



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação em
Saúde Coletiva
Brasil

Fache ILeal, Andréa; dos Santos Figueiredo, Wagner; Nogueira-da-Silva, Geórgia Sibeles
O percurso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Homens (PNAISH), desde a sua
formulação até sua implementação nos serviços públicos locais de atenção à saúde
Ciência & Saúde Coletiva, vol. 17, núm. 10, outubro, 2012, pp. 2607-2616
Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63024360010>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

O percurso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Homens (PNAISH), desde a sua formulação até sua implementação nos serviços públicos locais de atenção à saúde

Charting the Brazilian Comprehensive Healthcare Policy for Men (PNAISH), from its formulation through to its implementation in local public health services

Andréa Fachel Leal¹

Wagner dos Santos Figueiredo²

Geórgia Sibele Nogueira-da-Silva³

Abstract *The scope of this article is to see how the Brazilian Comprehensive Healthcare Policy for Men (PNAISH) has been implemented in the Unified Health System, from the standpoint of health professionals. A case study, involving five cases (each from a different macro region of Brazil) conducted using ethnographic techniques of data collection charted the progress of PNAISH implementation based on an anthropological approach using Lipsky's idea of street-level bureaucracy. PNAISH is contextualized in historical terms with national and international documents. Acknowledging the inevitable gap between the formulation and the implementation of any policy, an attempt is made to see how this gap has evolved by analyzing the transition of PNAISH into city Action Plans (PAs). It was revealed that the implementing agents had little knowledge of PNAISH, of the local health care network for men, of the techniques required to meet men's specific needs and of the concept of gender. It faced institutional obstacles, such as lack of an organizational structure, of a consolidated healthcare network – where the user receives services with different degrees of complexity within the system – and resources in general, especially human resources.*

Key words Men's health, Healthcare policy, Public healthcare policy, Anthropology, Qualitative research, Brazil

Resumo *O artigo tem como objetivo compreender como a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Homens (PNAISH) chega aos serviços da Atenção Básica do Sistema Único de Saúde, a partir do ponto de vista dos seus profissionais. Acompanhamos o caminho trilhado pela PNAISH com um estudo, etnográfico, de cinco casos (de cada Macro Região do país). A análise está ancorada no referencial da Antropologia e emprega a ideia de street-level bureaucracy, de Lipsky. A formulação da PNAISH é contextualizada em termos históricos e da produção de documentos internacionais e nacionais. Reconhecendo a distância entre formulação e implementação de qualquer política, buscamos compreender como tal distância foi se construindo, na tradução da PNAISH para Planos de Ação (PA) municipais. Observou-se desconhecimento dos agentes implementadores sobre a PNAISH, a rede local de atenção à saúde do homem, as técnicas para atender às especificidades dos homens e o conceito de gênero. A implementação esbarrou na ausência de condições institucionais, como uma estrutura organizacional, uma rede consolidada de atenção – em que o usuário seja atendido por serviços com diferentes graus de complexidade dentro do sistema – e recursos em geral, especialmente humanos.*

Palavras-chave Saúde do homem, Política de saúde, Políticas públicas de saúde, Antropologia, Pesquisa qualitativa, Brasil

¹ Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Rua Ramiro Barcelos 2600/sala 406. 90035-003 Porto Alegre RS.

dea.leal@gmail.com

² Departamento de Medicina, Universidade Federal de São Carlos (UFSCar).

³ Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família - Mestrado Profissional/RENASF, Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).

Introdução

A estratégia nacional formulada pelo governo brasileiro para a saúde em 2008, o Programa Mais Saúde, contemplava 73 medidas e 165 metas, totalizando um investimento de quase 90 bilhões de reais. Entre os Eixos de Intervenção, encontra-se o de Atenção à Saúde, que inclui a “implantação de ações voltadas para a Atenção à Saúde do Homem”¹ (assegurando recursos para consolidar tal medida no triênio 2008-2011). A Área Técnica de Saúde do Homem é criada, no Ministério da Saúde (MS), em 2007². Os princípios e as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) são publicados em 2008, sendo a política oficialmente lançada em 2009, com a publicação de uma Portaria Ministerial³. Uma política específica para homens representa uma inovação, na medida em que os homens não foram, historicamente, sujeitos singularizados nas intervenções desenvolvidas pelo Estado brasileiro no campo da saúde⁴.

O Plano de Ação Nacional (2009-2011)⁵ da PNAISH marca o início, efetivamente, da sua implantação, pois este orienta a formulação de Planos de Ação (PA) nas esferas Estadual e Municipal; também prevê a elaboração e o financiamento de 26 Projetos-Piloto em municípios selecionados. O Plano de Ação Nacional (PN) orienta gestores no planejamento local de ações a partir do enunciado de metas, ações e estratégias para que os serviços de saúde acolham e atendam homens de 20 a 59 anos, elencando, em cada eixo, “ações prioritárias”. No Eixo I, “Implantação da PNAISH”, tais ações referem-se à transferência de 75 mil reais em parcela única para cada Estado e para cada uma das 26 Secretarias Municipais de Saúde selecionadas, com repasse através do Fundo Nacional de Saúde, com o intuito de “incentivar a elaboração e a implementação de estratégias e ações de saúde focadas na população masculina, inseridas nos seus respectivos Planos de Saúde”⁵.

