

Pereira, Jamile; Klein, Carin; Meyer, Dagmar Estermann
PNAISH: uma análise de sua dimensão educativa na perspectiva de gênero
Saúde e Sociedade, vol. 28, núm. 2, 2019, Abril-Junho, pp. 132-146
Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. Associação Paulista de Saúde Pública.

DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902019170836>

Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406263893011>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais informações do artigo
- Site da revista em [redalyc.org](https://www.redalyc.org)

PNAISH: uma análise de sua dimensão educativa na perspectiva de gênero

PNAISH: an analysis of its educative dimension from the gender perspective

Jamile Pereira^a

 <https://orcid.org/0000-0002-1667-2042>

E-mail: jamilepeixotopereira@gmail.com

Carin Klein^b

 <https://orcid.org/0000-0002-1455-4413>

E-mail: carink@terra.com.br

Dagmar Estermann Meyer^a

 <https://orcid.org/0000-0003-4182-3938>

E-mail: dagmaremeyer@gmail.com

^aUniversidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS, Brasil.

^bUniversidade Luterana do Brasil. Canoas, RS, Brasil.

Resumo

O artigo desdobra-se de pesquisa documental inscrita nos campos dos estudos de gênero e culturais e discute alguns dos modos pelos quais o gênero atravessa as proposições da Política Nacional de Atenção Integral da Saúde do Homem (PNAISH). Para isso, toma como referência um contexto discursivo em que termos como *integralidade* e *equidade* são reiteradamente apresentados e acionados, na direção de instituir propostas educativas e de cuidado voltadas à saúde e à educação de homens adultos. Argumentamos que, ao mesmo tempo em que essa amplitude coloca sob suspeita determinadas formas de viver a masculinidade, ela não desloca a centralidade dos processos curativos e parece contribuir para impregnar a política com uma visão utilitária, individualizando e culpabilizando os homens por seu distanciamento dos serviços de saúde.

Palavras-chave: Transversalização de Gênero; Políticas Públicas; Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.

Correspondência

Carin Klein

Rua Assis Brasil, 261, NS das Graças
Canoas, RS, Brasil. CEP 921110-312.

Abstract

This study stemmed from a documental research in the fields of Gender Studies and Cultural Studies, and discusses some of the ways that gender is regarded in the propositions of the PNAISH. To do so, it considers a discursive context in which words such as *integrality* and *equality* are repeatedly presented and used to launch educative and care proposals intended for adult men's health and education. We argue that, at the same time that such amplitude puts certain ways of experiencing masculinity under suspicion, it does not deviates the focus on the healing processes and seems to contribute to impregnate the policy with a utilitarian view, thus individualizing men and blaming them for their detachment from health care services.

Keywords: Gender Transversalization; Public Policies; National Men's Health Policy.

O artigo se desdobra de uma investigação de mestrado¹ vinculada a um projeto de pesquisa interinstitucional e multifocal que problematiza a transversalidade de gênero² em políticas públicas, na perspectiva dos estudos de gênero e culturais pós-estruturalistas.³ Nesse contexto investigativo mais amplo, o artigo discute alguns dos modos pelos quais o gênero atravessa as proposições da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), tomando como referência um contexto discursivo em que termos como “integralidade” e “equidade” são reiteradamente apresentados e acionados para instituir propostas educativas e de cuidado, voltadas à saúde e à educação de homens adultos brasileiros.

A PNAISH visa concretizar a parceria com a Atenção Básica em Saúde, estimulando seus usuários a reformular aspectos importantes de suas vidas, promovendo comportamentos, ações e compreensões que possam colocar em xeque alguns dos modelos de masculinidades vigentes. Os princípios e diretrizes da PNAISH foram elaborados no ano de 2008 (Brasil, 2008), mas seu lançamento oficial pelo Ministério da Saúde deu-se em 28 de agosto de 2009, em Brasília, com a Portaria nº 1.944, de 27 de agosto de 2009. Recente no cenário brasileiro, a iniciativa inova ao propor o cuidado integral de homens entre 20 a 59 anos, sendo a primeira política de saúde da América Latina direcionada ao gênero masculino. Com a finalidade de incentivar sua participação nos espaços e na promoção do cuidado em saúde, procura interpelar os homens pela via da paternidade, investindo em orientações de cuidado, proteção e responsabilização dos indivíduos consigo, com a família e com os/as filhos/as. A análise de uma política com tais características e objetivos nos interessa, particularmente, por que, ao descrever e analisar determinados atravessamentos de gênero

¹ Trata-se da dissertação de mestrado intitulada *Da paternidade responsável à paternidade participativa? Representações de Paternidade na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH)* (Pereira, 2015).

² Assumida como princípio organizador de políticas públicas, pelo governo brasileiro desde 2004. Tendo em vista as recentes e profundas mudanças no cenário político, não é possível afirmar se ela seguirá sendo assumida dessa forma.

³ Pesquisa financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e coordenada pela professora doutora Dagmar Estermann Meyer que envolveu equipe de pesquisadores de quatro instituições de ensino superior, além da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Nela, são analisados alguns dos modos pelos quais o gênero atravessa e organiza um conjunto de políticas e programas governamentais de “inclusão social”, indagando como - do ponto de vista das ênfases, das tensões e dos desafios - a proposição governamental da transversalidade de gênero tem sido proposta nos textos programáticos das políticas analisadas (Meyer, 2014).

nos processos educativos que ela propõe, é possível, também, problematizar as masculinidades e as paternidades que aí se (re)produzem e se colocam em circulação.

Para essa discussão, examinamos, então, os seguintes documentos: *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes* (Brasil, 2009b), *Plano Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: Plano de Ação Nacional, 2009-2011* (Brasil, 2009a), *Perfil da situação de saúde do homem no Brasil*, produzido pela Fundação Oswaldo Cruz (Moura, 2012) e os *folders Pai: uma nova vida precisa de você* (Brasil, 2013a) e *Não importa o tipo de homem que você é: seja do tipo que cuida da saúde* (Brasil, 2013c).

Discutimos a ênfase colocada sobre dimensões amplas da vida dos homens aos quais a política se dirige - por exemplo, a necessidade de ampliar e (re) significar vivências familiares, íntimas, privadas e/ou públicas, a adesão aos atendimentos, a diminuição da violência, a ampliação do autocuidado e a participação na gestação, no pré-natal e na criação dos/as filhos/as - para argumentar que, ao mesmo tempo em que essa amplitude coloca sob suspeita determinadas formas de viver a masculinidade, ela não desloca a centralidade nos processos curativos e parece contribuir para impregnar a política com uma visão utilitária, individualizando e culpabilizando os homens por seu distanciamento dos serviços de saúde.

Adiante, contextualizamos a emergência da PNAISH no contexto brasileiro, estabelecendo conexões entre uma política voltada à saúde de homens e ao gênero e apontando algumas tensões decorrentes desse processo.

