

Mesaque Martins, Alberto; Salles Malamut, Bernardo
Análise do discurso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem
Saúde e Sociedade, vol. 22, núm. 2, abril-junio, 2013, pp. 429-440
Universidade de São Paulo
São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406263659014>

Análise do discurso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem

Brazilian National Policy of Men's Health Integral Care: analysis of its discourse

Alberto Mesaque Martins

Mestrando em Psicologia pela Universidade Federal de Minas Gerais.

Endereço: Rua José Paulo Coutinho Fonseca, 35, Cristina, CEP 33105-080, Santa Luzia, MG, Brasil.

E-mail: albertomesaque@yahoo.com.br

Bernardo Salles Malamut

Mestre em Ciências da Saúde. Professor Assistente do Centro Universitário UNA de Belo Horizonte.

Endereço: Rua Paraíba, 1352, 908, Funcionários, CEP 30130-141, Belo Horizonte, MG, Brasil.

E-mail: bernardomalamut@gmail.com

Resumo

Nos últimos anos, a saúde do homem vem se configurando como um emergente campo de estudos no âmbito da Saúde Coletiva. No Brasil, a preocupação com esta temática encontra-se traduzida na recém-instituída Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH). Pautando-se na noção foucaultiana de discurso e nos pressupostos das teorias de gênero, este estudo teve como objetivo identificar e analisar alguns dos discursos que sustentam a PNAISH. Foram analisados textos e documentos oficiais do Ministério da Saúde bem como notícias jornalísticas referentes ao processo de construção, lançamento e implantação desta política no cenário brasileiro. Resultados apontam que a PNAISH surge a partir de uma decisão política e não de uma demanda reconhecida e compartilhada pelos homens, abrindo pouco espaço para participação nos processos decisórios e deliberativos. A vitimização e culpabilização dos homens pelo próprio adoecimento ainda se mostra como uma característica marcante no documento-base. A análise dos discursos que constituem a PNAISH aponta para a complexidade que permeia o seu processo de implantação no País e para a necessidade de uma reflexão constante sobre seus pressupostos éticos e políticos, incidindo, assim, em possíveis reformulações que garantam a efetividade dos princípios do Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: Gênero e Saúde; Saúde do Homem; Políticas Públicas.

Abstract

Men's health has become an emergent field of studies in public health recently. The newly-established Brazilian National Policy on Men's Health (PNAISH) represents the concerns with this matter. Based on the Foucaultian notion of discourse and in assumptions of gender theories, this study aims to identify and analyze some of the discourses that support PNAISH. Its official text and documents of the Ministry of Health were analyzed, as well as newspaper articles covering the planning, launching and execution of that policy in Brazilian scenario. The results point out that PNAISH appeared not from a commonly recognized demand, but from a political decision, so that little space was granted to a participatory decision-making and deliberative process. The victimization and blaming of men for their illnesses is still a remarkable feature of the policy document. The analysis of discourses that constitute PNAISH points out to a complexity that pervades its implementation process in Brazil, and indicates the necessity of constantly thinking about its ethics and political presuppositions, so that further changes in PNAISH may assure the effectiveness of SUS' fundamental principles.

Keywords: Gender and Health; Men's Health; Public Politics.

Introdução

As temáticas relacionadas ao processo de saúde e adoecimento da população masculina vêm se configurando como um importante e emergente campo de estudos, subsidiando debates e reflexões no âmbito da Saúde Coletiva (Medrado e col., 2009; Trindade e col., 2011; Couto e Gomes, 2012). Em todo o mundo, percebe-se o crescimento da produção científica acerca das masculinidades e a tradução destes conhecimentos em intervenções que contribuem para o delineamento de políticas públicas (Connel, 2005; Schraiber e col., 2005; Gomes, 2011).

Embora ressoe como novidade, a preocupação com a saúde masculina e a maior suscetibilidade dos homens ao adoecimento não é uma temática recente, própria do século XXI (Gomes, 2008). As maiores taxas de morbi-mortalidade dos homens vêm sendo evidenciadas desde os primórdios da Epidemiologia, no século XVII, por meio dos estudos de John Graunt, em que se constatava a maior vulnerabilidade dos homens à cólera, em Londres (Rothman, 1996). Da mesma forma, ainda na década de 1990, Kimmel (1992) ressaltava que durante séculos quase todos os livros publicados eram escritos por homens e a eles direcionados, refletindo a configuração de uma sociedade pautada na supremacia destes sobre as mulheres.

Segundo Gomes (2011), os primeiros estudos sobre a saúde dos homens datam da década de 1970. Eles se mostravam pautados no adoecimento masculino e ancorados em premissas biomédicas, epidemiológicas e comportamentais, desconsiderando a complexidade dos contextos histórico-sociais e políticos nos quais estes homens existiam. Entretanto, a partir das últimas décadas do século XX, sobretudo após a ascensão dos movimentos feministas e posteriormente, dos movimentos *queer*¹, percebe-se um importante deslocamento na concepção teórico-política destes estudos que passam a incorporar em sua análise a perspectiva de gênero (Schraiber, 2008).