O ponto de partida para a análise aqui desenvolvida é justamente os 26 Projetos-Piloto, para analisar de que forma uma política, formulada em âmbito nacional, é implementada no nível local, dos municípios. Não se trata de uma simples mensuração da distância entre os objetivos e diretrizes enunciados nos documentos da Política e a sua tradução nas intervenções que são executadas nos serviços de saúde: tal distância é contingência da implementação⁶. Como explica Marta Arretche, a distância entre formuladores e implementadores se deve, em grande parte, “pelas decisões tomadas por uma cadeia de

implementadores, no contexto econômico, político e institucional em que operam”⁶.

Michael Lipsky mostra que as políticas devem ser compreendidas no contexto de sua execução e que a implementação da política pública diz respeito às pessoas que de fato a implementam⁷. O autor argumenta que os *street-level bureaucrats* – os agentes encarregados da implementação, aquelas pessoas que exercem uma função em serviços públicos lidando diretamente com os cidadãos – têm bastante autonomia para tomarem decisões cotidianamente, baseadas em seus próprios valores e preferências⁷. Sua autonomia é relativa, pois suas atividades, enquanto agentes a serviço do Estado, são regulamentadas, mas ainda assim podem decidir sobre a quantidade e a qualidade dos serviços que ofertam, com base nas suas convicções pessoais. É nesse sentido que os agentes encarregados da implementação são também *policy makers*, isto é, eles, com efeito, fazem a política.

A implementação da PNAISH, portanto, envolve decisões tomadas por uma cadeia de agentes em um determinado contexto: desde decisões dos formuladores até as dos encarregados da implementação – sendo que estes últimos incluem, além do gestor municipal de saúde, a equipe técnica local designada para atuar na saúde do homem e os profissionais que atuam nos serviços. Os médicos, enfermeiros, agentes comunitários de saúde, por exemplo, têm uma perspectiva própria sobre a saúde dos homens que, mesmo tendo, possivelmente, origem na PNAISH, é filtrada e interpretada pelo conhecimento que detêm da realidade local em que atuam, além de seu próprio instrumental teórico e conceitual.

Um estudo antropológico da implantação de uma política de saúde permite mapear, a partir do uso de técnicas etnográficas, os seus efeitos materiais e observar a realidade prática dessa mesma política onde ela é efetivada – na ponta. Esta estratégia metodológica prioriza o olhar sobre o cotidiano e a vivência das pessoas envolvidas diretamente com a implementação de uma determinada ação. Enquanto etnografia, não se busca realizar um registro integral da implantação da PNAISH, mas sim de observar um momento histórico, em meio a um processo institucional em andamento – de modo a oferecer uma perspectiva sobre a política e sobre a prática, em um contexto específico. A etnografia nunca é mera descrição, explica Laura Nader: é uma *teoria* de descrição⁸.

A perspectiva analítica adotada é ancorada no referencial da Antropologia, com o objetivo de

compreender de que forma se constrói a legitimidade de uma política e como participantes são chamados a fazer parte de um programa^{9,10}. Esboçou-se assim o caminho trilhado pela PNAISH, desde a sua formulação em um documento até a produção de protocolos, práticas e rotinas no serviços públicos de saúde dos municípios.

O objetivo é compreender como a PNAISH chega aos serviços de saúde, em particular os serviços da Atenção Básica, considerada a porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir do ponto de vista dos seus profissionais e observando as suas práticas cotidianas.

Métodos

Este estudo apresenta dados que integram uma pesquisa maior, intitulada Avaliação das Ações Iniciais da Implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, desenvolvida no período de 2010 a 2012, aprovada pelo Comitê de Ética do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF), da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). A descrição detalhada dos métodos empregados na pesquisa maior, bem como seus principais resultados, encontra-se descrita em seu relatório final¹¹, bem como em artigo publicado neste volume¹².

Os dados avaliados neste estudo foram coletados através de análise de documentos e das técnicas de narrativa, de entrevista em profundidade (a partir de roteiro semiestruturado) e de observação etnográfica. Trata-se, portanto, de uma pesquisa com abordagem qualitativa, com desenho de estudo de caso – mais especificamente, por um conjunto de 5 casos, onde cada caso é um município.

A análise dos 26 PA elaborados pelos municípios que se constituíram em Projetos-Piloto, em combinação com critérios elencados na pesquisa maior¹¹, envolvendo a localização geográfica e o início de atividades relacionadas à implementação da PNAISH, permitiu a seleção de 5 localidades, um em cada Macro Região do país, para a realização da coleta de dados primários: Goiânia (GO), Petrolina (PE), Rio Branco (AC), Rio de Janeiro (RJ) e Joinville (SC).

