

A implementação da Política de Saúde do Homem no estado do Rio de Janeiro, Brasil: desafios e perspectivas

Implementation of men's health policy in the state of Rio de Janeiro, Brazil: challenges and prospects (abstract: p. 19)

La implementación de la Política de Salud del Hombre en el estado de Río de Janeiro, Brasil: desafíos y perspectivas (resumen: p. 19)

Jorge Lyra^(a)

<jorglyra@gmail.com> 

Benedito Medrado^(b)

<benedito.medrado@ufpe.br> 

Daniel de Souza Campos^(c)

<daniel.ufano@gmail.com> 

Vanessa do Nascimento Fonseca^(d)

<vnfonseca@gmail.com> 

Marcos Nascimento^(e)

<marcos.nascimento@fiocruz.br> 

^(a,b) Núcleo Feminista de Pesquisa sobre Gênero e Masculinidades, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Pernambuco. Avenida da Arquitetura, s/n., 7º andar, Cidade Universitária. Recife, PE, Brasil. 50740-550.

^(c) Escola de Serviço Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

^(d) Departamento de Psicologia, Universidade Federal Fluminense. Volta Redonda, RJ, Brasil.

^(e) Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Considerando as dimensões continentais do território brasileiro e suas particularidades regionais, este artigo apresenta análises produzidas sobre a implementação da política de saúde do homem no estado do Rio de Janeiro. Trata-se de um recorte de pesquisa multicêntrica nacional de abordagem qualitativa cujo desenho metodológico incluiu a realização de entrevistas narrativas com gestore(a)s e, trabalhadore(a)s da saúde e população masculina em geral. O estudo aponta o pouco conhecimento por parte da população da existência de uma política de saúde voltada para homens; que experiências consideradas exitosas no envolvimento dos homens nos cuidados em saúde coexistem com desafios no seu processo de implementação, relacionados a dificuldades estruturais oriundas de crises administrativas e financeiras no estado e da violência urbana; e a necessidade de incorporar uma perspectiva interseccional, intersetorial e interinstitucional para operacionalização dos eixos propostos pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.

Palavras-chave: Saúde do homem. Políticas de saúde. Masculinidades.

Introdução

A relação entre homens, masculinidade e saúde tem sido objeto de reflexão acadêmica e da sociedade civil, tanto nacional quanto internacionalmente¹⁻⁴. Se, por um lado, a literatura aponta para a complexa relação entre gênero e os processos de saúde e adoecimento, por outro, a perspectiva interseccional amplia esse debate ao demonstrar como o entrecruzamento de marcadores sociais como classe, cor/raça, idade, território, orientação sexual e identidade de gênero é igualmente importante para a compreensão das questões da saúde, implementação de políticas e organização de serviços⁵.

O Brasil é o único país da América que possui uma política pública de saúde para a população masculina, constituindo-se com um referente para as discussões internacionais sobre saúde do homem³. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) representa um esforço para a promoção da saúde entre homens de vinte a 59 anos de idade⁶, abarcando uma população de pouco mais de 45 milhões de homens⁷.

Embora, em seu texto original, a PNAISH apontasse a inclusão da perspectiva de gênero e o reconhecimento da pluralidade de masculinidades, seu processo de elaboração foi criticado devido à medicalização do corpo masculino; e à pouca participação da sociedade civil em sua elaboração e de reflexões sobre o papel das sociedades médicas⁸⁻¹¹.

A dimensão continental do Brasil e as disparidades regionais constituem um grande desafio para a implementação da PNAISH. Com o objetivo de analisar esse processo de implementação ao longo dos dez primeiros anos (2009-2019), um grupo de pesquisadores desenvolveu um estudo multicêntrico, buscando refletir sobre a implementação da PNAISH no estado do Rio de Janeiro.

Homens e saúde na região Sudeste: o Rio de Janeiro em cena

A região sudeste abarca os estados do Espírito Santo, Minas Gerais, Rio de Janeiro e São Paulo, em um total de 1.168 municípios, ou seja, 21% do total de municípios brasileiros. Trata-se de uma região com alto capital financeiro, político e simbólico; e palco de inúmeras desigualdades sociais.

Embora a expectativa de vida (EV) da população brasileira tenha aumentado nas duas últimas décadas, a EV dos homens segue abaixo da EV das mulheres, em torno de 7,1 anos de diferença, segundo dados de 2018¹². No Rio de Janeiro, esse valor alcança cinco anos de diferença. No tocante à mortalidade masculina no estado, por exemplo, no período de 1998-2018, as doenças do aparelho respiratório e as causas externas (acidentes de trânsito e violência) foram as que mais acometeram os homens¹². Em relação à morbidade, no mesmo período, constata-se que a maioria das internações decorreu de causas externas, doenças do aparelho circulatório e doenças do aparelho respiratório¹².

