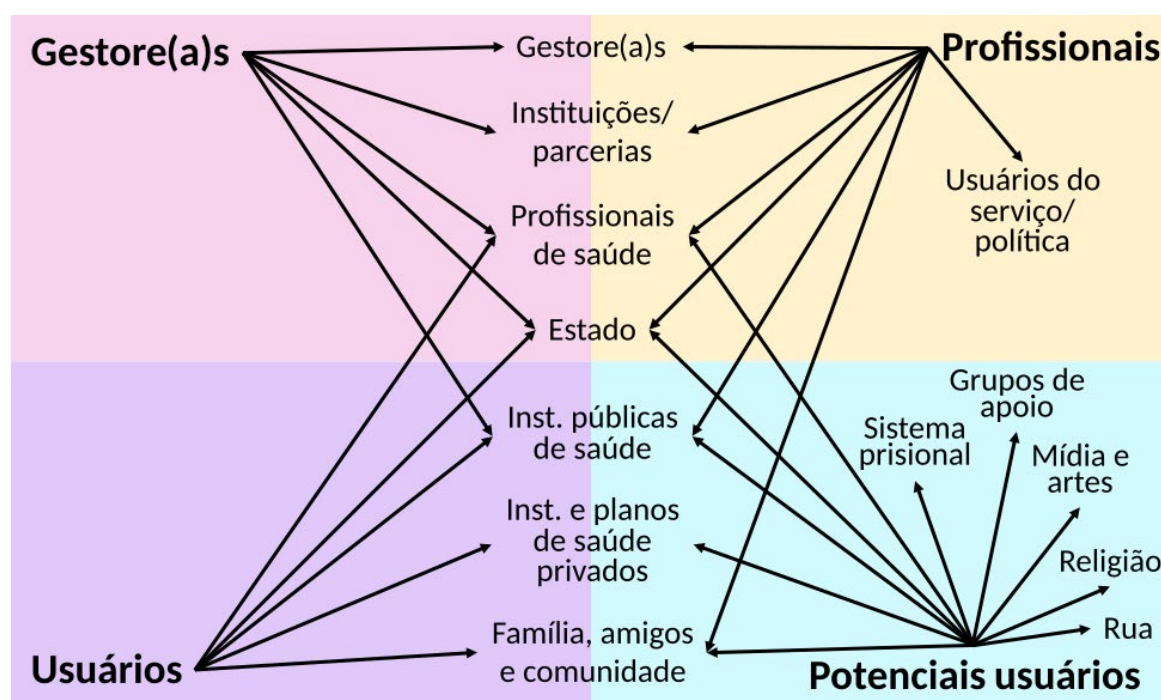


Figura 5. Rede esquemática do(a)s atores/atrizes citado(a)s pelo(a)s interlocutore(a)s.

Trabalhadore(a)s do Estado e de instituições públicas de saúde são os atores/atrizes citados por todos os interlocutores, já instituições privadas e planos de saúde só surgem nos diálogos dos homens usuários ou potenciais usuários. “Gestores” também aparece como ator, porém, citado apenas pelos próprios gestores e por profissionais, ou seja,

por quem gerencia ou executa a política, não por quem é o beneficiário ou potencial beneficiário. “Usuários da política” são citados como atores estratégicos apenas pelos profissionais de saúde e a rede de apoio “família, amigos e comunidade” só aparece quando citada pelos usuários e potenciais usuários.

Outro agente também referenciado é o sistema prisional, considerado pelos gestores como “total vulnerabilidade” e no qual “a gente” (uma fala de equipe) pode levar assistência em saúde aos homens em situação de cárcere.

Trabalhadores/profissionais da saúde foi também uma categoria que surgiu como atores e atrizes da política, abarcando trabalhadoras e trabalhadores com formação voltada à Saúde, incluindo agentes comunitários de saúde (ACS). Para além da estrutura e do cotidiano da unidade, as profissionais envolvidas na formação e manutenção do grupo de homens também são citadas.