Homens, políticas de saúde e gênero

As políticas públicas estão centralmente envolvidas em um campo de disputas e tensionamentos acerca de compreensões e sentidos específicos no âmbito da educação e(m) saúde e da assistência. Ao definirem o que é cuidado, ao promoverem ensinamentos sobre como aderir a comportamentos saudáveis, ao legitimarem as vozes dos/as *experts*, ao ensinarem formas de controle do corpo e de condução da conduta da população-alvo, elas produzem efeitos

muito concretos sobre como nos organizamos e passamos a entender o mundo. Assim, políticas públicas podem ser tomadas como artefatos centrais de organização e regulação social, que promovem seus objetivos por meio da normatização e administração de várias esferas da vida cotidiana dos sujeitos aos quais se direcionam, educando-os para pensar, sentir e agir de certos modos e não de outros (Shore; Wright, 1997). Desse ponto de vista, elas estão, também, centralmente implicadas com a produção e veiculação de representações e conhecimentos, assim como com formas de distribuição de poder.

Exatamente por isso parece ser preciso atentar para os efeitos de poder que discursividades produzidas no âmbito da cultura e de políticas de saúde (como a PNAISH) podem provocar quando enfocam, por exemplo, o afastamento e a invisibilidade dos homens na realização do trabalho doméstico, na criação dos/as filhos/as e no cuidado com sua saúde. Com nossas análises, pretendemos dar visibilidade a esses processos discursivos e de naturalização de algumas desigualdades de gênero, ao mesmo tempo em que ressaltamos que essas políticas públicas também atuam de modo a reduzir outras.

A incorporação da dimensão de gênero, a partir do entendimento de que suas relações importam quando o assunto é saúde, foi desencadeada pelo movimento feminista. Nessa direção, Leal, Figueiredo e Nogueira-da-Silva (2012) indicam que, nas últimas décadas, o gênero passou a ser utilizado como ferramenta para avaliar políticas públicas e auxiliar na redução de desigualdades identificadas socialmente entre homens e mulheres. Schraiber, Gomes e Couto (2005) apontam que há uma convergência entre os/as pesquisadores/as de que o gênero tem que ser analisado como um elemento organizador dos riscos em saúde dos homens e do modo como eles percebem esses riscos sobre seus corpos. Concordando com tais autoras e assumindo o gênero como ferramenta de análise e problematização de políticas, temos argumentado, em nossas pesquisas, que o social e a cultura são constituídos, atravessados e/ou organizados por discursos instituintes de feminilidades e masculinidades que, ao mesmo tempo, os produzem e/ou ressignificam (Klein,

2010; Meyer et al, 2014; Pereira, 2015). Considera-se, então, que as instituições sociais, os símbolos, as normas, os conhecimentos, as leis, as doutrinas e as políticas de uma sociedade são constituídos e atravessados pelo gênero, ao mesmo tempo em que estão centralmente implicados com sua produção, manutenção e/ou ressignificação. Assume-se que o gênero se produz e se modifica na articulação com outros marcadores sociais, como raça/cor, geração, classe social e religião, dentre outros. Entende-se, ainda, que aquilo que mulheres e homens fazem ou podem fazer, ou os processos educativos pelos quais seres humanos se constituem como mulheres e homens de determinados tipos, articula-se com, e derivados, diferentes modos pelos quais o gênero opera, estruturando esse social que os torna possíveis e necessários (Meyer, 2014).

Lourdes Bandeira (2005) e Maria Luiza Heilborn, Leila Araújo e Andreia Barreto (2011) também indicam a necessidade de incorporar a dimensão de gênero na formulação das políticas públicas, de forma a produzir a responsabilização e o comprometimento dos serviços e agentes públicos com a superação das assimetrias nessas relações. Torna-se então necessário problematizar a própria oposição binária assumida por muitas das políticas contemporâneas ao definir e posicionar homens e mulheres desde perspectivas fundacionalistas de gênero (Nicholson, 2000) e investir em processos cotidianos de naturalização e hierarquização de determinados conhecimentos, atividades, atribuições, características, comportamentos, habilidades e sentimentos como se fossem decorrentes de uma suposta natureza humana, masculina ou feminina, como se esses comportamentos “coubessem” apenas dentro desse binarismo.

O gênero atravessa e dimensiona, pois, os processos educativos que a cultura coloca em movimento e está imbricado com a saúde.⁴ Essa relação entre gênero e políticas públicas vem sendo incorporada nas iniciativas do Sistema Único de Saúde (SUS) de distintas maneiras (Ferraz; Kraiczyk,

2010), sendo a PNAISH uma das formas que essa incorporação pode assumir – tanto que o então ministro da Saúde, José Gomes Temporão, a definiu, no momento do lançamento, como uma resposta às necessidades sociais em saúde, afirmando que “a política traduz um longo anseio da sociedade ao reconhecer que os agravos do sexo masculino constituem verdadeiros problemas de saúde pública” (Brasil, 2009b, p. 9).

Criada para dar conta de problemas considerados de saúde pública, a PNAISH instituiu-se em meio a discussões e tensões entre as sociedades médicas e a Gestão Federal, tendo o objetivo geral de

Promover a melhoria das condições de saúde da população masculina do Brasil, contribuindo, de modo efetivo, para a redução da morbidade e mortalidade dessa população, através do enfrentamento racional dos fatores de risco e mediante a facilitação ao acesso, às ações e aos serviços de assistência integral à saúde. (Brasil, 2009b, p. 31)

Na medida em que se busca facilitar a entrada nos serviços, a participação em ações e numa assistência integral à saúde, torna-se importante re/conhecer o contexto em que as políticas de saúde são produzidas para entender como os diferentes grupos se expressam e buscam realizar seus projetos sociais, disputando visões de mundo e movimentando-se na construção de uma dada “realidade social”. Para isso, elas precisam descrever e nomear o que pretendem estabelecer como referente ou “ideal”. É por isso que políticas públicas devem ser analisadas, também, como estratégias de regulação do corpo, da saúde, da sexualidade, da conjugalidade e do gênero, em meio a tantos outros artefatos culturais que se propõem a educar no interior da cultura contemporânea.

A fim de apurar nosso olhar sobre os documentos, produzimos algumas indagações. Não temos a pretensão de respondê-las sistematicamente, uma vez que as tomamos como disparadores, que nos possibilitam dar visibilidade a “como” o gênero

⁴ Embora a centralidade dessa discussão indique a estreita relação entre gênero e saúde, torna-se importante considerar que gênero, raça/cor, sexualidade, classe, geração etc. estão intrinsecamente relacionadas e interferem nos determinantes sociais da saúde da população, pois as políticas de saúde nem sempre reconhecem tais articulações e desigualdades.

atravessa, constitui e organiza a PNAISH: quais são os ensinamentos e imperativos que políticas públicas, como esta, instituem e veiculam em relação a homens e mulheres? Quais características, comportamentos, habilidades e capacidades os homens necessitam incorporar e/ou desenvolver para atingir suas metas? Que mecanismos e estratégias são acionadas para interpelá-los a se inserirem na esfera do cuidado de si, dos/as filhos/as e da família? Quais representações de masculino e feminino a PNAISH pretende promover e/ou modificar? Que efeitos políticas com esses propósitos podem produzir?