Nesse sentido, nota-se um rompimento da concepção técnico-científica dos homens como “corpos

¹ Os movimentos queers referem-se a um movimento teórico-político organizado em meados da década de 1990, que se posicionava contra a heteronormalização compulsória da sociedade e propunha a desconstrução e desnaturalização das normas de instituídas de gênero. Para saber mais, consultar Louro (2001).

com pênis” que passam a ser considerados enquanto sujeitos histórico-sociais em exercício de masculinidades (Schraiber e Figueiredo, 2011). Este novo olhar sobre os homens ainda se encontra num processo de inclusão no cenário acadêmico-científico, bem como no discurso das políticas públicas vigentes (Araújo e col., 2011).

No Brasil, a preocupação com a temática da saúde da população masculina encontra-se traduzida na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), instituída através da Portaria nº 1.994, de 27 de agosto de 2009 (Brasil, 2009a). Segundo o seu documento-base, a PNAISH possui como principal objetivo:

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. 36).

A PNAISH vem sendo apontada como uma política pública de vanguarda no cenário mundial, sendo a primeira política pública de saúde voltada especificamente para os homens na América Latina e a segunda no continente americano, após o Canadá. Dada a sua recente institucionalização, a PNAISH ainda se encontra num processo de implantação e implementação no território nacional (Carrara e col., 2009).

Entretanto, considerando-se que o maior adoecimento e a maior mortalidade da população masculina vêm sendo constatados desde séculos anteriores e que o desenvolvimento de políticas públicas pautadas na perspectiva de gênero vem sendo incentivado desde a Conferência Internacional de Desenvolvimento do Cairo, em 1994, cabe questionar quais os possíveis motivos que impulsionaram o delineamento da PNAISH neste momento histórico-social. Na mesma direção, torna-se necessário perguntar: de quem é a demanda por esta política pública? Do Estado e seus representantes ou da própria população masculina? Tomando a PNAISH como um produto social, que interesses permeiam sua implantação e implementação? Que vozes discursivas sustentam a sua institucionalização?

Assim, visando lançar luz sobre esses questionamentos, este estudo teve como objetivo identificar e analisar alguns dos discursos que sustentam a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH).

Metodologia

Pautado na noção foucaultiana de discurso como prática social (Foucault, 1969/2008) e visando compreender a articulação entre um determinado contexto histórico-social e a implicação deste em uma produção discursiva, realizou-se uma Pesquisa Qualitativa (Deslandes e Gomes, 2004; Minayo, 2007) e de cunho Documental (Cellard, 2008).

Optou-se pela leitura guiada pelos pressupostos da Análise do Discurso em sua modalidade francesa (Maingueneau, 1997; Rocha e Deusdará, 2005) que, em linhas gerais, entende não haver uma dissociação entre o linguístico e o social, sendo a linguagem não apenas uma “representação” ou suporte de um mundo pré-linguístico. Assim, interessa ao pesquisador considerar o conjunto de enunciação produzidas pelos sujeitos pesquisados como “correlato de uma certa posição sócio-histórica na qual os enunciadores se revelam substituíveis” (Maingueneau, 1997, p. 14).

Foram consideradas também as contribuições das Teorias de Gênero (Scott, 1995), sobretudo, a perspectiva feminista (Butler, 2011), além dos estudos acerca da relação entre os homens e o processo de saúde/adoecimento/cuidado (Connel, 1995; Gomes, 2008). Nessa perspectiva teórica e política, o conceito de gênero é tomado como um discurso que orienta os modos de pensar, sentir e agir em sociedade, revelando o caráter histórico-social das relações entre homens e mulheres e explicitando a constante disputa de poder (Scott, 1995; Araújo e col., 2011).

Lembrando Foucault (1969/2008), o qual ressalta não importar quem fala, mas sim o fato de que “o que ele diz não é dito de qualquer lugar” (p. 139), buscou-se construir um *corpus* que orientasse sobre os discursos de base envolvidos na construção da PNAISH pelo Ministério da Saúde. Para tanto, foram analisados o Documento-Base (Brasil, 2009b) e seu respectivo Plano de Ação (Brasil, 2009c), bem como outros documentos oficiais do Ministério

da Saúde e notícias jornalísticas referentes ao processo de construção, lançamento e implantação da PNAISH no contexto brasileiro. Essas notícias foram selecionadas por meio de consultas ao *sítio* de buscas “Google” a partir do uso de palavras-chave e termos, como por exemplo, “saúde do homem no Brasil”, “história da PNAISH”, “lançamento da PNAISH”, dentre outros. Visando garantir maior fidedignidade das informações, foram priorizadas matérias publicadas em veículos jornalísticos e de comunicação governamental e desconsideradas as notas referentes a *sítios* que não possuem caráter científico e/ou jornalístico.

Deve-se considerar não ter sido o objetivo deste estudo esgotar a análise dos discursos que sustentam a PNAISH, tendo em vista ser uma tarefa impossível dada a complexidade que permeia a formação discursiva (Brandão, 2006). Entretanto, propõe-se a reflexão e análise de alguns elementos que evidenciam e denunciam os jogos ideológicos e de poder pelos quais atravessam toda e qualquer instituição social.