Para Souza et al.¹⁴, os profissionais de saúde representam um elemento central na garantia do acesso e acolhimento dos usuários. De modo semelhante, Travassos e Martins¹⁵ dizem que o processo de utilização dos serviços de saúde é resultante da interação entre os indivíduos que procuram cuidados e os profissionais que os conduzem dentro do sistema de saúde.

Os usuários do serviço/política são referidos de forma expressiva nas entrevistas. As instituições de saúde também são referências significativas na garantia do acesso e acolhimento dos usuários. Instituições que trabalham com as paternidades também se conformam como importantes para a garantia e promoção desse eixo da política. Nas entrevistas, foi citado o Instituto Papai, que trabalha com paternidade, defendendo o pré-natal do parceiro, a lei do acompanhante e a licença-paternidade maior que sete dias.

Usuários e potenciais usuários: produções discursivas sobre redes e os cinco eixos da PNAISH

Analisamos a produção discursiva dos homens usuários de serviço de saúde, com ênfase nas informações produzidas na roda de conversa, na qual enfatizaram o esforço para poder ter acesso a medicamentos, exames e profissionais com especialidades específicas como ortopedistas, apontando também o papel do ACS como muito potente no processo de entrada e permanência dos homens no serviço. Trazem ainda que é a esposa quem assume a mediação da relação dos homens com o serviço de saúde – possibilitando que ele se torne usuário –, regulando as ações na vida e orientando o que é melhor ou pior para eles em termos de bem-estar.

Não é incomum que profissões relativas ao cuidado e à saúde ainda sejam protagonizadas por mulheres, realidade que não se encerra em dados estatísticos simples, denotando também uma das inúmeras produções advindas das iniquidades de gênero, em nível estrutural das relações. Entendemos por cuidado o conjunto de estratégias utilizadas pelos homens no seu processo de autopreservação. Muitas vezes, esses esquemas estão vinculados a três aspectos: saúde sexual, saúde reprodutiva e paternidade¹⁶.

No caso dos potenciais usuários entrevistados, houve um destaque para a sensibilização do(a)s trabalhadore(a)s de saúde para uma escuta mais atenta e singular às dúvidas, demandas práticas e produções simbólicas dos homens nos serviços. Sobre isso, Medrado, Lyra e Azevedo¹⁷ advogam que os gestores e trabalhadores devem rever suas ações, valores e práticas a partir de ações educativas oferecidas para que compreendam a importância e a necessidade de ações direcionadas aos homens.

Serviços privados de saúde aparecem, em sua maioria, ligados à necessidade de procurar algo privado devido às dificuldades do SUS. A categoria analítica “Estado” surge quando há uma culpabilização do que é compreendido acerca de Estado (saúde pública, governantes, governo, SUS, etc.) e dificuldades enfrentadas. Porém, a mídia, como atriz mencionada, possui papel importante na divulgação de informações que auxiliam na questão do acesso e acolhimento.

Os interlocutores mencionam redes de apoio protagonizadas, muitas vezes, por amigo(a)s, que são referidos como ponte para os serviços de saúde: ora os próprios interlocutores se apresentam como ligação dos amigos com os serviços – ou seja, eles os levam para que possam cuidar de sua saúde –, ora os amigos lembram os interlocutores de cuidarem da própria saúde.

Para explorar a análise das produções discursivas do(a)s entrevistados sobre o conteúdo da política, apresentamos a seguir alguns aspectos mais relevantes, organizados a partir dos eixos que estruturam a PNAISH.

No que se refere a “acesso e acolhimento”, profissionais e gestore(a)s valorizaram ações de formação com equipes para o trabalho na Atenção Primária, o que nos provoca a questionar sobre a falta de formações desse tipo. A ausência de informação sobre serviços específicos para os homens aparece como impeditivo para o cuidado em entrevistas tanto com profissionais e gestoras quanto com homens usuários e potenciais usuários.