Alguns estudos sobre a PNAISH (Medrado, 2010; Santos, 2013; Schraiber et al. 2010) têm subsidiado as reflexões sobre a presença (ou não) dos homens no SUS – tanto na formulação das políticas de saúde quanto na configuração de ações, na delimitação dos espaços e na adesão dos sujeitos a aprendizados em saúde –, e indicam a necessidade de organizar os serviços públicos de saúde para atuar sobre e educar essa população-alvo na perspectiva da integralidade e da equidade que a PNAISH propõe efetivar. Assim, argumentamos que os termos “integralidade” e “equidade” expressam e/ou comunicam sentidos de valores específicos ao serem nomeados e aproximados de outros termos, na busca por ampliação da “igualdade de gênero” no âmbito da saúde. Nessa direção, podem ser acionados e reverberar de modo diverso na formulação e organização de atividades, na descrição de orientações, na criação dos espaços institucionais, no planejamento e execução dos temas e nas vivências com os/as usuários/as. Seu uso se insere, pois, em processos de significação que definem o que seria a responsabilidade de homens na relação com sua saúde e com determinadas formas de viver a masculinidade e a paternidade, o que analisamos adiante.

Integralidade e gênero na PNAISH

A integralidade em saúde é um dos princípios doutrinários do SUS,⁵ e visa subsidiar um modo de oferecer serviços e práticas de atenção que incorporem e traduzam o pressuposto da saúde como direito da população (Pinheiro, 2009). Os sentidos articulados ao termo traduzem a própria história do movimento de Reforma Sanitária no Brasil, entre as décadas de 1970 e 1980; ele abarcava demandas por melhorias nas condições de vida e trabalho na saúde e defendia a formulação de políticas públicas para prover essa atenção aos/às usuários/as. Nessa direção, o termo “integralidade” deveria articular três conjuntos de sentidos: integralidade voltada às práticas de saúde, à organização das práticas e dos serviços e à eficácia das respostas governamentais a problemas específicos de saúde (Mattos, 2005).

O primeiro demanda capacidade para responder ao sofrimento dos/as usuários/as que chegam até os serviços de saúde, com a preocupação de não reduzir essa resposta meramente ao olhar biológico. Aqui, integralidade pressupõe acolhimento, conversa, escuta e encontro, de modo a ir além das necessidades explicitadas inicialmente. O segundo conjunto indica a necessidade de horizontalizar ações e programas criados, anteriormente, de forma vertical e fragmentada. Isso pressupõe articular demandas programadas com demandas espontâneas, visando incluir e fortalecer a realização de atividades preventivas e coletivas com as comunidades. Já o terceiro pressupõe que as políticas sejam formuladas com o objetivo de dar respostas a problemas de saúde que acometem grupos populacionais específicos⁶ (Mattos, 2005).

Então, cabe indagar: como a integralidade descrita na política em foco se articula com gênero? Numa incursão aos documentos da PNAISH, pode-se dizer que ela assume e propõe ações relacionadas à escuta, ao encontro e ao diálogo quando convoca gestores, profissionais da saúde e usuários/as

5 Os princípios de universalidade, equidade e integralidade, norteadores do SUS, ganham visibilidade por meio do movimento da reforma sanitária, e são consolidados na Constituição de 1988 enquanto direitos de qualquer cidadão e deveres do Estado.

6 A operacionalização desses propósitos se conecta ao princípio da intersetorialidade, anunciado desde os anos 1990, como estratégia para otimizar recursos de diversas ordens no âmbito do planejamento, implementação e monitoramento de políticas públicas (Cunill Grau, 2014). O princípio da transversalidade de gênero também se conecta intrinsecamente ao da intersetorialidade. Entretanto, e apesar de sua longevidade e centralidade para uma política como a PNAISH, tal princípio ainda encontra muitas dificuldades para ser efetivamente implementado e, ao nosso ver, se traduz de maneira muito genérica e imprecisa nos documentos que analisamos.

a operacionalizarem, unidos, os princípios e as diretrizes que permitem repensar e qualificar, no Brasil, a saúde de homens. Assim,

Os atores que construíram a Política [...] reafirmam a importância de alguns eixos metodológicos, conceituais e práticos que consideram fundamentais para orientar a formulação de estratégias e ações: A mudança do foco programático, saindo do restrito campo da “adesão a programas assistenciais de saúde” para uma perspectiva mais ampla que privilegie um novo paradigma baseado na atenção integral, valorizando, fundamentalmente, a promoção, a prevenção, a proteção da saúde e a qualidade de vida, bem como a educação como importante estratégia para promover mudanças comportamentais indispensáveis à consolidação das ações propostas. (Brasil, 2009b, p. 19)

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: Plano de Ação Nacional, 2009-2011 (Brasil, 2009a), direcionada a serviços e profissionais de saúde, inclui orientações para a gestão da política, com indicações de como fazer, planejar ações e criar estratégias para alcançar seus objetivos. A integralidade, aqui, assume sentidos relacionados à necessidade de criar respostas governamentais efetivas para problemas específicos de saúde. O documento explicita ações com base no “enfoque de gênero”, a fim de modificar, com maior rapidez, padrões de morbidade, mortalidade e aspectos socioculturais, ampliando ações que incluem os homens na atenção básica, sugerindo o aumento de sua responsabilidade em relação ao autocuidado, no acompanhamento da gestante durante o pré-natal e na participação nas rotinas de saúde das crianças e convocando-os para uma presença mais efetiva nos serviços do SUS. Desse modo,

as ações que são desenvolvidas no âmbito do SUS, com potencial benefício para a população masculina, assumem organização sistêmica. Dessa maneira, espera-se reverter o atual quadro de pouca procura por parte dos homens aos serviços de saúde. Os serviços de saúde passam agora a organizar-se com a finalidade de proporcionar, de maneira regular, os serviços preventivos, de educação em saúde e de atenção clínica e cirúrgica

especificamente exigidos por parte deste grupo populacional, trilhando um caminho que, baseado no enfoque de gênero, certamente levará o país a modificar para melhor e de maneira acelerada seus padrões em termos de morbidade, mortalidade e aspectos socioculturais. (Brasil, 2009a, p. 5)

Aqui, assume-se a linguagem como instância de produção dos sentidos sobre o mundo, as coisas e os sujeitos (Meyer, 2003). Peter Spink (2013) acrescenta que a linguagem de uma política pública articula (por vezes de forma conflituosa) alternativas, direcionamentos, interesses e negociações políticas que afetam, de muitas maneiras, a vida dos sujeitos aos quais ela se dirige. Então, materiais de divulgação como esse funcionam como instrumentos de trabalho dentro do SUS que, por meio da linguagem visual e escrita, descrevem, propõem e geram formas de ser e viver dos/as seus/suas interlocutores/as. Os sentidos produzidos pela conexão entre integralidade e ampliação de compreensões relacionadas à masculinidade e à paternidade, bem como a delimitação de competências que os/as profissionais da saúde necessitam incorporar para a implementação da política, operam como estratégias discursivas que re/posicionam homens e mulheres, interpelando-os de formas específicas. Analisar a linguagem utilizada em materiais de divulgação como manuais e *folders* ajuda, pois, na compreensão de como as masculinidades vão sendo re/significadas, e essas representações se estabelecem nas orientações direcionadas à atenção integral ora aos profissionais de saúde, ora a seus/suas usuários/as.