Para a coleta de dados, 5 equipes foram treinadas, de modo a assegurar a qualidade, a uniformidade e a comparabilidade dos dados, por um lado, bem como a realização da coleta de dados concomitante nos diferentes locais. Para cada município, o coordenador geral da pesqui-

sa realizou contato com o Secretário de Saúde do Município ou o gestor responsável pela área técnica voltada à saúde do homem (conforme dados apontados nos PA municipais ou pela Área Técnica de Saúde do Homem do MS), enviando, em seguida, uma carta-convite expressando o interesse em realizar a pesquisa naquele município, sinalizando possibilidades de períodos/datas para a realização da mesma. Os gestores nos municípios indicaram então alguém que agiria como “apoio local” – que foram contatados pelos supervisores de campo, no sentido de se construir a logística e a agenda da pesquisa de campo (mapeamento dos serviços a serem observados e dos profissionais a serem entrevistados).

Nestes 5 municípios, foram realizadas, ao todo, 6 narrativas com gestores e 21 entrevistas semiestruturadas com profissionais de saúde, bem como a observação etnográfica, com base em um roteiro, nos serviços de saúde, tendo as equipes de pesquisa permanecido em cada localidade por uma semana. No total, observações foram realizadas em 11 serviços de saúde (3 em Goiânia, 2 em Petrolina, 2 em Rio Branco, 1 no Rio de Janeiro e 3 em Joinville). Destes, 8 são serviços de Atenção Básica – caracterizando-se, portanto, como porta de entrada para a rede de assistência – e 3 são de Assistência Especializada à Saúde.

Todo o material empírico produzido na semana de trabalho de campo foi devidamente gravado em áudio (narrativa, entrevistas e algumas conversas mais informais com profissionais da assistência) ou em diários de campo (anotações acerca da descrição do ambiente dos serviços visitados, das atividades assistenciais presenciadas, das reuniões da equipe de profissionais presenciadas e das impressões acerca do trabalho de campo como um todo). As gravações em áudio foram posteriormente transcritas e as transcrições, revisadas pelos entrevistadores. Sempre foi solicitada a autorização para a gravação e todos consentiram através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; o anonimato foi assegurado a todos.

Foram recortados, das narrativas, das entrevistas e das observações, para este estudo, dados relativos ao modo com que a PNAISH foi inserida nas ações do município e apropriada pelos sujeitos da pesquisa, que a interpretaram e que a traduziram em ações.

A escrita etnográfica não segue uma lógica de um relatório ou de uma pesquisa avaliativa: não se pretende julgar o sucesso da implementação local da PNAISH, nem explicar resultados observados localmente em termos do planejamento,

nem concluir com recomendações. Pretende-se analisar a relação entre o que é preconizado na política e as práticas geradas (ou legitimadas) em contextos particulares, por aqueles que são responsáveis por implementar a Política.

Da construção de um documento que enuncia princípios e diretrizes da PNAISH

Historicamente, os formuladores e os executores de políticas públicas são homens, que conceberam políticas e programas que asseguraram, quase sempre, privilégios de ordem simbólica e material a homens – ou, pelo menos, a alguns grupos de homens. As discussões provocadas especialmente pelo movimento feminista nas últimas décadas implicaram a inclusão de *gênero*, enquanto categoria analítica, para avaliação de políticas públicas e, enquanto estratégia política, para a formulação de políticas e programas, visando reduzir as desigualdades entre homens e mulheres.

Dois acordos internacionais de reconhecida importância assinalam explicitamente a necessidade de se focar os homens em suas especificidades através de políticas públicas: a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (Cairo, 1994), e a IV Conferência Mundial sobre a Mulher (Pequim, 1995). Nos documentos ratificados no Cairo e em Pequim, discute-se a saúde e os direitos sexuais e reprodutivos, numa perspectiva de defesa promoção da igualdade de gênero, reconhecendo-se explicitamente que as relações de poder entre homens e mulheres são desiguais. São lançadas as bases para um consenso internacional de que os homens devem ser envolvidos, sendo chamados a participarem e se responsabilizarem em termos de conduta sexual e de decisões reprodutivas – visando, inclusive, o maior “empoderamento” das mulheres.

O *gender mainstreaming* (trazer gênero à frente dos debates) implicou, na prática, na associação de políticas “de gênero” a programas estabelecidos por mulheres para mulheres¹³. Na primeira década do século XXI, ganha força a discussão de que homens devem ser pensados não como categoria humana, mas como uma categoria genericada, que envolve relações desiguais de poder, não só entre homens e mulheres, mas entre os próprios homens. Ganha força, assim, uma discussão da abordagem relacional de gênero, que não enfoque exclusivamente mulheres; são exemplares nesse sentido as publicações de relatórios e livros por organismos de cooperação internacional, agências do sistema das Nações Unidas e a Organização Mundial de Saúde¹⁴⁻¹⁶.

É desta época o anúncio de uma política de saúde voltada para homens, no Programa Mais Saúde¹. A PNAISH foi formulada em consonância com a Política Nacional de Atenção Básica e com base em consensos construídos a partir de uma discussão que envolveu, além do próprio MS, organizações da sociedade civil (associações médicas e movimentos sociais organizados), pesquisadores acadêmicos e representantes de conselhos de saúde (Conselho Nacional de Secretários de Saúde e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde)¹⁷. O processo envolveu também uma consulta pública, aberta pelo MS, através da Internet¹⁸. A inserção da ideia de saúde do homem em uma política de saúde é menos importante aqui pelo seu conteúdo (pelo que se define que ela é), do que pelo fato de ela ser capaz de reunir e mobilizar um conjunto de atores sociais – unindo especialistas, acadêmicos e ativistas – mas também provocando divisões e críticas.