Nessa perspectiva, conforme ressalta Bakthin (1979), todo discurso, enquanto linguagem e produto social é palco privilegiado de manifestação de ideologias e conflitos, confrontos ideológicos e luta de poderes, devendo, então, ser compreendido de forma contextualizada e crítica.

Resultados e discussão

A cena enunciativa da PNAISH

Segundo Maingueneau (2006), para se interpretar um discurso torna-se necessário explicitar os sujeitos discursivos (autores) bem como os lugares que estes ocupam na enunciação, contextualizando-os em uma cena enunciativa na qual o discurso toma forças e formas. Nesse sentido, é preciso haver uma *debreagem*, que segundo Fiorin (1995) refere-se à “expulsão fora da instância da enunciação da pessoa, do espaço e do tempo enunciado” (p. 29), de modo que são projetadas no enunciado evidências que possibilitam a identificação dos constituintes da enunciação. Em outras palavras, o discurso é formado por alguém que fala de um lugar e tempo específicos. Nessa direção Maingueneau (2005) ressalta:

A cenografia, como o *ethos* que dela participa, implica um processo de enlaçamento paradoxal: desde sua emergência, a fala supõe uma certa cena de enunciação que, de fato, se valida progressivamente por essa mesma enunciação. A cenografia é, assim, ao mesmo tempo, aquela de onde o discurso vem e aquela que ele engendra; ela legitima um enunciado que, por sua vez, deve legitimá-la, deve estabelecer que essa cena de onde a fala emerge é precisamente a cena requerida para enunciar, como convém à política, à filosofia, à ciência (Maingueneau, 2005, p. 77).

Para compor a cena enunciativa do discurso da PNAISH, recorreu-se à reconstrução histórica do seu processo de institucionalização. Entretanto, é importante considerar que a história da PNAISH não se encontra disponível em um único documento oficial. Antes, encontra-se espalhada e distribuída na literatura científica em alguns poucos textos que discutem a sua construção ou ainda em textos midiáticos que possibilitam maior compreensão deste processo.

Já nas primeiras páginas do documento-base, a PNAISH é apresentada aos leitores como uma política pública que “*traduz um longo anseio da sociedade [...]’* (Brasil, 2009b, p. 1). Entretanto, a leitura crítica de todo o documento revela que este mesmo anseio não é compartilhado pelos homens, público específico desta política. Diversos trechos do texto oficial apontam para a necessidade de mobilização da população masculina e para a criação de mecanismos e estratégias que conclamem os homens a aderir às ações e aos serviços de saúde, levando à afirmação de que “*a mobilização da população masculina brasileira para a luta pela garantia de seu direito social à saúde é um dos desafios dessa política*” (Brasil, 2009b, p. 2).

Analizando o processo de construção da Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) observa-se que ela constituiu-se como fruto da luta e reivindicação das mulheres e movimentos feministas que se manifestavam pela garantia do direito ao acesso aos serviços de saúde, bem como pela criação de ações que levassem em conta suas singularidades e especificidades (Costa, 2009). O mesmo parece não ocorrer com a população masculina, que ainda hoje se mostra distante dos espaços e ações de saúde,

sobretudo, aquelas oferecidas no âmbito da Atenção Primária (Figueiredo, 2005; Gomes e col., 2011a).

Tratando-se da PNAISH, percebe-se que ela surge a partir de uma decisão política e não de uma demanda reconhecida e compartilhada por toda a população, sobretudo, a masculina. Uma das primeiras referências a ela pode ser encontrada no discurso de posse do então Ministro da Saúde, José Gomes Temporão, em março de 2007. Naquele momento, o novo ministro inclui dentre as 22 metas de sua gestão: “instituir a Política Nacional de Atenção à Saúde do Homem” (Brasil, 2007).

A preocupação pessoal do ministro Temporão em institucionalizar uma política de saúde específica para os homens torna-se mais clara, posteriormente, em seu discurso de lançamento da PNASH, em 2009. Conforme aponta matéria publicada no Jornal Diário da Saúde, o ministro revelou que a ausência de ações de saúde voltadas para os homens fazia parte de uma preocupação pessoal, contribuindo para uma decisão de enfrentamento em sua gestão:

[A ausência de ações na área da saúde masculina] me incomodava há muito tempo [...]. Temos política de saúde para qualquer coisa que se possa imaginar, mas não para os homens, que vivem uma situação bastante delicada do ponto de vista da mortalidade [...]. Decidi enfrentar esse desafio bastante complexo!“ (Temporão apud Laboissière, 2009, grifo nosso).

O interesse do ministro pela construção de uma nova política pública parece disparar um processo de discussão da temática da saúde e adoecimento masculino em toda a sociedade brasileira. No mesmo ano de posse de Temporão, durante a XIII Conferência Nacional de Saúde, foram aprovadas pelos delegados duas propostas referentes à criação e institucionalização de programas e políticas públicas de saúde voltados para o público masculino, conforme destaca o relatório final da conferência:

77. Inserir políticas públicas nas três esferas de governo, voltadas à saúde do homem, que contemplem a prevenção, a promoção e o fortalecimento do atendimento de saúde preventiva às doenças mais prevalentes nessa população, adotando como estratégia a educação em saúde com a elaboração de cartilha educativa. Propor a participação do ho-

mem nas ações de planejamento familiar, inclusive com a esterilização cirúrgica masculina (Brasil, 2008a, p. 31).