O Plano de Ação da PNAISH (Brasil, 2009a, p. 12) apresenta, também, orientações para elaborar “estratégias que visem aumentar a demanda dos homens aos serviços de saúde, por meio de ações pró ativas de promoção e prevenção”. O eixo II, “Promoção da saúde”, por exemplo, propõe o

Desenvolvimento de iniciativas de educação, informação e comunicação [...] para a sensibilização e a conscientização visando à mudança de atitude da população masculina [...].

Gerenciamento da oferta de serviços para: facilitar e ampliar o acesso, reduzir o tempo de espera, adequar/flexibilizar o horário de atendimento e

melhorar o acolhimento nas unidades de saúde.
(Brasil, 2009a, p. 12-13)

Na PNAISH, a masculinidade é tomada como um construto da cultura, produzida por meio de processos de significação e relações de poder. Ou seja, as masculinidades são compreendidas como a pluralidade das formas de ser e viver como homem, admitindo atravessamentos como geração, geografia, raça, orientação sexual e identidade de gênero. Evidenciamos isso nos documentos da política, já em sua introdução:

A Política [...] deve considerar a heterogeneidade das possibilidades de ser homem. As masculinidades são construídas historicamente e sócio culturalmente, sendo a significação da masculinidade um processo em permanente construção e transformação. O ser homem, assim como o ser mulher é constituído tanto a partir do masculino como do feminino. Masculino e feminino são modelos culturais de gênero que convivem no imaginário dos homens e das mulheres. Essa consideração é fundamental para a promoção da equidade na atenção a essa população, que deve ser considerada em suas diferenças por idade, condição socioeconômica, étnico-racial, por local de moradia urbano ou rural, pela situação carcerária, pela deficiência física e/ou mental e pelas orientações sexuais e identidades de gênero não hegemônicas. (Brasil, 2009b, p. 6-7)

Se, por um lado, essa pode ser considerada uma abordagem “inovadora”, uma vez que toma a integralidade como caminho para dimensionar como se estruturam as relações de gênero no âmbito da cultura, articulando-a à capacidade (ou não) de responder às demandas e aos problemas de saúde relacionados às masculinidades, por outro, uma análise mais aprofundada da política nos permite discutir também alguns limites dessa abordagem. Isso porque, ao mesmo tempo em que se assume a masculinidade como um construto plural e polissêmico da cultura, demonstrando a potencialidade de atuar sobre ela, acaba-se por seguir um caminho que, na própria ampliação, parece reforçar e atualizar representações de masculinidades (e feminilidades) marcadamente

heteronormativas, acentuando diferenças entre grupos de homens e entre homens e mulheres nas ações de cuidado propostas, como veremos adiante. Esse caráter heteronormativo reverbera fortemente nas políticas de saúde direcionadas à família. Novos modelos de sexualidade, parentalidade e amor ainda não conseguem dar conta de desfazer a lógica de que “haveria apenas um modo adequado, legítimo, normal de masculinidade e feminilidade e uma única forma sadia e normal de sexualidade, a heterossexualidade”; desse modo, “afastar-se desse padrão [ainda] significa buscar o desvio” (Louro, 2008, p. 44). Gênero e sexualidade seguem sendo sustentados por uma lógica reducionista em que, mesmo que se admitam distintas formas de vivê-los, determinado padrão ainda vigora, preponderando a família heterossexual como referência e modelo educativo nas políticas públicas em geral e na PNAISH.

As masculinidades (heterossexuais) são ressignificadas e multiplicadas para incluí-las em temas, rotinas, metodologias, participação e escuta, agora voltadas a uma atuação mais efetiva nas consultas de pré-natal, no parto e no acompanhamento à gestante, assim como no cuidado com sua própria saúde. Nesse processo, evidenciam-se também algumas conflitualidades que precisariam ser explicitadas e consideradas. No *folder Pai: uma nova vida precisa de você* (Brasil, 2013a), por exemplo, estão prescritas orientações e ações voltadas a homens e pais, tomando como base, mais uma vez, a perspectiva de gênero:

Promover junto à equipe a reflexão sobre temas relacionados à masculinidade, cuidado paterno e metodologias para trabalho com homens. Incluir os homens e pais nas rotinas dos serviços e convidá-los para as consultas, exames e atividades de grupo relacionadas ao cuidado com seus filhos e parceiras, tais como contracepção, teste de gravidez e acompanhamento pediátrico. Incentivar a participação dos pais no pré-natal, parto e pós-parto e dar a eles tarefas significativas, como cortar o cordão umbilical e/ou dar o primeiro banho. Divulgar o direito de eles acompanharem o parto. Facilitar a presença dos pais nas enfermarias, acompanhando seus filhos internados. Promover com

os homens atividades educativas que discutam temas relacionados ao cuidado, numa perspectiva de gênero. Acolher os homens, valorizando sua capacidade, escutando suas demandas e sugestões, oferecendo apoio nas situações difíceis e incentivando-os a cuidar da própria saúde. (Brasil, 2013a, p. 2)

Investe-se, aqui, na inclusão de homens no cotidiano dos serviços e em ações de saúde nas quais usualmente não estão presentes, incentivando sua participação em rotinas de pré-natal, no parto e no puerpério, o que incorpora demandas e críticas reiteradamente explicitadas por diferentes movimentos sociais. Entretanto, a Lei do Acompanhante (Lei Federal nº 11.108/2005), mencionada nesse *folder* (Brasil, 2013a), garante, em primeira mão, o direito da gestante a um/a acompanhante durante a gestação, o trabalho de parto e o pós-parto nos serviços de saúde no âmbito do SUS. Esse/a acompanhante deverá ser indicado/a por ela, podendo ser o pai, um novo companheiro, um/a amigo/a ou outra pessoa de sua escolha. Dessa forma, torna-se importante pensar sobre a tensão que pode se estabelecer entre a garantia de livre escolha das mulheres que podem escolher outro/a acompanhante e os direitos e desejos do pai em assistir e compartilhar o nascimento de um/a filho/a e tornar-se um cuidador já a partir desse momento ou de outro anterior a ele. As orientações dadas aos profissionais de saúde no material citado silenciam esse aspecto; silenciam, também, sobre o fato de que, mesmo quando as mulheres optam por serem acompanhadas pelo pai do/a filho/a, enfrentam-se barreiras institucionais, pois muitos profissionais de saúde ainda percebem a presença de homens como empecilho - alguém que pode atrapalhar e/ou tirar a privacidade das demais mulheres dentro dos serviços.