Ainda que tenha contado com a participação de diferentes grupos sociais e com um mecanismo de consulta pública, a PNAISH recebeu críticas, por não incorporar as discussões de gênero¹⁹, por “vitimizar” um homem que deve ser sujeito de uma política específica porque precisa ser protegido de si mesmo^{4,19}, por representar mais um passo no processo de “medicalização” do corpo masculino⁴ e por estar demasiadamente focada na próstata²⁰. A proposta encontrou ainda algumas limitações quanto à sua aceitação: por ocasião do seu lançamento, por exemplo, observou-se que nem mulheres transexuais nem travestis desejam que suas especificidades sejam incluídas ou tratadas pela PNAISH²¹.

A elaboração de planos de ação nos municípios

Uma vez produzido o documento que explica os princípios e as diretrizes da PNAISH, faz-se necessário traduzi-los em ações, o que não é tarefa fácil, em se tratando de uma política formulada no âmbito federal para todo território nacional, que supõe relações entre as três esferas de governo. O PN⁵ contém processos institucionais que constituem tanto uma estrutura de incentivos quanto uma organização do tempo na forma de um cronograma, visando à produção local de processos de planejamento de ações. Os Estados, o Distrito Federal e 26 Municípios elaboraram PA próprios para receber recursos financeiros da União.

Os PA dos 26 municípios selecionados como Pilotos foram analisados, partindo-se do supos-

to de que, diante da complexidade para a implementação dessa política, haverá “um certo grau de incerteza quanto à convergência de ações dos implementadores e, por extensão, da perfeita adequação entre formulação original e implementação efetiva”⁶.

Na justificativa apresentada nos PA municipais, foi recorrente a repetição do texto da própria PNAISH, reforçando o papel indutor do processo disparado pela autoridade central. Nos PA, são poucas as referências à realidade social, econômica, demográfica ou epidemiológica das localidades; tampouco há referência à realidade dos serviços de saúde no município ou ao acesso dos homens a estes serviços.

Na estrutura de incentivos criada pelo MS, previu-se um modelo de PA que contemplasse algumas metas específicas do PN, no âmbito local. A primeira meta é a implantação da PNAISH, de modo que os PA deveriam explicitar que ações seriam realizadas, por quem seriam executadas e qual o tempo para realizá-la. Para esta meta, as ações previstas nos PA em geral dizem respeito à sensibilização de gestores e profissionais de saúde, bem como divulgação da PNAISH – para a população em geral ou na rede de serviços de saúde.

Nem todos os PA apresentaram a segunda meta, de atender pelo menos um quinto dos homens com idade entre 40 e 59 anos. São poucos os documentos que planejaram ações de atendimento da população. Quando mencionadas, a referência é a um atendimento genérico, sem foco em problemas específicos, sem previsão de espacialidade para as ações (em que serviços ou em que locais ocorreriam) nem de temporalidade (quando seria ofertado o serviço). Os PA pouco mencionam um sistema de hierarquização dos serviços de saúde para este atendimento, como a referência (e a contrarreferência) entre as unidades básicas e a rede especializada.

A terceira meta se relaciona à realização de cirurgias, as prostatectomias suprapúbicas. Os planos não se detêm na assistência aos homens, e anunciam como ação para a realização da meta o “levantamento de dados sobre diagnósticos” e de “dados sobre a realização de prostatectomias”. Aqueles que apresentaram ações não têm dados sobre a prevalência ou a incidência de câncer de próstata na população local, nem os procedimentos atualmente realizados na rede.

A inclusão da terceira meta nos PA reforçou a centralidade de uma rede de exames e de atendimentos especializados, vinculada ao aparelho genital masculino. De modo pertinente ao privilégio dado ao tema, nos PA este tema é central

nas capacitações de profissionais de saúde previstas (para realização da primeira meta).

A PNAISH chega aos municípios, aos gestores e aos profissionais de saúde

A designação de uma equipe ou de um responsável por uma área nova, a da Saúde do Homem, é apontada como um requisito fundamental para a implementação da PNAISH. Assim, algumas narrativas pontuam como um desafio a ausência de uma gerência específica no nível municipal que atue como referência para a promoção de ações voltadas para a saúde do homem – nos moldes de outras áreas já consolidadas, como a da saúde da mulher.

Expressando concordância com as regras da PNAISH, que informa que a Atenção Básica, especialmente a Saúde da Família, deve ser priorizada³, os gestores entendem que deve-se privilegiar a Estratégia de Saúde da Família (ESF). Entretanto, as narrativas evidenciam que a Atenção Básica emerge mais como um cenário ideal do que como um espaço físico onde efetivamente foram desenvolvidas ações para homens. A maioria dos gestores não acompanhou a implementação da PNAISH desde a sua chegada ao município, pois não coincidem as pessoas que se responsabilizaram pela elaboração inicial do PA, que assegurou os recursos, com a pessoa que ocupa o cargo de Coordenador da Saúde do Homem no momento de realização da pesquisa, o que é indicativo da rotatividade dos profissionais nos cargos de gestão.