173. Criar o programa de saúde do homem nas três esferas de governo de forma articulada com outras políticas públicas, com financiamento tripartite, para a realização de exames preventivos, incluindo aqueles para detecção de câncer de próstata (exame PSA), prevenção de acidentes, tabagismo, implantando cartilhas educativas e incentivando a inserção do homem nas ações de planejamento familiar, levando em conta a menor complexidade e risco da esterilização cirúrgica masculina (Brasil, 2008a, p. 107).

Chama a atenção o fato de que, na mesma Conferência, os delegados publicaram uma moção favorável ao Ministério da Saúde, tendo em vista a criação de um modelo de atenção à saúde dos homens, enfatizando a prevenção e o diagnóstico do câncer de próstata. Cabe ressaltar que a inclusão de propostas no relatório final, como as destacadas neste texto, reflete um processo participativo pautado em discussões de diversas temáticas nos níveis municipais, estaduais e, finalmente, durante a Conferência Nacional de Saúde. Deste modo, pode-se afirmar que também houve interesse da população civil organizada pela institucionalização da PNAISH, ainda que após a manifestação do interesse do ministro e com pouca participação na elaboração do documento-base. A moção 23 desta conferência aponta para o apoio recebido:

Nós, delegados(as) da 13^a Conferência Nacional de Saúde, apoiamos o Ministério da Saúde na realização de ações voltadas para a atenção à saúde do homem e aos programas de prevenção de tratamento focados no câncer de próstata e nas campanhas de sensibilização contra o preconceito (Brasil, 2008a, grifo nosso).

Um ano após a posse do Ministro Temporão e do anúncio da criação da nova política de saúde, foi instituída no Departamento de Ações Programáticas Estratégicas da Secretaria de Atenção à Saúde (DAPES/SAS), a Área Técnica de Saúde do Homem, sendo coordenada pelo médico ginecologista e sexólogo, Ricardo Cavalcanti, que escolheria para si uma equipe técnica orientada por premissas bio-

médicas e comportamentais. Vale ressaltar ainda a apropriação e valorização pelos gestores da nova área, nesse momento específico, dos saberes e interesses da ciência urológica que, posteriormente, viria refletir na redução da compreensão da saúde do homem ao processo de adoecimento e às enfermidades relacionados ao aparelho genital e urológico, distanciando-se dos princípios da integralidade e dos pressupostos da promoção da saúde.

Resgatando o processo de construção da PNAISH, Carrara e colaboradores (2009) apontam para o grande interesse da Sociedade Brasileira de Urologia (SBU) que, desde o ano de 2004, mobilizava-se em relação aos setores do governo, parlamentares, conselhos de saúde e outras sociedades médicas a favor da criação de uma política pública específica para a saúde masculina. Para os autores, a criação de uma política de saúde para os homens ia ao encontro dos interesses desta entidade, sobretudo a luta pela inserção dos urologistas nas unidades de Atenção Primária e o aumento dos honorários dos procedimentos e atendimentos urológicos oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Ainda segundo os autores, foram realizadas articulações políticas entre a Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) e a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) que passaram a integrar o grupo de discussão desta temática. Em nota publicada no site da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), em 2008, afirma-se que o documento-base da PNAISH foi construído a partir da realização de cinco seminários, coordenados por Ricardo Cavalcanti, que contaram com a participação de:

representantes dos conselhos nacionais de Secretários de Saúde (Conass), de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), sociedades científicas de urologia, cardiologia, gastroenterologia, pneumologia e psiquiatria, além de profissionais que atuam na saúde mental. Buscou também em reuniões com várias áreas do próprio Ministério da Saúde e com a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (Brasil, 2008c).

Embora os conselhos de secretários de saúde, pesquisadores, profissionais e as sociedades científicas possuam potencial para representação da população masculina, observa-se que os homens,

enquanto cidadãos/usuários dos serviços de saúde não integraram o processo de construção do texto-base e os debates acerca da implantação da PNAISH. A não inclusão dos homens no seio das discussões da construção de uma política pública voltada para seus interesses parece refletir o distanciamento destes dos serviços de saúde, conforme já evidenciado na literatura (Figueiredo, 2005; Gomes e col., 2011b). A incipienteza de movimentos sociais organizados de homens no Brasil e o caráter inovador da PNAISH parecem ter contribuído para esta realidade. Por outro lado, observa-se também a dificuldade da criação de mecanismos de aproximação e participação dos homens pelos próprios gestores do SUS (Couto e col., 2010; Guida, 2011).

Avaliando a percepção de homens jovens sobre a PNAISH, Mendonça e Andrade (2010) apontam que aqueles não são favoráveis à criação de uma política pública específica, chegando a considerar este fato como uma espécie de preconceito de gênero. Para os autores, apesar de os homens acreditarem que a PNAISH possa trazer vantagens e benefícios à sua saúde, faz-se necessário uma maior sensibilização dessa população referente à nova política, favorecendo a participação e o engajamento dos homens no desenvolvimento dos serviços de saúde.