Vale ressaltar que houve inúmeras iniciativas no estado relacionadas a homens e saúde que são anteriores ao lançamento da PNAISH. A pesquisa-ação “Homens, saúde

e vida cotidiana” – coordenada pelo então Núcleo de Estudos sobre Saúde Coletiva, hoje Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), e pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz – tornou-se uma referência acadêmica e política no processo de construção da pauta sobre os homens na saúde¹³.

Em relação à paternidade e ao cuidado, que viria a constituir um dos eixos da PNAISH, a Macrofunção Vida, comitê intersetorial e interinstitucional, coordenado pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS), reunia representantes do movimento social e da academia. Uma de suas conquistas foi a inclusão do mês de agosto como o mês de valorização do cuidado paterno no calendário oficial do município em 2004 e incluído no calendário oficial nacional em 2023.

Organizações da sociedade civil, como os Institutos Noos e Promundo, com sede no Rio de Janeiro à época, contribuíram fortemente para o desenvolvimento da agenda sobre homens e saúde, desempenhando um importante papel na promoção de grupos reflexivos de gênero com homens autores de violência intrafamiliar e de gênero, com reconhecimento nacional e internacional por suas contribuições nesse campo^{14,15}.

O Espaço H do Hospital Maternidade Carmela Dutra – voltado para homens-pais no âmbito da atenção ao pré-natal, parto e nascimento – e a mobilização comunitária em torno da saúde dos homens pela Clínica da Família Santa Marta, ambos no município do Rio de Janeiro, serviram de “vitrine” no contexto nacional e internacional¹⁶, constituindo-se em experiências exitosas e que serviram como referências para países como o Paraguai e a Argentina¹².

Diante desse panorama, nossa pesquisa busca analisar narrativas e processos da implementação da PNAISH, por meio de diálogos com diversos atores e atrizes, abordando seus limites e possibilidades.

Método

Esta é uma pesquisa exploratória, de abordagem qualitativa e ancorada no pós-construcionismo em psicologia social. Essa leitura desafia abordagens tradicionais de pesquisa em saúde ao enfatizar que realidades sociais são construções discursivas influenciadas por contextos históricos, culturais e discursivos; e questiona categorias estáveis e universais, propondo uma visão fluida e dinâmica da realidade social, oportunizando uma compreensão crítica das práticas sociais e destacando como o poder e a linguagem moldam as experiências humanas¹⁷. Ao desconstruir narrativas hegemônicas e explorar a multiplicidade de vozes e significados, o pós-construcionismo permite abordar tanto a reprodução e regulação de modelos quanto a agências para a construção de novos modelos¹⁸.

A partir dessa perspectiva, foram realizadas 14 entrevistas entre outubro de 2018 e dezembro de 2019, permitindo a produção de narrativas das experiências do(a) s participantes em consonância com os contextos sociais, culturais e históricos mais amplos¹⁹, envolvendo diálogos com gestor(a)s, trabalhadore(a)s da saúde e população masculina em geral, além de análise documental e conversas com informantes-chave.

Participaram profissionais da Medicina e Enfermagem como informantes-chave sobre o processo anterior à PNAISH; dois gestores estaduais; e uma gestora municipal da coordenação de saúde do homem. A entrevista com o primeiro gestor estadual ocorreu em setembro de 2018. Naquele momento, ele estava à frente da coordenação desde 2013. Em dezembro de 2019, foi realizada uma entrevista com o gestor estadual que havia assumido recentemente essa função. A entrevista com a gestora municipal foi realizada em novembro de 2018, tendo ocupado o cargo por apenas sete meses.

Entrevistamos ainda dez homens potenciais usuários do Sistema Único de Saúde (SUS)^(f) inseridos em atividades informais e precarizadas no mercado de trabalho, compreendendo que esse tipo de atuação lhes impunha exposições a eventuais riscos à saúde decorrentes de suas atividades laborais e dificuldade de acesso às unidades. Levamos também em consideração que, por estarem fora do mercado formal, esses sujeitos somente tinham a possibilidade de atendimento na rede pública de saúde, não contando com saúde suplementar, como acontece com alguns trabalhadores formais devido ao acesso a planos de saúde empresariais. O quadro 1 apresenta informações sobre esses interlocutores.

^(f) Concebemos a noção de “potenciais usuários do SUS” aqueles homens que acessam ou poderiam acessar o SUS e que precisam conhecer seus direitos e serem mais bem-informados sobre saúde e cuidado, na perspectiva da promoção da saúde (e não apenas da prevenção ou do tratamento de doenças)⁹.