Assim, tanto os ensinamentos como os deveres e direitos exercitados pelos homens e/ou atribuídos a eles, articulam-se a compreensões de masculinidade presentes na cultura, as quais interferem no acesso universal aos serviços de saúde e na integralidade da atenção, bem como na equidade em saúde. Torna-se, pois, importante problematizar

[os] processos de produção de diferenças e desigualdades que são colocados em ação na relação entre educação e saúde (por exemplo, diferenças de classe, gênero, raça, geração), sobretudo porque podemos perceber como esses processos funcionam, posicionando [sujeitos como mulheres, homens, mães e pais] em torno de eixos como saudável/doente ou normal/patológico ou, ainda, norma/risco, com base nos conhecimentos que dão sustentação às práticas desenvolvidas nestes campos. (Meyer, 2003, p. 41)

Orientações como essas nos levam a considerar também que, ao mesmo tempo em que a política estimula os/as profissionais de saúde a acolher os homens nas ações de cuidado consigo e com suas famílias, ainda os posiciona como sujeitos faltosos, que necessitam aprender sobre algo que não fazem/sabem - e esse algo que falta está ligado, principalmente, ao afeto, ao envolvimento, ao cuidado e à participação, culturalmente tomados como se fossem sentimentos e atitudes permitidas e/ou vivenciadas pelas mulheres. Ou seja, mesmo que com essa formulação se busque atuar no fortalecimento do sujeito protagonista, nela ainda parecem reverberar representações de um homem distante, desinteressado e alheio ao processo de cuidado.

Os objetivos da PNAISH estão explicitamente direcionados à promoção da saúde integral de homens, e enfatizam a necessidade de integralidade nas ações, tanto para os/as profissionais como para grupos distintos de homens, além de mulheres e homens. A pesquisa de avaliação da política,⁷ entretanto, indica que, no cotidiano dos serviços, há ainda grande dificuldade de operacionalização de seus pressupostos. Seu plano de ação também não apresenta uma proposta para avaliar seus resultados e impactos, de modo que os/as profissionais de saúde possam ter parâmetros para a implantação e o acompanhamento das estratégias de atenção. O relatório final dessa avaliação refere, com base nas observações realizadas, uma significativa presença de homens nos serviços de saúde, o que demonstra que eles não estão ausentes, mas são pouco

⁷ Realizada em parceria com o Ministério da Saúde, investiu na “triangulação de métodos, de análises e de distintos aportes disciplinares, aumentando a complexidade de suas análises”. Utilizou, dentre vários procedimentos, entrevistas com usuários de serviços de saúde de todo o país (Brasil, 2004, p. 9).

visibilizados nesses espaços. A ausência de ações mais amplas e de prevenção acaba, pois, afastando-os e até impedindo o alcance da integralidade da atenção (Couto et al., 2010). Assim, estratégias que os/as profissionais de saúde poderiam utilizar para promover a presença de homens dentro dos serviços de atenção básica, acolhendo-os integralmente e estimulando sua participação nas ações de saúde e cuidado, ainda não estão se traduzindo em maneiras concretas de executar e potencializar a política.

Equidade e gênero na PNAISH

Como já indicamos, a PNAISH objetiva qualificar a atenção integral à saúde dos homens, objetivando garantir a promoção da saúde e a prevenção de agravos evitáveis, pois ficou evidenciado - pelos indicadores de saúde descritos em seus princípios e diretrizes - que a população masculina acessa o SUS principalmente por meio da atenção especializada, quando os agravos já estão instaurados. Os agravos instaurados desencadeiam 78% dos casos de óbito ligados a causas externas, doenças do aparelho circulatório, tumores e doenças do aparelho digestivo e respiratório; de acordo com dados de 2005 referentes a homens entre 15 e 59 anos,

de cada cem óbitos em acidentes de transporte terrestre, oitenta e dois são de homens, em geral jovens. Os homens são responsáveis por pelo menos seis de cada dez óbitos por doenças do aparelho circulatório e, no conjunto, esta é uma faixa etária em que a mortalidade masculina é pelo menos o dobro da feminina. No Brasil, a esperança de vida ao nascer já atingiu a média de 76,71 anos para as mulheres e 69,11 para os homens -, um indicador cuja melhoria está ligada fundamentalmente à elevação da expectativa de vida dos homens. (Brasil, 2009b, p. 8)

Segundo os documentos, os homens têm mais dificuldade de aderir a ações de prevenção, ainda mais necessárias num contexto em que os óbitos são predominantes entre eles. Por isso, argumenta-se que

Essa política vem ao encontro da equidade de gênero que se faz presente na agenda mundial há mais de duas décadas, sendo o Brasil um dos países

pioneiros em instituir a Saúde do Homem enquanto área técnica do governo federal. (Moura, 2012, p. 9)

No contexto de políticas de saúde como a PNAISH, o termo “equidade” vem sendo utilizado para indicar a necessidade e a urgência de corrigir desigualdades de acesso, permanência e atenção qualificada no âmbito do sistema de saúde, articuladas a, ou decorrentes de, desigualdades de gênero, geração, raça e classe, dentre outras. Em um país com grandes desigualdades sociais como o Brasil, propor ações que objetivam a integralidade e a equidade significa minimizar efeitos dessas diferenças por meio da produção de ofertas diferenciadas para quem está em condição desigual, ou seja, dar mais para quem tem menos, na tentativa de propiciar igualdade, pois “atender igualmente os desiguais poderia resultar na manutenção das desigualdades” (Paim; Silva, 2010). Para Cecílio (2009), a proposição da equidade se torna importante na esfera da atenção em saúde porque visa a ampliação e o acesso universal na utilização dos serviços, sobretudo ao propor formas de organizar os processos de trabalho, incluindo o planejamento, a gestão e a construção de saberes e práticas em saúde, com o objetivo de ampliar, nesse caso, a atenção a segmentos específicos da população. No caso da PNAISH, as propostas governamentais emergem de demandas de atenção e cuidado específicas, direcionadas a homens adultos. Assim, ações referentes à “equidade de gênero” ganham destaque, na medida em que se evidencia maior suscetibilidade de homens a certas doenças e mortes, bem como porque grande parte da população brasileira faz parte de um contexto sociocultural que vivencia e naturaliza determinadas violências e vulnerabilidades, associadas a uma masculinidade hegemônica. Isso se evidencia no documento *Perfil da situação de saúde do homem no Brasil*:

As diferenças de morbimortalidade entre homens e mulheres são amplamente conhecidas: os homens morrem mais cedo, morrem principalmente por causas externas (acidentes e violências), são mais suscetíveis às doenças cardiovasculares, possivelmente pelos comportamentos de risco mais frequentes, procuram menos os serviços de saúde, por limitação de tempo e, principalmente, pela falsa

autopercepção da sua infalibilidade física e mental. (Moura, 2012, p. 9)

Medrado et al. (2010), chamam atenção para o uso recorrente dos indicadores de mortalidade e morbidade. Argumentam que eles não apenas descrevem os homens como frágeis ou vítimas, mas vêm forjando no âmbito das políticas de saúde representações de masculinidade que tanto os posicionam como responsáveis pelo adoecimento quanto obstáculo a sua saúde, ao mesmo tempo em que permitem individualizar a responsabilidade pelos agravos. Porém, interessa-nos aqui pensar em sentidos relacionados ao termo “equidade” na PNAISH e em que medida atuam na perspectiva de gênero.