No que se refere à “saúde sexual e saúde reprodutiva”, percebe-se uma polarização entre os discursos mais e menos institucionalizados. Enquanto profissionais da saúde e gestoras enfatizam a importância desses temas, usuários e potenciais usuários falam pouco sobre suas experiências e a relevância destes. Com a saúde sexual restrita às doenças e saúde reprodutiva praticamente não reconhecida, a importância deste eixo fica pouco expressiva. A sexualidade e a reprodução parecem não fazer parte da discussão sobre saúde, para os homens participantes desta pesquisa, ao mesmo tempo que as doenças, tomadas em um sentido mais amplo, prevalecem nas falas e nos diálogos sobre suas vivências de cuidado e saúde.

As discussões sobre “paternidade e cuidado” estiveram, prioritariamente, em torno da pauta do pré-natal do parceiro, a partir de diferentes vieses, como estratégia de aproximação desses homens aos cuidados de saúde da gestante. O grupo de gestore(a)s aponta para necessidades que extrapolam as estratégias de convocação ou convite aos homens para os serviços de saúde e acompanhamento no pré-natal das companheiras. O(a)s profissionais de saúde, por sua vez, reforçam o pré-natal do homem como importante estratégia para fortalecer o cuidado dos homens consigo e com outros por meio do exercício da paternidade. Apontam também que os homens desconhecem o direito do atendimento do pré-natal destinado a eles.

Para os usuários entrevistados, o eixo “paternidade” não teve espaço na discussão, em primeiro plano. Isso nos sinaliza que o elemento “geração” nas discussões sobre a política ainda é pouco considerado quando abordado de forma interseccional, uma vez que os homens participantes da roda de conversa, são, prioritariamente, idosos. Já o grupo de potenciais usuários defendem a importância do pré-natal do parceiro e da participação dos homens durante o processo de gestação, mas não nos apontam outros elementos que sejam possíveis de dialogar com os demais interlocutore(a)s.

No que se refere a “doenças prevalentes”, o(a)s gestore(a)s nos afirmam que é possível perceber a grande quantidade de adoecimentos crônicos – como hipertensão, diabetes, tuberculose e hanseníase –, podendo caracterizar-se como advindos de uma ausência de cuidados preventivos. De forma similar, as narrativas do(a)s profissionais acerca desse eixo estão ligadas à constatação de que homens não acessam os serviços de saúde para cuidar dos fatores de risco, mas sim quando apresentam algum adoecimento físico.

Homens usuários e potenciais usuários não apontaram doenças específicas em suas falas e acentuaram a ideia de saúde como ausência de doença. Percebemos recorrência importante quanto ao abuso de álcool e outras drogas, cuja relação variou entre possibilidade de prazer e saúde até o grave adoecimento e comprometimento da vida social.

No que tange ao eixo “prevenção de violência acidentes”, não foram identificadas narrativas na direção desta temática entre usuários e potenciais usuários. Para gestore(a)s e profissionais, o eixo sobre prevenção de violência e acidentes é abordado apenas como uma temática importante a ser trabalhada em formações e capacitações das equipes, mas não há referência a qualquer ação específica voltada a este eixo ou mesmo ação em articulação com a rede.

Considerações finais

A seguir, apresentamos uma síntese dos aspectos que consideramos mais relevantes do desenvolvimento desta pesquisa em diálogo com publicações importantes neste campo, devidamente sinalizadas, de modo a alimentarmos e compartilharmos reflexões sobre aspectos que se configuram como desafios atuais.

O compartilhamento dessas informações e memórias nos permitiram evidenciar a) a escassez de uma formalização mais densa da PNAISH, em âmbito local; b) o *status* de não institucionalização da pasta, em âmbito local, e, consequentemente, a personificação da política; e c) os movimentos e as resistências para consolidação de uma coordenação municipal e estadual de saúde do homem.

Além disso, é importante reconhecer que a ausência expressiva dos homens no serviço de Atenção Primária em Saúde não é novidade. Há vários estudos e pesquisas que discutem as questões relacionadas à menor participação dos homens nos serviços de Atenção Primária à Saúde e abordam fatores socioculturais, de gênero e de identidade que contribuem para essa ausência¹⁸⁻²⁰.