Quadro 1. Potenciais usuários, Rio de Janeiro, 2021.

HOMENS POTENCIAIS USUÁRIOS					
Categoria ID*	Raça/cor*	Idade	Escolaridade	Estado civil	N. de filhos
Homem cis que trabalhava como feirante	Branco	55	Ensino médio	Casado	2
Homem cis jovem	Branco	18	Ensino médio	Solteiro	-
Homem cis em situação de rua	Amarelo	41	Ensino médio	Solteiro	-
Homem cis bissexual	Preto	24	Ensino médio	Solteiro	-
Homem cis idoso	Preto	60	Sabe ler e escrever	Solteiro	3
Homem cis que trabalhava como caminhoneiro	Preto	37	Ensino médio	Casado	2
Homem cis pai de uma criança com deficiência	Preto	53	Ensino médio	Casado	2
Homem trans	Preto	35	Ensino médio	Solteiro	1
Homem cis gay, vivendo com HIV	Preto	41	Ensino médio	Solteiro	-
Homem com deficiência	Preto	52	Ensino médio	Casado	1

* As categorias de identificação étnico-racial e de orientação sexual e/ou identidade de gênero foram autodeclaradas..

Todas as entrevistas foram realizadas em locais indicados pelos entrevistados, com registros em áudio e transcritos para posterior análise.

Além das entrevistas, debruçamo-nos sobre documentos oficiais produzidos sobre a PNAISH nos âmbitos nacional e local. Como referência para análise desses documentos e das entrevistas realizadas, utilizou-se o Modelo Operacional de Análise de Políticas Públicas^{20,21}, que propõe uma análise de políticas a partir de quatro eixos: contexto, processo, atores envolvidos e conteúdo.

O contexto caracteriza o ambiente no qual a política é proposta e implementada, englobando contextos sócio-históricos, políticos e ideológicos que circunscrevem a política e que lhe outorgam sentido. A política surge como resposta ao contexto, interferindo e sendo interferida por ele.

Em relação ao processo, as políticas públicas são dinâmicas e dialéticas, não sendo possível separar cada uma de suas fases, a não ser para fins didáticos.

Já os atores incluem pessoas, instituições e organizações sociais que contribuem direta ou indiretamente, em todas as fases do processo, desde a formulação até a implementação de uma política pública²².

Por fim, o conteúdo compreende os argumentos que sustentam a política e que se expressam nos programas, projetos e nas mais diversas ações programáticas e produtos. Trata-se de compreender que valores, crenças, representações, interesses financeiros ou políticos orientam a política. Dessa forma, a relação entre o preconizado nacionalmente e a implementação local constitui um elemento importante de análise.

A pesquisa seguiu as recomendações da Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovada pelo CAAE n. 86897718.1.0000.5208.

Resultados e discussão

Organizamos os resultados e análises em três grandes eixos: 1) contexto e processo da política; 2) atores/atrizes envolvido(a)s; e 3) conteúdo.

Contexto e processo

Institucionalização local da PNAISH

Desde a instituição da PNAISH, em 2009, no nível tanto municipal quanto estadual, foram criadas áreas técnicas da saúde do homem com as secretarias de saúde. No que tange ao âmbito estadual, a coordenação ficou a cargo de um psicólogo entre 2009 e 2013, de um enfermeiro entre 2013 e 2018 e, desde 2019, de outro enfermeiro. Destaca-se que nenhum dos coordenadores possuía experiência anterior de trabalho com homens e saúde, ainda que houvesse experiências anteriores de gestão em saúde.

No nível municipal, de 2009 a 2018, houve cinco gestores e em alguns momentos a área ficou sem coordenação. No município, a gerência era compartilhada entre a saúde do homem e do idoso, sob a Coordenação de Linhas de Cuidado e Ciclos de Vida na

Superintendência de Atenção Primária. Essa gerência compartilhada com a saúde do idoso fazia com que o tema da saúde do homem fosse invisibilizado na visão da gestora municipal, que afirmou: “a política de saúde do homem acaba sendo engolida pela saúde do idoso, pois a demanda do idoso é muito emergente, ele não pode esperar” (gestora municipal).

A presença da área técnica nos organogramas das secretarias de saúde representou um passo importante para a institucionalização da PNAISH. No entanto, o compartilhamento da coordenação com outras áreas, como a saúde do idoso, fazia com que a saúde do homem fosse invisibilizada diante de outras pautas.

Essas disputas de espaços na agenda política local para a inclusão dos homens na saúde acabam por competir com outras pautas como a saúde da mulher, a saúde da criança e a do HIV/Aids. Embora haja uma articulação possível entre essas pautas e a discussão sobre homens e saúde, nem sempre há o reconhecimento por parte de outras esferas da gestão local ou nacional da articulação entre a PNAISH e demais políticas de saúde²³.