A PNAISH utiliza equidade em interface com o termo “gênero/masculinidade”, reconhecendo que o gênero se constitui como uma das formas de organização das relações sociais, bem como dos seus efeitos. Como já indicamos, a perspectiva relacional de gênero é apresentada nos textos da política, que discute a masculinidade de modo plural, relacional e constituída por meio de processos educativos e culturais, que podem ou não envolver a saúde. Também faz considerações sobre feminilidade e masculinidade hegemônicas, principalmente a partir de seus impactos nas formas de viver, morrer, gerar, criar os/as filhos/as, cuidar-se, vincular-se e acessar a rede de saúde. Ao mesmo tempo, torna-se importante destacar que o exame dos argumentos utilizados para justificar a implantação da política indica a centralidade de processos educativos e curativos, impregnando-os de uma visão utilitária que, de alguma forma, individualiza e culpabiliza os homens por seu distanciamento dos serviços de saúde. Assim, Gomes (2008) salienta que os agravos e as enfermidades seguem protagonizando o texto da política e suas propostas de intervenção.

Martins e Malamut (2013) salientam que o texto-base da PNAISH utiliza 24 páginas do diagnóstico para retratar o panorama de morbidade e mortalidade dos homens. Eles também argumentam que, no texto, enfatiza-se a culpabilização dos homens pelo próprio adoecimento e pela ausência nos serviços e ações de saúde, havendo poucas e incipientes discussões sobre a organização dos processos de trabalho nesses mesmos serviços; isso contribui para a baixa

adesão dos homens, afastando-se, portanto, de ações pensadas à luz da integralidade e da equidade, assim como da perspectiva de gênero e, acrescentamos nós, de possibilidades de sua transversalização em outras políticas e ações. A ênfase, nos documentos examinados, recai sobre a necessidade de ampliar e (re)significar suas vivências familiares, íntimas, privadas e/ou públicas, incluindo a adesão aos atendimentos, a participação na gestação, no pré-natal e na criação dos/as filhos/as. Cabe então perguntar: como produzir saúde para homens fora do circuito curativista, culpabilizante e individualizante? Como produzir saúde coletiva com homens, considerando a multiplicidade de masculinidades e os distintos modos de viver a masculinidade (para além do corpo biológico)? E quais estratégias estão sendo viabilizadas para acolher essas diferenças como diferenças, sem a pretensão primeira de modificá-las?

No que se refere à paternidade e à educação de um homem-pai cuidador, a PNAISH evidencia a necessidade de construção de políticas públicas que promovam ações capazes de interpelar os homens e aproximá-los de formas de viver comportamentos mais saudáveis, enfatizando a importância de que eles assumam essas vivências e se tornem mais responsáveis, participativos, sensíveis e cuidadores. Equidade, nesse contexto, pode significar também ampliar seu envolvimento nas ações domésticas, além de aliá-los aos cuidados materno-infantis e de proteção da infância/família. Vejamos como isso aparece no *folder Pai: uma nova vida precisa de você* (Brasil, 2013a):

PATERNIDADE E CUIDADO - A paternidade é um momento de mudança na vida do homem. Sua presença constitui-se como um importante elemento em todas as fases da vida do filho. Essa transição implica novas responsabilidades e, consequentemente, novas dúvidas e questionamentos. Mas os desafios de socializar e educar seu filho podem se resumir em uma simples atitude: ser um cuidador. Neste sentido, engajar os homens no acompanhamento da gestação e do parto de suas parceiras e nos cuidados no desenvolvimento da criança possibilita a todos uma melhor qualidade de vida e vínculos afetivos saudáveis. A PNAISH tem como um dos seus principais objetivos propor estratégias para que isso seja garantido.

Ao mesmo tempo em que a PNAISH toma a masculinidade e a paternidade como construtos, dando ênfase à paternidade como um momento de “mudança na vida do homem” e “transição” que “implica novas responsabilidades”, ela investe, fundamentalmente, em um homem-pai cuidador, responsável, participativo e afetivo, evidenciando e se devotando a uma masculinidade que incorpora sentidos relacionados à feminilidade hegemônica. Simultaneamente, coloca no centro de suas ações certa noção de família e conjugalidade heteronormativa e de saúde materno-infantil. Podemos pensar que a equidade pode estar sendo acionada, na política, para falar da necessidade de responsabilizar os homens tanto pelo seu próprio cuidado como pela participação, desde o pré-natal, no cuidado com seus/suas filhos/as, tarefas antes definidas e delegadas fundamentalmente às mulheres.

Neste mesmo *folder* (Brasil, 2013a), há referência a direitos que os homens devem acionar, como a licença-paternidade de cinco dias,⁸ concedida por meio da Constituição Federal de 1988.⁹ Então indagamos: como pensar em equidade/igualdade quando são concedidos cinco ou até 20 dias aos homens para exercer a licença-paternidade enquanto às mulheres é concedido de quatro a seis meses de licença-maternidade? Que efeitos essas diretrizes produzem nas vidas de homens e mulheres? O que eles e elas (re)aprendem sobre o seu lugar nos cuidados das crianças que geram/criam? E para as relações afetivas que não se enquadram nos conceitos de família e conjugalidade nos quais a política investe? E para as crianças? Isto é, que pressupostos de gênero atravessam e configuram essas políticas públicas, as leis e as normas em torno da saúde e/ou do nascimento de um/a filho/a?

No que tange à equidade, a dimensão racial vem sendo recentemente mobilizada pela PNAISH. Rita Barata (2009) argumenta que, no Brasil, a população negra está concentrada em áreas mais pobres, com menor nível de desenvolvimento humano em relação à população em geral e menos acesso à saúde, à educação, ao saneamento básico e aos postos de trabalho. Além disso, a chance

de haver um/a recém-nascido/a de baixo peso, pequeno/a ou prematuro/a é maior entre mães negras e/ou pardas em comparação às mães brancas; há também maior número de mortes maternas e neonatais. E, além de aprofundar as desigualdades de acesso às políticas públicas e as desigualdades socioeconômicas, o racismo também influencia diretamente nas mortes violentas de negros, sendo a maioria por armas de fogo, o que diminui a expectativa de vida, principalmente de homens, jovens e de baixa escolaridade (Cerqueira; Moura, 2013). Ou seja, ser negro é um fator que influencia fortemente as condições gerais de vida e saúde de grande parte da população brasileira.

Na medida em que a maioria dos materiais de divulgação, inclusive das políticas públicas de saúde, é protagonizada por sujeitos brancos, os negros podem não se sentir interpelados, convidados e integrados a esses espaços coletivos. A PNAISH vem promovendo essa inclusão ao (re) editar, por exemplo, um *folder*, com o mesmo título do anterior, *Pai, uma nova vida precisa de você*, colocando na capa um homem-pai negro. Isso, por um lado, demonstra investimento na pluralização das representações de paternidade, para que diferentes grupos sociais possam se reconhecer fazendo parte dela. Por outro, não se evidenciam no texto sugestões concretas de articulações a serem feitas entre essa política e a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, que também analisamos (Centeno, 2016).