Buscando viabilizar uma maior participação de outros sujeitos e atores na implantação da PNAISH, o texto-base construído foi submetido a uma Consulta Pública virtual, dos dias 09 a 29 de setembro de 2008 (Brasil, 2008b). Em seguida, o texto foi revisto e a PNAISH foi instituída no âmbito do SUS, no dia 27 de agosto de 2009, sendo lançada oficialmente em uma cerimônia no dia 27 de setembro de 2009, em Brasília - Distrito Federal-DF.

Os discursos da PNAISH

Para Foucault (1969/2008), o discurso é definido como um conjunto de enunciados, compostos por elementos nem sempre ligados por um princípio de unidade, que remetem à mesma formação discursiva, sendo concebido, assim, como uma família de enunciados pertencentes à mesma estrutura de origem. Deste modo, cabe à Análise do Discurso compreender a formação discursiva por intermédio da descrição dos seus enunciados, desvelando os jogos hegemônicos e contraditórios, assim como os pontos

de silenciamento que o compõem (Brandão, 2006).

Para tanto é necessário levar em conta que o discurso é uma instância em que a materialidade ideológica se concretiza, revelando, assim, as disputas de interesse e a luta pelo poder presentes em toda formação discursiva (Foucault, 1969/2008). Tratando-se do grupo idealizador da PNAISH composto por diferentes sujeitos, representando distintas instituições e interesses, percebe-se a criação de um cenário marcado por diversas concepções de saúde, de sujeito e de projetos de sociedade.

A diversidade de concepções epistemológicas e políticas, bem como a disputa ideológica do grupo idealizador parece estar refletida no texto do Documento-Base da PNAISH, onde podem ser encontrados alguns pontos dialéticos e, até mesmo, contraditórios. Nessa direção, Brandão (2006) destaca a importância de se enxergar os sujeitos do discurso não apenas como entidades físicas, organismos humanos individuais, mas sim, como representantes de lugares determinados na formação social, e por isso, não neutros.

Machado e Lavrador (2010) destacam que a construção política e a subjetivação são processos contínuos e indissociáveis, de modo que toda política ressoa e produz, ao mesmo tempo, processos de subjetivação e constituição de sujeitos, forjando e fomentando a expressão de modos específicos de vida. Tomando a PNAISH como um jogo discursivo, observa-se que ela ao mesmo tempo retrata e reconstrói noções já instituídas do “ser homem” e do “ser saudável”.

No decorrer do texto-base, o discurso epidemiológico, pautado numa concepção de risco restrita à possibilidade de contrair uma enfermidade ou estar suscetível à morte, é utilizado para construir uma noção de homem, enquanto indivíduo frágil, irresponsável e vítima da própria masculinidade (Carrara e col., 2009). Nos capítulos introdutórios, o termo “vulnerável” e suas variações são comumente utilizados como adjetivo que parece retratar a concepção de homem da política. Ainda no capítulo introdutório, os homens são apresentados como “mais vulneráveis às doenças” ou ainda, como indivíduos que apresentam “dificuldade em reconhecer suas necessidades, cultivando o pensamento mágico que rejeita a possibilidade de adoecer” (p. 4).

Medrado e colaboradores (2010) destacam que o uso retórico das informações e dados epidemiológicos não apenas propiciou a leitura vitimizante dos homens, mas, sobretudo, forjou um novo sujeito para as políticas públicas. Nesse sentido, para além do homem agressor e opressor da saúde das mulheres e do homem organizador das políticas de saúde, o discurso epidemiológico, ao explicitar as fragilidades e vulnerabilidades masculinas, recebe uma autorização social para constituir o homem como indivíduo que necessita de atenção e cuidados especiais.

Chama à atenção a ênfase dada pelos autores do texto-base na retratação do quadro de morbidade e mortalidade da população masculina brasileira, que ocupa as 24 páginas do capítulo intitulado “diagnóstico”. Nele, são apontadas as principais causas de mortalidade por doença, do público masculino, com pouca problematização a respeito da complexidade que permeia a constituição deste cenário. Percebe-se que, apenas neste lugar de vulnerabilidade e fragilidade, o cuidado de si e pelo outro dos homens, antes percebidos como indivíduos fortes, poderosos e indestrutíveis, passa a ser autorizado e legitimado pela sociedade.

Observa-se ainda, em todo o texto, um discurso de culpabilização dos homens pelo próprio adoecimento, bem como pela não adesão aos serviços e ações de saúde, abrindo pouco espaço para reflexão sobre como a organização e estruturação dos serviços de saúde contribuem para esta realidade. Ainda no capítulo introdutório, afirma-se que:

os homens não buscam, como fazem as mulheres os serviços de atenção primária [...] o que tem como consequência o agravo da morbidade pelo retardamento na atenção e maior custo para o sistema de saúde (Brasil, 2009b, 3).

Grande parte da não adesão às medidas de atenção integral, por parte do homem, decorre de variáveis culturais. Os estereótipos de gênero, enraizados há séculos em nossa cultura patriarcal, potencializam práticas baseadas em crenças e valores do que é ser masculino [...]. O homem julga-se invulnerável, o que acaba por contribuir para que ele cuide menos de si mesmo e se exponha mais às situações de risco (Brasil, 2009b, 4).