Observou-se nos cinco municípios uma grande diferença em termos do conhecimento das diretrizes contidas na PNAISH por parte dos gerentes e dos profissionais da assistência; a diferença também foi observada em relação à implantação da política na rotina dos serviços. Os entrevistados têm pouca ou nenhuma familiaridade com a política. Alguns explicitam que nunca leram qualquer documento referente à PNAISH. A grande maioria afirma não ter participado de capacitação específica sobre saúde do homem. Por ocasião das observações etnográficas, conversas informais com os profissionais que atuam nas unidades apontam que os profissionais não receberam capacitação (formal ou informal) para conhecer a PNAISH ou para o atendimento de homens.

As falas apontam para um padrão em que há um forte estímulo por parte da gestão para divulgação da Política entre os profissionais de saúde através de um evento – que é considerado *in-*

suficiente. O evento é uma “sensibilização” ou uma “capacitação”, em que os profissionais são convidados a se engajem na implementação da PNAISH. A ausência de diretrizes e protocolos para as ações foi mencionada por diversos entrevistados. Em nenhum dos municípios foi referida a distribuição de material impresso da PNAISH, por parte das Secretarias de Saúde, para seus profissionais.

As sensibilizações e as capacitações foram ofertadas em geral aos profissionais de nível superior que atuam nos serviços de saúde. Nas narrativas, entretanto, e de forma coerente com a priorização da ESF como porta de entrada e com um discurso que será um plano para o futuro, os gestores expressam que os principais protagonistas das ações para implantação da PNAISH seriam os Agentes Comunitários de Saúde.

Os entrevistados lamentam que não se oferte treinamento para sua atuação nos serviços de saúde: afirmam que a ausência de capacitação é a maior dificuldade para a implantação da PNAISH, seguida da falta de um conhecimento mínimo sobre a atenção à saúde dos homens (incluindo como a saúde do homem funciona e para onde os pacientes devem ser encaminhados). Mencionam também como dificuldades a ausência de material didático e de apoio para orientar as suas ações na “ponta”. As informações que possuem sobre a saúde do homem, e mesmo sobre a PNAISH, são bastante superficiais; eles não se sentem capacitados para dar conta da temática no âmbito dos serviços. Muitas vezes os próprios materiais de divulgação da política são a única fonte de informação que os profissionais têm sobre o tema.

A sensibilização dos profissionais para as questões de saúde do homem, mesmo sem a estruturação de atividades específicas, pode ter um importante impacto no acolhimento e acesso dos homens aos serviços de saúde, especialmente aqueles que buscam, nas unidades de saúde, programas que já são desenvolvidos, como o Hiperdia, o programa de DST/AIDS e o programa de planejamento familiar. A grande maioria dos entrevistados refere não ter sido capacitado especificamente para abordar a população masculina em relação às questões que acometem mais frequentemente a saúde do homem, tais como infecções sexualmente transmissíveis e AIDS, violência, obesidade, câncer de próstata, entre outras. Na visão dos profissionais inseridos em serviços, sejam aqueles familiarizados ou não com a PNAISH, falta planejamento e falta orientação para as ações que devem ser realizadas.

Os profissionais que conheciam a PNAISH enfatizam que a política preconiza a atenção à saúde do homem sem criar os mecanismos necessários para efetua-la na prática. Nas localidades em que houve maior orientação, os profissionais criticam a ênfase em ações relativas a problemas urológicos, em detrimento de outros agravos à saúde dos homens. Nas narrativas dos gestores, há ênfase sobre o câncer de próstata, que é referido em termos de uma entidade que representa os problemas de saúde masculinos – tal ênfase reproduz o destaque dado pelo próprio PN nas suas metas iniciais.

Gênero

O conceito de gênero se encontra no centro da PNAISH. É neste sentido que se espera que os profissionais que estarão atuando na implantação desta política no nível local tenham se apropriado dos aspectos centrais desta discussão. Contudo, as entrevistas indicam que a formação das pessoas que se encontram diretamente vinculadas à PNAISH é bastante deficiente. Vários referem não ter tido qualquer formação neste sentido; os dois entrevistados que referiram ter alguma noção sobre a discussão de gênero explicam que esta ocorreu em capacitações anteriores à PNAISH. Sem uma capacitação em gênero, o tema é relacionado às questões de saúde da mulher, particularmente às questões de planejamento familiar ou preconceito, dificultando a identificação da discussão de gênero com questões relativas à saúde masculina.

Foi observada a presença dos homens nos serviços, e há relatos por parte dos profissionais que lá atuam de que um terço das pessoas que estão naqueles espaços são homens. Os profissionais de saúde descrevem os homens como um *acompanhante*: aquele que acompanha a mulher gestante, que traz as crianças ou os pais idosos ao médico; ou ainda, como um *mediador*, alguém que vem solicitar o agendamento de consultas e exames para outras pessoas. Raramente os homens são descritos como *usuários* em busca de atendimento para suas próprias necessidades de saúde. As observações etnográficas nos serviços apontaram para a presença considerável de homens que estão sozinhos nos serviços, o que revela que sua invisibilidade – a dificuldade que os profissionais têm de vê-los – é também uma questão de gênero^{22,23}.