É possível perceber essa dinâmica tanto no cotidiano das unidades de saúde quanto no diálogo com profissionais que estão no atendimento. Esta poderia ser uma razão significativa para justificar uma atenção específica para os cuidados em saúde voltados à população masculina. No entanto, outros aspectos – como dificuldades no acesso, no acolhimento e na vinculação dos homens aos serviços de saúde – falam sobre a necessidade de reunir esforços institucionais e individuais para o exercício dos princípios do SUS – universalidade, equidade e integralidade –, pensando os homens como usuários dos serviços de saúde e protagonistas do cuidado.

Nesse sentido, experiências exitosas (como grupos de homens, facilitados pelas USF; programas de ações pelo interior do estado; e trabalhos em parceria com organizações não governamentais) e estratégias norteadoras são importantes no trabalho de profissionais do serviço²¹. A formação/capacitação profissional tem-se mostrado uma boa aliada nas estratégias de atenção à saúde do homem e, na ausência de formalização, gestões locais têm promovido o engajamento da Atenção Primária em ações voltadas à saúde dos homens, mesmo que de forma menos intersetorial do que o desejado, segundo o(a)s próprio(a)s gestor(a)s.

Destacamos o caráter analítico desta pesquisa para produzirmos diálogos e reflexões que não se pretendem generalizantes ou mesmo conclusivas. Tal empreendimento de análise se difere dos estudos sobre avaliação de políticas e consiste em uma estratégia eficaz para contribuir com suas implementações, tanto local quanto nacionalmente. Acreditamos que o compartilhamento de saberes, experiências e aprendizados pode fomentar outras pesquisas e revisar estratégias no âmbito da gestão pública.

Autores

Mariana Azevedo^(e)

<marianaazevedo2@gmail.com> 

Sirley Vieira da Silva^(f)

<sirley.vieira@ufpe.br> 

Afiliação

^(e) Cientista social. Recife, PE, Brasil.

^(f) Antropólogo. Recife, PE, Brasil.

Contribuição dos autores

Todos os autores participaram ativamente de todas as etapas de elaboração do manuscrito.

Financiamento

Fundo Nacional de Saúde, Ministério da Saúde (TED 72/2017).

Conflito de interesse

Os autores não têm conflito de interesse a declarar.

Direitos autorais

Este artigo está licenciado sob a Licença Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR).



Editor

Tiago Rocha Pinto

Editor convidado

Wagner dos Santos Figueiredo

Submetido em

05/08/24

Aprovado em

20/03/25

Referências

1. Schraiber LB, Figueiredo WS, Gomes R, Couto MT, Pinheiro TF, Machin R, et al. Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. *Cad Saude Publica*. 2010; 26(5):961-70. doi: 10.1590/S0102-311X2010000500018.
2. Gomes R, Nascimento EF, Araújo FC. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cad Saude Publica*. 2007; 23(3):565-74. doi: 10.1590/S0102-311X2007000300015.
3. Lima P, Pelazza BB, Matos MA, Sousa ALL, Barbosa MA. Desafios globais das políticas de saúde voltadas à população masculina: revisão integrativa. *Acta Paul Enferm*. 2022; 35:eAPE01587. doi: 10.37689/acta-ape/2022AR0001587.
4. Martins AM, Malamut BS. Análise do discurso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. *Saude Soc*. 2013; 22(2):429-40. doi: 10.1590/S0104-12902013000200014.
5. Knauth DR, Couto MT, Figueiredo WS. A visão dos profissionais sobre a presença e as demandas dos homens nos serviços de saúde: perspectivas para a análise da implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. *Cienc Saude Colet*. 2012; 17(10):2617-26. doi: 10.1590/S1413-81232012001000011.
6. Hemmi APA, Baptista TWF, Rezende M. O processo de construção da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. *Physis*. 2020; 30(3):1-28.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
8. Lyra J, Medrado B. Relatório da pesquisa “Análise da implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem - PNAISH”. Brasília, Recife: Coordenação de Saúde do Homem, Ministério da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco; 2021.
9. Medrado B, Lyra J. Por uma matriz feminista de gênero para os estudos sobre homens e masculinidades. *Rev Est Femin*. 2018; 16(3):809-40. doi: 10.1590/S0104-026X2008000300005.
10. Saupe R, Wendhausen AL. Modelo matricial para construção de conhecimento no mestrado profissional em Saúde. *Rev Bras Pos-Grad*. 2006; 3(5):107-16.
11. Minayo MCS, Assis SG, Souza ER. Avaliação por triangulação de métodos. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.
12. Araújo JL Jr. Health sector reform in Brazil, 1995-1998: an health policy analysis of a developing health system [thesis]. Leeds: The University of Leeds; 2000.
13. Lyra J. Homens, feminismo e direitos reprodutivos no Brasil: uma análise de gênero no campo das políticas públicas (2003-2006) [tese]. Recife: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz; 2008.
14. Souza EC, Vilar R, Rocha N, Uchoa A, Rocha P. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. *Cad Saude Publica*. 2008; 24 Supl 1:100-10.
15. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saude Publica*. 2004; 20 Supl 2:190-8.