Embora o papel dos serviços de saúde seja incluído nas então denominadas “barreiras institucionais”, observa-se que a responsabilidade do Estado na situação de saúde da população masculina é pouco explorada e problematizada no texto da PNAISH, revelando um possível silenciamento referente a essa questão. Quando apontadas as dificuldades estruturais dos serviços de saúde, como por exemplo, horário de funcionamento e facilidade de acesso, os autores apresentam em sequência uma justificativa que aponta novamente para a responsabilidade dos homens por este distanciamento, como se observa no trecho a seguir:

Uma questão bastante apontada pelos homens para a não procura pelos serviços de atenção primária está ligada a sua posição de provedor. Alega-se que o horário de funcionamento dos serviços de saúde coincide com a carga horária do trabalho [...] Ainda que isso possa se constituir, em muitos casos, uma barreira importante, há de se destacar que grande parte das mulheres, de todas as categorias socioeconômicas, faz hoje parte da força produtiva, inseridas no mercado de trabalho formal, e nem por isso deixam de procurar os serviços de saúde (Brasil, 2009b, p. 3).

Este mesmo discurso de culpabilização dos homens reaparece na entrevista dada pelo então presidente da república, Luiz Inácio Lula da Silva, ao programa de rádio governamental “Café com o Presidente”, que foi ao ar no dia 10 de agosto de 2009, um dia após o domingo do Dia dos Pais, no qual anuncia a institucionalização da PNAISH. Lula inicia seu discurso, afirmando:

“No que diz respeito à saúde, os homens merecem um puxão de orelha, porque só procuram o serviço de saúde quando já estão doentes, e muitas vezes, com a doença já em estado avançado” (Brasil, 2009d, grifo nosso).

Outra dimensão a ser considerada refere-se à concepção de saúde que parece orientar o texto desta política. Medrado e colaboradores (2011a) ressaltam que a definição de saúde presente na PNAISH ainda se mostra associada à tradicional oposição à enfermidade, enfatizando-se em seu objetivo o enfrentamento “racional” dos fatores de risco visando

a redução das taxas de morbidade e mortalidade. Como ressalta Gomes (2008), os homens passam a ser representados na PNAISH como atores coadjuvantes, sendo os agravos e enfermidades os protagonistas do texto e das propostas de intervenções.

Essa perspectiva distancia-se dos referenciais da promoção da saúde e da perspectiva da integralidade, fazendo parte dos princípios e do próprio nome desta política, revelando a necessidade de se incorporar à dimensão biológica e comportamental, os aspectos psíquicos, políticos e sociais que constituem os sujeitos à qual ela é destinada (Schraiber e Figueiredo, 2011).

Ainda nesta direção, observa-se grande ênfase na criação de estratégias de mobilização dos homens para que estes passem a integrar e transitar pelos serviços de saúde, em detrimento de ações que incentivem os homens a desenvolver a autonomia e o protagonismo nas práticas de autocuidado. Conforme ressalta Medrado e colaboradores (2009), é preciso que as ações em saúde do homem incorporem os pressupostos da promoção à saúde e rompam com o paradigma biológico, centrado na figura do médico e das instituições de saúde. Assim, torna-se fundamental a criação de ações de promoção da saúde que valorizem a participação ativa dos homens e da comunidade nos processos de cuidado, alcançando, assim, espaços não instituídos ou formalizados, mas que vêm sendo reconhecidos como espaços coletivos com grande circulação do público masculino.

Visando garantir a sua implementação e o seu poder transformador, o Documento-Base da PNAISH aponta para a necessidade e viabilidade de maior articulação da política com os serviços da Atenção Primária, tendo em vista o seu papel de porta de entrada do SUS e o potencial para o desenvolvimento de ações preventivas e de promoção à saúde (Brasil, 2009b). Entretanto, observando os objetivos específicos traçados, bem como as ações propostas no Plano Nacional de Atenção 2009-2011 da PNAISH (Brasil, 2009c), observa-se a valorização de ações especializadas do nível de Atenção Secundário, com grande ênfase em ações voltadas para o adoeecimento do aparelho genital e urológico (Medrado e col., 2011b).

Carrara e colaboradores (2009) lembram que a primeira campanha de mobilização da população masculina, organizada numa parceria entre o Ministério da Saúde e a SBU, foi intitulada Campanha Nacional de Esclarecimento da Saúde do Homem e teve como tema a disfunção erétil. Para Schraiber e Figueiredo (2011), a redução da integralidade do atendimento masculino às preocupações com o adoecimento anatomo-patológico, sobretudo, os agravos sexuais e genitais, revela os mecanismos de *biopoder* que visam à domesticação e disciplinamento dos corpos, de maneira semelhante ao processo vivenciado pelas mulheres no século anterior (Vieira, 2002).