A pluralidade das formas de ser homem que colocam em xeque modelos de masculinidade hegemônica é mencionada na formulação da PNAISH:

Promover a atenção integral à saúde do homem nas populações indígenas, negras, quilombolas, gays, bissexuais, travestis, transexuais, trabalhadores rurais, homens com deficiência, em situação de risco, em situação carcerária, entre outros, desenvolvendo estratégias voltadas para a promoção da *equidade* para distintos grupos sociais. (Brasil, 2009b, p. 54, grifo nosso)

8 A ex-presidente Dilma Rousseff sancionou, em 8 de março de 2016, a Lei nº 13.257, que aumenta a licença-paternidade de cinco para 20 dias. Só têm direito à licença os trabalhadores de locais que fazem parte do programa Empresa Cidadã, que foi criado em 2008.

9 Constituição Federal de 1988, em seu art. 7º, XIX, e art. 10, §1º.

O excerto indica que a “atenção integral” e a “equidade” pretendem contemplar o acesso de um grupo amplo de homens, multiplicando formas de viver e sentidos em torno da masculinidade - porém, nos materiais de divulgação (e na operacionalização sugerida), as representações de masculinidades não hegemônicas são pouco visibilizadas. Casais homoafetivos são ignorados no planejamento reprodutivo, por exemplo. Ou seja, ao mesmo tempo em que os documentos oficiais sinalizam para uma concepção ampliada de masculinidade, a PNAISH toma como foco de suas ações homens entre 20 e 59 anos, produzindo um endereçamento, sobretudo, para homens jovens, adultos e em idade reprodutiva, cis e heterossexuais, algo também explicitado no *folder Não importa o tipo de homem que você é: seja do tipo que cuida da sua saúde* (Brasil, 2013c):

O Sistema Único de Saúde entende que a qualidade de vida do homem jovem e adulto exige cuidados com a saúde. São muitos desafios a serem enfrentados, principalmente em relação às doenças que são mais frequentes entre os homens. A PNAISH promove ações de saúde respeitando as diferentes maneiras de ser dos homens, organizando-se através de três eixos principais: saúde sexual, reprodutiva e paternidade, violências e acidentes em geral e o acesso/acolhimento dos homens na atenção básica, porta de entrada prioritária na Rede SUS.

Os documentos abordam de forma crítica alguns processos educativos e culturais que aliam a masculinidade a ações que demandam força e coragem, buscando conscientizá-los, por exemplo,

do dever e do direito à participação no planejamento reprodutivo. A paternidade não deve ser vista apenas do ponto de vista da obrigação legal, mas, sobretudo, como um direito do homem a participar de todo o processo, desde a decisão de ter ou não ter filhos, como e quando tê-los, bem como de acompanhamento da gravidez, do parto, do pós-parto e da educação da criança. (Brasil, 2009b, p. 28-29)

A inclusão dos homens no planejamento da vida sexual e reprodutiva, bem como de ações que envolvem o cuidado, também exige que as

mulheres legitimem seu poder de decisão - isto é, os documentos traduzem a necessidade e a aplicabilidade do conceito de equidade, uma vez que tanto homens como mulheres, historicamente, são desafiados a vivenciar processos que os aproximem de relações de igualdade. Talvez essa premissa direcione a política a investir mais nos homens, incentivando-os a participarem de ações de saúde e cuidado, pois, culturalmente, em menor parte, eles são convidados/convocados a integrá-las.

Assim, a estratégia de formular uma política destinada aos homens tanto é inovadora quanto reprodutrora de masculinidades e relações de gênero vigentes. Sérgio Carrara, Jane A. Russo e Livi Faro (2009) argumentam que a saúde dos homens, ao longo da história, não foi alvo do planejamento e da execução de ações em políticas da área da saúde no Brasil, e que, ao ser colocada em pauta, segue enfrentando barreiras em sua implementação, no que diz respeito ao aprofundamento e a desdobramentos da noção de homens como sujeitos de gênero.

Breves considerações... finais?

Pensar em um plano coletivo para a participação de homens nas políticas públicas, em especial na área da saúde, significa problematizar algumas compreensões e espaços onde as masculinidades são instituídas, bem como a própria noção de gênero que sustenta tais propostas. A transversalização de gênero que buscamos analisar, em articulação com os conceitos de equidade e integralidade, nos permitiu uma aproximação com modos de produção de saúde que são atualizados por meio dos “encontros entre os diferentes nós de uma rede de enunciação da qual emerge, como seu efeito, um mundo que pode ser compartilhado pelos sujeitos” (Passos; Eirado, 2009, p. 115). O ato de compartilhar implica experimentação e abertura para criação de outros modelos que nascem do encontro entre sujeitos, práticas e vivências.

Em que pese a importância e o ineditismo da PNAISH ao dar relevo à saúde de homens, ainda se evidenciam barreiras institucionais, questões culturais e modelos de atenção muito calcados em modos de atenção que exploram pouco, tanto discursivamente como no cotidiano das práticas, os conceitos de equidade e integralidade. O entendimento das masculinidades

como produto da cultura e dos modos de subjetivação presentes na sociedade amplia o olhar para o que a política opera. Entretanto, e ainda que a PNAISH afirme que “a heterogeneidade das possibilidades de ser homem” deve ser considerada, e que “as masculinidades são construídas histórica e socioculturalmente, como um processo em permanente transformação” (Brasil, 2009b, p. 15), seus materiais oficiais ora sinalizam para a pluralização das masculinidades, ora não. Dessa maneira, e na contramão dessa pluralização, até seu título, quando refere a saúde *do homem* (com artigo definido e no singular) reitera a homogeneização. Esse *homem* que a política busca incluir ainda integra uma população de homens adultos, heterossexuais, em idade produtiva e reprodutiva. Os demais modos de ser homem são pouco contemplados na política, de acordo com seu texto-base.

Da mesma forma, ao se voltar para o atendimento de demandas sociais e estruturais relacionadas a, ou decorrentes de, pobreza, violência, falta de segurança pública, negligência na atenção à infância, baixa escolaridade e vulnerabilidade social, políticas públicas como a PNAISH instituem ações e ensinamentos direcionados a sujeitos de gênero, a fim de que eles e elas incorporem, reproduzam e/ou modifiquem formas de masculinidade e feminilidade e relações de poder de gênero vigentes, ao mesmo tempo em que (re)produzem e promovem a responsabilização individual pela resolução de problemas sociais e institucionais mais amplos. Com isso, ficam de fora reflexões importantes em torno da vulnerabilidade programática, por exemplo, que diz respeito à inoperância e à escassez dos serviços públicos, que, em nosso país, parecem inerentes à grande parte dos serviços básicos de atenção à saúde (Klein, 2010; Pereira, 2015).

É necessário considerar, ainda, que a PNAISH, diferentemente de outras políticas que emergiram de demandas de movimentos sociais,¹⁰ resultou de um movimento da sociedade de urologia, o que acabou por direcioná-la, principalmente, à realização de

exames e à prevenção de doenças como o câncer de próstata. Assim, se assumimos que qualquer política pública deveria garantir a participação social em sua elaboração, implantação e implementação, isso não ocorreu no caso do público-alvo da PNAISH, homens e suas masculinidades. Em outra direção, Benevides e Passos (2005) entendem a saúde como um processo produzido a partir de uma experiência que precisa ser colocado em discussão. Para além de uma experiência reduzida à dicotomia queixa-conduta, trata-se, aqui, da necessidade de apontar a multiplicidade dos determinantes em saúde e a relação de participação desses sujeitos nisso. Homens, em suas multiplicidades, de diferentes faixas etárias, classes sociais, raças/cores, escolaridades e regiões. Homens no centro de seus processos de produção de saúde, responsáveis por cogerir esses percursos, talvez pudessem vivenciar um processo de subjetivação que resultasse na ampliação da sua participação em práticas de prevenção e promoção de saúde. Nesse caso, diferentes grupos deles poderiam refletir e incidir sobre as ações em saúde, talvez modificando modelos de atenção e gerindo suas relações de trabalho, família e saúde.