16. Gomes R, Albernaz L, Ribeiro C, Moreira M, Nascimento M. Linhas de cuidados masculinos voltados para a saúde sexual, a reprodução e a paternidade. *Cienc Saude Colet.* 2016; 21(5):1545-52.
17. Medrado B, Lyra J, Azevedo M. Eu não sou só próstata, eu sou um homem! Por uma política pública de saúde transformadora da ordem de gênero. In: Gomes R, organizador. *Saúde do homem em debate*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011; p. 39-74. v. 1.
18. Schraiber LB, Gomes R, Couto MT. Homens e saúde na pauta da saúde coletiva. *Cienc Saude Colet.* 2011; 16(1):2229-39. doi: 10.1590/S1413-81232011000700099.
19. Gomes R, Moreira MCN, Nascimento EF, Rebello LEFS, Schraiber LB. A invisibilidade dos homens nas políticas de saúde. *Interface (Botucatu)*. 2011; 15(37):283-94. doi: 10.1590/S1414-32832011000200005.
20. Silva PA, Figueiredo WS. Atenção à saúde dos homens nos serviços públicos: qual é a efetividade da política? *Cienc Saude Colet.* 2010; 15 Supl 1:961-70. doi: 10.1590/S1413-81232010000700037.
21. Nogueira AP, Schwarz E. Homens em grupo: avaliação de uma experiência com o Programa de Saúde da Família. *Rev APS.* 2005; 8(2):137-43.

This study is part of a qualitative multi-center study assessing the implementation of the National Policy for Comprehensive Men's Health Care in the Northeast of Brazil, focusing on the state of Pernambuco and its capital, Recife. We adopted an operational public policy analysis model to investigate implementation context and processes, policy content and actors involved. The main findings were as follows: a) the construction of memories of policy history redresses the precariousness of the non-institutionalization present in its origin; b) there is a shortage of resources due to lack of indicators; c) high leadership turnover hampers continuity of actions; d) different recording methods across municipalities compromises data uniformity; and e) there is a need for continuous training for health teams.

Keywords: Health policies. Men. National Policy for Comprehensive Men's Health Care.

Este estudio integra una investigación multicéntrica de abordaje cualitativo cuyo objetivo fue analizar la implementación de la Política Nacional de Atención Integral a la Salud del Hombre (PNAISH) en el Nordeste de Brasil, con enfoque en el estado de Pernambuco y su capital, Recife. Adoptamos un modelo operativo de análisis de políticas públicas para investigación del contexto y procesos de implementación, así como contenidos y actores y actrices envueltos. Entre los principales resultados están: a) la construcción de memorias sobre la historia de la política repara la precariedad de la no institucionalización presente en su origen; b) hay escasez de recursos por ausencia de indicadores; c) la alta rotación en cargos de liderazgo perjudica la continuidad de los trabajos; d) las diferentes formas de registro en los municipios comprometen la uniformidad de las informaciones y e) hay necesidad de formaciones continuas para equipos de salud.

Palabras clave: Políticas de salud. Hombres. Política nacional de atención integral a la salud del hombre.