Por fim, gestores e alguns profissionais reclamaram da ausência de um sistema de registro de informações que contenha a variável sexo na Aten-

ção Básica. A ausência de dados sobre número de homens que realizam consultas e exames dificulta tanto o planejamento quanto a defesa da política como uma prioridade. Não houve menção, por outro lado, a qualquer forma de mapeamento dos territórios em que as equipes de ESF devem atuar.

Equipes sobrecarregadas

Transparece nas narrativas dos gestores uma preocupação com o acréscimo de tarefas: uma nova política significa novas demandas em um sistema municipal de saúde que, com frequência, não consegue atender às necessidades existentes. Houve nesse sentido negociação dos gestores com os Conselhos Municipais de Saúde, buscando demonstrar a importância da PNAISH. Os gestores também reconhecem que as equipes na Atenção Básica já estão, muitas vezes, sobrecarregadas.

Os profissionais mencionam um problema por parte da gestão, a falta de habilidade para motivar os profissionais a participarem: a gestão busca implementar uma política, espera maior dedicação e amplia tanto a responsabilidade quanto a carga de trabalho dos profissionais que atendem diretamente a população, sem oferecer algum retorno em troca. Na visão dos entrevistados, o profissional de saúde que tem a iniciativa de promover ações no serviço recebe pouco apoio material e financeiro, contando apenas com a boa vontade dos colegas ou com recursos próprios.

É recorrente, no discurso dos entrevistados, a referência à carência de profissionais médicos, que muitas vezes são compartilhados com outras equipes ou serviços, e a grande quantidade de atividades a que todos os profissionais estão sujeitos. As atividades destinadas à população masculina são, desta forma, atividades extras que, em geral, são assumidas por um número bastante limitado de profissionais (no máximo dois ou três) das equipes de saúde, representando sempre uma atividade a mais.

A PNAISH e os homens nos serviços

Houve também divulgação pelos gestores da PNAISH para a população em geral, estimulando a procura dos serviços de saúde por parte dos homens, através de entrevistas na mídia ou campanhas em rádio e outdoor. Contudo, nem sempre tal divulgação foi acompanhada de ações junto às unidades de saúde, de modo que os profissionais não receberam informações nem capacitação específica, e os serviços não tinham re-

ursos humanos ou materiais para atender à demanda.

Em algumas unidades de saúde, houve divulgação da PNAISH pelos próprios profissionais, que disponibilizaram folders ou colocaram cartazes nas paredes, demarcando física e simbolicamente um momento e um espaço na unidade para atenção à saúde dos homens. Os cartazes, em sua imensa maioria, são feitos de forma manual, em cartolinas ou no verso de cartazes antigos, revelando a falta de recursos materiais destinada à divulgação da PNAISH (sequer material informativo ou de divulgação chegou aos serviços). Os cartazes manufaturados são indicativos da mobilização dos próprios profissionais de saúde, que empregam os meios que têm à sua disposição para divulgarem as informações que eles próprios buscaram sobre a PNAISH.

Nos serviços observados dos cinco municípios são muito poucas as atividades específicas voltadas à população masculina na faixa de 20 a 59 anos, especialmente aquelas voltadas à prevenção e promoção da saúde, estando mais voltadas para ações clínico-assistenciais. Este dado é de grande relevância quando se leva em conta que os serviços de saúde onde foi feita a observação (de APS e Atenção especializada) foram selecionados a partir de indicação do gestor da área técnica de saúde do homem e/ou do “apoio local” da pesquisa, como um locus privilegiado para observação, por ser um serviço onde ações eram desenvolvidas. Grande parte das ações tem caráter pontual, como a realização da “Feira do Homem” ou da “Semana do Homem”, ou ainda atividades comemorativas em função de datas como o “Dia dos Pais”.

Tanto gestores quanto profissionais referem como uma barreira para o atendimento dos homens o horário de funcionamento dos serviços de saúde, explicando que os serviços da Atenção Básica funcionam nos mesmos horários em que a maioria dos homens de 20 a 59 anos trabalha. Nesse sentido, em algumas localidades foram ofertados horários alternativos e ampliados de atendimento para homens, como uma ação vinculada à implementação da PNAISH; tal ampliação implica, do ponto de vista administrativo, disponibilização de recursos humanos e financeiros.