Referências

- BANDEIRA, L. Introdução. In: BRASIL. *Fortalecimento da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres: avançar na transversalidade de gênero nas políticas públicas*. Brasília, DF: Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe, 2005. p. 4-7. Disponível em: <<https://bit.ly/2FFMXyv>>. Acesso em: 16 jul. 2013.
- BARATA, R. B. *Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.
- BENEVIDES, R.; PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 561-571, 2005.

¹⁰Desde o governo de Fernando Henrique Cardoso até o final de 2015, pelo menos, vivenciamos a formulação e a implantação de inúmeras políticas públicas de “inclusão social”. No âmbito da saúde, podemos citar a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (Brasil, 2010) e a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Brasil, 2013b), que resultam de lutas e demandas de movimentos sociais, sendo focadas na ampliação dos direitos de acesso a bens e serviços e na redução das desigualdades sociais e da vulnerabilidade delas decorrentes.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização: humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas esferas do SUS*. Brasília, DF, 2004. Disponível em: <<https://bit.ly/2nG1vGO>>. Acesso em: 14 nov. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes*. Brasília, DF, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: Plano de Ação Nacional, 2009-2011*. Brasília, DF, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes*. Brasília, DF, 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política do SUS*. Brasília, DF, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Pai: uma nova vida precisa de você*. Brasília, DF, 2013a. Folder.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transsexuais*. Brasília, DF, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Não importa o tipo de homem que você é: seja do tipo que cuida de sua saúde*. Brasília, DF, 2013c. Folder.

CARRARA, S.; RUSSO, J. A.; FARO, L. A política de atenção à saúde do homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 659-678, 2009.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. 8. ed. Rio de Janeiro: Instituto Moreira Salles, 2009. p. 117-130.

CENTENO, S. R. *As representações de sujeito na Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN): uma abordagem de gênero e raça/cor*. 2016. Dissertação (Mestrado em

Educação) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016.

CERQUEIRA, D. R. C.; MOURA, R. L. *Vidas perdidas e racismo no Brasil*. Brasília, DF: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2013. v. 10. (Série Nota Técnica).

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

CUNILL GRAU, N. La intersectorialidad en las nuevas políticas sociales: un acercamiento analítico-conceptual. *Gestión y Política Pública*, Ciudad de México, v. 23, n. 1, p. 5-46, 2014.

FERRAZ, D.; KRAICZYK, J. Gênero e políticas públicas de saúde: construindo respostas para o enfrentamento das desigualdades no âmbito do SUS. *Revista de Psicologia da Unesp*, Assis, v. 9, n. 1, p. 70-82, 2010.

GOMES, R. *Sexualidade masculina, gênero e saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

HEILBORN, M. L.; ARAÚJO, L.; BARRETO, A. (Org.). *Gestão de políticas públicas em gênero e raça*: GPP-GeR: módulo V. Brasília, DF: Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2011.

LEAL, A. F.; FIGUEIREDO, W. S.; NOGUEIRA-DA-SILVA, G. S. O percurso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), desde a sua formulação até sua implementação nos serviços públicos locais de atenção à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 10, p. 2607-2616, 2012.

KLEIN, C. *Biopolíticas de inclusão social e produção de maternidades e paternidades para uma infância melhor*. 2010. Tese (Doutorado em Educação) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

LOURO, G. L. Currículo, gênero e sexualidade: o “normal”, o “diferente” e o “excêntrico”. In: LOURO, G. L.; FELIPE, J.; GOELLNER, S. V. (Org.). *Corpo, gênero e sexualidade: um debate contemporâneo na educação*. Petrópolis: Vozes, 2008. p. 43-53.

- MARTINS, A. M.; MALAMUT, B. S. Análise do discurso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 429-440, 2013.
- MATTOS, R. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado em saúde*. 4. ed. Rio de Janeiro: Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2005. p. 43-68.
- MEDRADO, B. et al. Reflexões irônicas sobre gestão pública dos homens na saúde: entre a disciplina e a positividade do risco. In: MEDRADO, B. et al. *Homens e masculinidades: práticas de intimidade e políticas públicas*. Recife: Instituto Papai, 2010. p. 53-78.
- MEYER, D. et al. Vulnerabilidade, gênero e políticas sociais: a feminização da inclusão social. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 22, n. 3, p. 885-904, 2014.
- MEYER, D. Educação, saúde e modos de inscrever uma forma de maternidade nos corpos femininos. *Movimento: Revista de Educação Física da UFRGS*, Porto Alegre, v. 9, n. 3, p. 33-58, 2003.
- MEYER, D. *Políticas públicas de inclusão social e transversalidade de gênero: ênfases, tensões e desafios atuais*. Porto Alegre: UFRGS, 2014. Projeto de pesquisa.
- MOURA, E. *Perfil da situação de saúde do homem no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.
- NICHOLSON, L. Interpretando o gênero. *Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 8, n. 2, p. 9-41, 2000.
- PAIM, J. S.; SILVA, L. M. V. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. *Boletim do Instituto de Saúde*, São Paulo, v. 12, n. 2, 2010. Não paginado.
- PASSOS, E.; EIRADO, A. Cartografia como dissolução do ponto de vista do observador. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (Org.). *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina, 2009. p. 109-130.
- PEREIRA, J. P. *Da paternidade responsável à paternidade participativa? Representações de paternidade na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH)*. 2015. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.
- PINHEIRO, R. Cuidado em saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Org.). *Dicionário da educação profissional em saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. p. 110-113.
- SANTOS, H. B. *Um homem para chamar de seu: uma perspectiva genealógica da emergência da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem*. 2013. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social e Institucional) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.
- SCHRAIBER, L. B.; GOMES, R.; COUTO, M. T. Homens e saúde na pauta da saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 7-17, 2005.
- SCHRAIBER, L. B. et al. Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 5, p. 961-970, 2010.
- SHORE, C.; WRIGHT, S. *Anthropology of policy: critical perspectives on governance and power*. London: Routledge, 1997.
- SPINK, P. K. Psicologia social e políticas públicas: linguagens de ação na era dos direitos. In: MARQUES, E.; FARIA, C. A. P. (Org.). *A política pública como campo multidisciplinar*. São Paulo: Editora Fiocruz, 2013. p. 155-180.

Contribuição dos autores

Peixoto é autora da dissertação de mestrado que sustenta o artigo. Meyer orientou a dissertação e foi coordenadora da pesquisa interinstitucional à qual a dissertação se vincula. Klein coorientou a dissertação. As três autoras trabalharam igualmente na elaboração do artigo.

Recebido: 10/12/2018

Aprovado: 22/01/2019