Tendo em vista o seu caráter histórico e político, a PNAISH também se encontra passível de reformulações, sendo igualmente permeada por movimentos de mudança e *ressignificação*. Nesse sentido, cabe destacar aqui as importantes iniciativas do Ministério da Saúde no que se refere à proposição de reformulações na organização da Área Temática de Saúde do Homem, passando a incorporar em sua prática de gestão novos referenciais teóricos, éticos e políticos, sobretudo as teorias de gênero, bem como na maior abertura ao diálogo e interlocução com a academia, profissionais e gestores em saúde. Tais iniciativas configuram-se como caminhos que possibilitam o rompimento com as premissas biomédicas e medicalizantes e abrem espaço para compreensões históricas, críticas e contextualizadas. Apesar de recentes, os efeitos dessas mudanças já são perceptíveis e possuem um impacto positivo no processo de implantação da PNAISH nos diferentes campos do País (Couto e Gomes, 2012).

Considerações finais

Apesar do caráter inovador e da perspectiva de mudança social, a PNAISH ainda se apresenta como um projeto transformador em construção. A análise de alguns dos discursos que sustentam o seu texto e a compreensão do contexto histórico-social em que ela foi gerida aponta para lacunas e pontos de silenciamento que parecem esconder interesses e objetivos, ainda não explicitados.

Observa-se que a nova política foi implantada e vem sendo implementada “em nome dos homens”,

abrindo pouco espaço para participação deles nos processos decisórios e deliberativos. Ao construir um projeto de política pública à margem dos desejos e interesses da população masculina, corre-se o risco de a PNAISH não atingir seus objetivos.

A vitimização e culpabilização dos homens pelo próprio adoecimento ainda se mostra como uma característica marcante, revelando a necessidade e o desafio de se repensar o papel da organização e estruturação dos serviços de saúde no distanciamento dos homens dos espaços institucionalizados de saúde. Mais do que desresponsabilizar os homens pelas suas escolhas, esta postura requer o reconhecimento da complexidade que permeia o quadro da situação de saúde da população masculina brasileira e mundial.

Por outro lado, se os homens não tiveram seus corpos disciplinados pelas vias da reprodução sexual, como ocorrido com as mulheres, cada vez mais se observam iniciativas que visam garantir o seu *status* de macho provedor e reprodutor através de ações que buscam manter a sua força física, bem como a sua capacidade reprodutivo-sexual.

É urgente romper com a concepção de homem, hoje, reduzida a “corpos com pênis e próstata” e resgatar a sua dimensão social e política enquanto sujeitos agentes de transformação social e protagonistas do próprio cuidado, tendo nos serviços de saúde aliados para prevenção e promoção da saúde (Medrado e col., 2011b). Este caminho parece ser o mais indicado a fim de concretizar o desafio da integralidade e da assistência humanizada.

A análise dos discursos que constituem a PNAISH aponta para a complexidade que permeia o seu processo de implantação no País e para a necessidade de uma reflexão constante sobre seus pressupostos éticos e políticos, incidindo assim em possíveis reformulações que garantam a efetividade dos princípios do Sistema Único de Saúde. Para tanto, torna-se necessário o desenvolvimento de novos estudos que se debrucem sobre os textos e contextos da PNAISH buscando, a partir de novos e diferentes olhares, subsídios para repensar, *ressignificar* e transformar esta política pública possibilitando a efetivação do SUS e o bem-estar de homens e mulheres brasileiros.

Referências

- ARAUJO, M. F.; SCHRAIBER, L. B.; COHEN, D. D. Penetração da perspectiva de gênero e análise crítica do desenvolvimento do conceito na produção científica da Saúde Coletiva. *Interface: Comunicação, Saúde e Educação*, São Paulo, v. 15, n. 38, p. 805-818, 2011.
- BAKHTIN, M. *Marxismo e Filosofia da Linguagem*. São Paulo: Hucitec, 1979.
- BRANDÃO, H. H. N. *Introdução à análise do discurso*. Campinas: Unicamp, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Discurso de posse do Dr. José Gomes Temporão no cargo de Ministro da Saúde em 19 de março de 2007*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=25744> Acesso em: 29 nov. 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Relatório Final da 13ª Conferência Nacional de Saúde: Saúde e Qualidade de vida: políticas de estado e desenvolvimento/Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Consulta Pública, nº 09, de setembro de 2008*. Consulta sobre a construção da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008b. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/PT-09-CONS.htm>> Acesso em: 14 set. 2011.
- BRASIL. Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz. Ministério recebe sugestões para saúde do homem. *Informe ENSP*, Rio de Janeiro, 29 set. 2008c. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/materia/index.php?matid=12938>>. Acesso em: 10 out. 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 1.994, de 27 de agosto de 2009*. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Diário Oficial da União, 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. *Plano de Ação Nacional 2009-2011 da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem*. Brasília, DF, 2009c.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Homens vão ganhar política nacional de atenção à saúde*. Programa Café com o Presidente. Brasília: Ministério da Saúde, 2009d (Transcrição). Disponível em: <<http://historico.cafe.ebc.com.br/cafe/programas/369.2009-10-06.4343558065>> Acesso em 25 Ago. 2011.
- BUTLER, J. *Problemas de gênero: feminismo e subversão de identidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2011.
- CARRARA, S.; RUSSO, J. A.; FARO, L. A política de atenção à saúde do homem no Brasil. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 659-678, 2009.
- CELLARD, A. A análise documental. In: POUPART, J. et al. *A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos*. Petrópolis: Vozes, 2008. p. 295-316.
- CONNEL, R. W. Políticas da masculinidade. *Educação & Realidade*, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 185-206, 1995.
- CONNEL, R. W. *Masculinities*. Berkeley; Los Angeles: University of California Press, 2005.
- COSTA, A. M. Participação social na conquista das políticas de saúde para mulheres no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 1073-1083, 2009.
- 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.
- COUTO, M. T.; GOMES, R. Homens, saúde e políticas públicas: a equidade de gênero em questão. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 10, p. 2569-2578, 2012.