Um ponto reconhecido como crítico é a rede de apoio deficitária. Não parece haver, em função da PNAISH, fluxos específicos para homens. É talvez por isto que vários entrevistados que atuam na Atenção Básica referiram desconhecer para quais serviços os pacientes homens, quando necessitam de determinado procedimento ou

exame, são encaminhados. Os problemas relacionados às doenças crônicas, como hipertensão e diabetes, são em sua maioria solucionados na própria unidade de saúde, que dispõe de profissionais e insumos. Já as demandas de saúde que requerem exames diagnósticos, consultas com especialistas ou a realização de procedimentos cirúrgicos, necessitam ser encaminhadas para outros serviços de nível secundário ou terciário. O grande problema é que estes serviços já possuem alta demanda reprimida e costumam levar um certo tempo, o que vai de encontro às expectativas masculinas de rapidez e resolubilidade. Os entrevistados acreditam que o longo tempo de espera também agrava o problema do absenteísmo. Os gestores pontuam como dificuldade para implementação da PNAISH a ausência de ofertas de exames de média complexidade – tendo sido mencionado principalmente o de biópsia prostática. A precariedade da rede para os encaminhamentos e os critérios adotados para os agendamentos são identificados como a principal dificuldade no atendimento da população masculina; a dificuldade na resolubilidade dos problemas de saúde dos homens teria impacto direto sobre a credibilidade do trabalho do profissional e da unidade de saúde.

Considerações finais

Buscamos compreender como a PNAISH chega aos serviços de saúde; para tanto, trilhamos o caminho percorrido por esta política, desde a sua formulação, no âmbito federal, até sua execução local, nos municípios, entendendo a implementação como uma cadeia de relações entre aqueles que formulam a política e aquelas que a implementam⁶. Buscamos a perspectiva das pessoas que trabalharam diretamente na implementação nestes locais, reconhecendo que os implementadores estão situados em posições diferentes, que vão desde os gestores até os profissionais que atendem diretamente a população nos serviços de saúde. Os implementadores tomam decisões cotidianamente e são também nesse sentido fazedores da política.

Os gestores e os profissionais de saúde têm suas próprias ideias e representações sobre os homens (e sobre ações ofertadas a esta população). Nas narrativas e nas entrevistas os homens são representados como um grupo bastante homogêneo. O não reconhecimento da diversidade de homens – em termos de faixa etária, ciclo de vida, raça/etnia, condição socioeconômica, reli-

gião, práticas sexuais – implica o não reconhecimento de que grupos diferentes de homens têm acesso (e controle) também diferenciado a recursos e exercem diferentes relações de poder. Diferenças entre homens se traduzem também em desigualdades que fazem com que grupos distintos tenham condições desiguais de acesso a bens e serviços de saúde. A homogeneidade pressuposta na categoria genérica de “homens” dificulta o reconhecimento de desigualdades entre estes em contextos diversos, e o consequente planejamento de ações especialmente para aqueles que se encontram em contextos de marginalização e/ou exclusão social, como migrantes, refugiados ou prisioneiros, entre outros. O reconhecimento da diversidade deve ser atrelado à consideração de que ações externas ao setor saúde influenciam e determinam as condições de saúde de diferentes grupos sociais, e à consequente inclusão no planejamento de ações intersetoriais.

Deve-se ter em conta que o contexto local em que a PNAISH se implementa, através de práticas cotidianas particulares, em um território delimitado, a presença do Estado pode muito bem ser um tanto quanto fluida e contraditória – para além do setor saúde, ela se materializa, por exemplo, nas ações policiais, na presença de escolas ou de tribunais. Como observamos, os PA e os gestores não mapearam a realidade onde a política seria implementada, tampouco se acionou o mapeamento territorial das equipes de ESF, implicando no desconhecimento de serviços, entidades e organizações, públicas ou da sociedade civil, que poderiam atuar em parceria com o setor saúde.

Reconhecendo que sempre haverá uma distância entre a formulação e a implementação de qualquer política ou programa, buscamos compreender como tal distância foi se construindo. Demonstramos que, nos cinco casos estudados, um primeiro ponto importante é que a maioria dos agentes implementadores de fato não conhece a política⁶. Uma vez que desconhecem a PNAISH, operam com seus próprios objetivos e referências para a implementação, e suas próprias prioridades como referência de atuação. Desta forma, em algumas localidades houve ênfase em abordagens na integralidade do cuidado para a saúde do homem, enquanto em outras foram feitos esforços no sentido de ampliar a realização de exames de câncer de próstata.

Aquilo que dificilmente pode ser visto vai se invisibilizando: é o caso da informação relativa ao sexo do usuário da Atenção Básica, relatado por profissionais responsáveis por gerir sistemas

de informação no nível local. Não se produzem dados, desta forma, que tornem objetiva a diferença entre homens e mulheres quanto ao acesso e ao uso destes serviços de saúde; mais do que isso, as disparidades acabam sendo interpretadas em termos de diferenças genéricas de ordem cultural entre homens e mulheres, que se centra na ideia de que os homens resistem a buscar cuidados, especialmente de prevenção, numa versão simplista e simplificada das relações de gênero. A não discriminação entre homens e mulheres que procuram os serviços de Atenção Básica reforça a invisibilidade da menor presença de homens naquela que deveria ser a porta de entrada preferencial do SUS.

Apontamos também para a ausência de condições institucionais para a implementação da

PNAISH. Em um caso, foi pontuada a ausência de uma estrutura organizacional: não havia um sistema gerencial para a implementação local, uma vez que não fora criada uma coordenação de saúde do homem. A ausência de uma rede consolidada de atenção, em que o usuário seja atendido por serviços com diferentes graus de complexidade dentro do sistema, foi salientada por gestores e profissionais de saúde. A falta de recursos humanos – de médicos especialmente – é pontuada por diversos entrevistados, que também salientam a falta de recursos e de equipamentos em geral para a implantação da Política. Constatamos, assim, a falta de uma estrutura de incentivos adequada⁶, que pudesse induzir os agentes implementadores a colocarem em prática, ou aderirem a, os objetivos da PNAISH.

Colaboradores

AF Leal, WS Figueiredo e GS Nogueira-da-Silva participaram igualmente de todas as etapas de elaboração do artigo.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria-Executiva. *Mais saúde: direito de todos* (2008 – 2011). 2ª Edição. Brasília: MS; 2008.
2. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos. *Relatório de Avaliação do Plano Plurianual 2004-2007: exercício 2008 – ano base 2007*. Ministério da Saúde. Caderno 11. Brasília: Ministério do Planejamento; 2008.
3. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Gabinete do Ministro. Portaria Nº 1.944, 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* 2009; 28 ago.
4. Carrara S, Russo JA, Faro L. A política de atenção à saúde do homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino. *Physis* 2009; 19(3): 659-678.
5. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem*. Plano de Ação Nacional (2009-2011). Brasília: MS; 2009.
6. Arretche M. Uma contribuição para fazermos avaliações menos ingênuas. In: Barreira MCRN, Carvalho MCB, editores. *Tendências e Perspectivas na Avaliação de Políticas e Programas Sociais*. São Paulo: IEE, PUC-SP; 2001. p. 43-56.
7. Lipsky M. *Street-level bureaucracy: Dilemmas of the individual in public services*. 30 edition. New York: Russell Sage Foundation Publications; 2010.
8. Nader L. Ethnography as theory. *HAU: Journal of Ethnographic Theory*. 2011; 1(1):211-219.
9. Mosse D. *Cultivating development: an ethnography of aid policy and practice*. London: Pluto Press; 2005.
10. Mosse D. Global Governance and the Ethnography of International Aid. In: Mosse D, Lewis DJ, editors. *The aid effect: giving and governing in international developmen*. London: Pluto; 2005. p. 1-36.
11. Gomes R, Leal AF, Lima AMP, Knauth D, Moura ECD, Nogueira da Silva GS, Couto MT, Urdaneta M, Figueiredo WS. *Avaliação das ações iniciais da implantação da política nacional de atenção integral à saúde do homem – Relatório Final*. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira; 2012.
12. Gomes R, Leal AF, Knauth DR, Nogueira da Silva GS. Sentidos atribuídos à política voltada para a Saúde do Homem. *Cien Saude Colet* 2012; 17(10): 2589-2596.
13. Chant S, Gutmann MC. ‘Men-streaming’ gender? Questions for gender and development policy in the twenty-first century. *Progress in Development Studies* 2002; 2(4):269-282.
14. Fomubi J, Lovich R. *The Role of Men in the Lives of Children*. New York: UNICEF; 1997.
15. Bannon I, Correia MC, editors. *The Other Half of Gender: Men’s Issues in Development*. Washington: World Bank; 2006.
16. Department of Gender Women and Health. *Policy approaches to engaging men and boys in achieving gender equality and health equity*. Geneva: World Health Organization; 2010.
17. Chagas ACP, Zilli EC, Ferreira JFM, Moretti MA, Ramos RF. Saúde Cardiovascular do Homem Brasileiro – Visão da Sociedade Brasileira de Cardiologia. *Arq Bras Cardiol* 2009; 93(6):584-587.
18. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Ferramenta de Consulta Pública do Sistema Único de Saúde. *Consulta Pública do Sistema Único de Saúde*. Documento: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Área: DAPES-Saúde do Homem. Brasília: MS; 2008.
19. Medrado B, Lyra J, Azevedo M, Noca J. Reflexões irônicas sobre gestão pública dos homens na saúde: entre a disciplina e a positividade do risco In: Medrado B, Lyra J, Azevedo M, Brasilino J, organizadores. *Homens e Masculinidades: práticas de intimidade e políticas públicas*. Recife: Instituto PA-PAI; 2010.
20. Nascimento M, Segundo M, Barker G. *Homens, masculinidades e políticas públicas: aportes para equidade de gênero*. Rio de Janeiro: Promundo, UNFPA; 2009.
21. Lionço T. Atenção integral à saúde e diversidade sexual no Processo Transexualizador do SUS: avanços, impasses, desafios. *Physis*. 2009; 19(1):43-63.
22. Ferraz D, Kraiczky J. Gênero e Políticas Públicas de Saúde – construindo respostas para o enfrentamento das desigualdades no âmbito do SUS. *Revista de Psicologia da UNESP*. 2010; 9(1):70-82.
23. Couto MT, Pinheiro TF, Valença O, Machin R, Nogueira da Silva GS, Gomes R, Schraiber LB, Figueiredo WS. O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. *Interface Comum Saúde Educ* 2010; 14(33):257-270.

Apresentado em 10/06/2012

Aprovado em 18/07/2012

Versão final apresentada em 21/07/2012