- DESLANDES, S. F.; GOMES, R. A pesquisa qualitativa em serviços de saúde: notas teóricas. In: BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. (Org.). *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Vozes, 2004. p. 99-120.
- FIGUEIREDO, W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 105-109, 2005.
- FIORIN, J. L. A pessoa desdobrada. *Alfa*, São Paulo, v. 5, n. 39, p. 23-44, 1995.
- FOUCAULT, M. *Arqueologia do saber*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1969/2008.
- GOMES, R. *Sexualidade Masculina, gênero e saúde*. Coleção: criança, mulher e saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.
- GOMES, R. Apresentação. In: GOMES, R. (Org.). *Saúde do Homem em debate*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p. 11-17.
- GOMES, R. et al. Os homens não vêm! Interpretação dos profissionais de saúde sobre ausência e ou invisibilidade masculina nos serviços de atenção primária do Rio de Janeiro. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, p. 983-992, 2011a. Suplemento 1.
- GOMES, R. et al. O atendimento à saúde dos homens: estudo qualitativo em quatro estados brasileiros. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 113-128, 2011b.
- GUIDA, C. *Análisis del papel de los programas de salud en la atención de los varones, desde un enfoque integral y de prevención*. Washington: Development Connections, 2011.
- KIMMEL, M. La producción teórica sobre la masculinidad: nuevos aportes. *Isis International - Ediciones de las mujeres*, Santiago, v. 1, n. 17, p. 129-138, 1992.
- LABOISSIÈRE, P. Saude do Homem era negligenciada no Brasil, diz ministro. *Diário da Saúde*, São Paulo, 27 ago. 2009. Disponível em: <<http://www.diariodasaude.com.br/print.php?article=saudade-homem-era-negligenciada-brasil-diz-ministro>>. Acesso em: 23 out. 2011.
- LOURO, G. L. Teoria Queer: uma política pós-identitária para a educação. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 9, n. 2, p. 541-553, 2001.
- MACHADO, L. D.; LAVRADOR, M. C. C. As políticas que incidem sobre a vida. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 118-133, 2010.
- MAINGUENEAU, D. *Novas tendências em análise do discurso*. Campinas: Pontes; Unicamp, 1997.
- MAINGUENEAU, D. Ethos, cenografia, incorporação. In: AMOSSY, R. (Org.). *Imagens de si no discurso: a construção do ethos*. São Paulo: Contexto, 2005. p. 69-92.
- MAINGUENEAU, D. *Cenas da enunciação*. Curitiba: Criar Edições Ltda., 2006.
- MEDRADO, B. et al. *Princípios, diretrizes e recomendações para uma atenção integral aos homens na saúde*. Recife: Instituto Papai, 2009.
- 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.
- MEDRADO, B. et al. A construção de uma política nacional de atenção integral à saúde do homem. In: TRINDADE, Z. A.; MENANDRO, M. C. S.; NASCIMENTO, C. R. R. (Org.). *Masculinidades e práticas de saúde*. Vitória: GM, 2011a. p. 27-35.
- 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. (Org.). *Saúde do Homem em debate*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011b. p. 39-74.
- MENDONÇA, V. T.; ANDRADE, A. N. A política nacional de saúde do homem: necessidade ou ilusão? *Psicologia Política*, São Paulo, v. 10, n. 20, p. 215-226, 2010.
- MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2007.

- ROCHA, D.; DEUSDARÁ, B. Análise de conteúdo e análise de discurso: aproximações e afastamentos na (re)construção de uma trajetória. *Alea*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 305-322, 2005.
- ROTHMAN, K. J. Lessons from John Graunt. *Lancet*, England, v. 347, n. 8993, p. 37-39, 1996.
- SCHRAIBER, L. B. Saúde dos homens... e mulheres: questões de gênero na saúde coletiva. In: GOMES, R. (Org.). *Saúde do Homem em debate*. Rio de Janeiro. Fiocruz, 2008. p. 7-20.
- 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.; FIGUEIREDO, W. S. Integralidade em saúde e os homens na perspectiva relacional de gênero. In: GOMES, R. (Org.). *Saúde do Homem em debate*. Rio de Janeiro. Fiocruz, 2011. p. 19-38.
- SCOTT, J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Educação & Realidade*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 71-99, 1995.
- TRINDADE, Z. A. et al. Masculinidades e saúde: produção científica e contexto. In: TRINDADE, Z. A.; MENANDRO, M. C. S.; NASCIMENTO, C. R. R. (Org.). *Masculinidades e práticas de saúde*. Vitória: GM, 2011. p. 11-25.
- VIEIRA, M. A. *A medicalização do corpo feminino*. Antropologia e saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

Recebido em: 14/12/2011

Reapresentado em: 05/12/2012

Aprovado em: 15/02/2013