Articulação com movimentos sociais

Embora o(a)s gestore(a)s não tenham feito menção a parcerias com organizações do movimento social, há um histórico de parcerias entre organizações da sociedade civil e a área da saúde em temáticas relacionadas à paternidade articulada pela Macrofunção Vida, como campanhas de comunicação, organização de eventos, formação continuada para trabalhadores da saúde e participação em redes nacionais como no Grupo de Trabalho Homens pela Primeira Infância, da Rede Nacional Primeira Infância.

Podemos depreender que essa articulação é personalizada, e não institucionalizada. Ainda que reconheçamos a porosidade entre o pessoal e o institucional, não se pode desconsiderar que política se faz com pessoas e com redes de relações que facilitam ou dificultam sua implementação e execução²⁴.

Dimensão e rotatividade da equipe

O Rio de Janeiro contou com uma coordenação estadual e municipal da saúde do homem desde o lançamento da PNAISH. No entanto, no nível municipal, assistimos a uma grande rotatividade de gestores frente à coordenação da área técnica, incluindo momentos de ausência de coordenação, além do comprometimento de protagonismo/visibilidade da saúde do homem em função da gerência compartilhada com a área da saúde do idoso.

Os gestores apontaram que as equipes de coordenação municipal e estadual eram bem reduzidas, contando às vezes com apenas mais um trabalhador além da coordenação. Era comum o uso do termo “equipe” para mostrar que a área técnica se resumia a uma única pessoa, indicando fragilidade de sua institucionalização e operacionalização e implicando sobrecarga de trabalho e ausência de ações mais propositivas.

Orçamento

Nos níveis tanto municipal quanto estadual, houve um consenso entre os gestores sobre os desmontes de políticas públicas de saúde frente a problemas financeiros e econômicos do estado.

Foi mencionado que o cenário político, financeiro e administrativo do estado do Rio de Janeiro impactou negativamente o setor saúde com o governador eleito em 2019, Wilson Witzel, afastado por *impeachment* e os dois ex-governadores, Sergio Cabral (2007-2014) e Luiz Fernando Pezão (2014-2018), presos por corrupção. No caso da Atenção Primária em Saúde no município do Rio de Janeiro, essa crise se materializou em atrasos de pagamento; restrição de acesso a ações e serviços; demissões; e cortes de equipes, combinando elementos locais e nacionais²⁵.

Segundo o coordenador estadual, a má remuneração para todos os profissionais da saúde e a inexistência de função gratificada de coordenação da área técnica eram um desestímulo para o exercício da função. Além disso, a área técnica não dispunha de dotação orçamentária para a implementação de atividades extramuros ou apoio a projetos específicos nos diversos municípios.

Essa falta de orçamento próprio fazia com que, de acordo com ele, “muitos municípios desistam de assumir a política porque não tem dotação do Ministério ou do estado”. Destacava ainda que “os que pegam pra si é porque pegam pra si mesmo”, denunciando que as ações nos municípios dependiam de vontade e do compromisso pessoal de trabalhadores que buscavam visibilizar a importância da inclusão dos homens no campo da Saúde.

No nível municipal, tampouco a área técnica contava com recursos orçamentários para o desenvolvimento de ações. O apoio oferecido pelo Ministério da Saúde (MS) se restringia ao envio de materiais informativos para realização de ações. No entanto, a gestora municipal afirmava a necessidade de realizar as ações sem causar nenhum ônus para o orçamento da SMS. As ações só podem ser realizadas dentro dessa lógica: “[...] então, eu quero sair à noite para falar sobre preservativo. Mas, se isso gerar ônus para essa secretaria, isso não vai poder acontecer, porque eu não tenho carro, não tenho motorista [...]”.

Apelava-se para ações que privilegiassem a intersetorialidade, como, no caso do município do Rio de Janeiro, diálogos com diferentes áreas, como as de saúde dos adolescentes, HIV/Aids, saúde da mulher e saúde mental. Essas ações conjuntas faziam com que a saúde do homem não possuísse protagonismo, ou seja, tornava-se uma pauta periférica na agenda de saúde local. Ainda assim, havia o reconhecimento de que era importante ocupar esse espaço e, na medida do possível, assegurar a visibilidade da saúde do homem.

A violência urbana como barreira para a implementação da PNAISH

Outro ponto que merece destaque é a violência urbana e segurança pública. A violência foi afirmada em vários momentos como uma barreira para o trabalho na saúde que impede o acesso de trabalhadores a populações em territórios específicos,

bem como o fechamento de unidades de saúde em função de operações policiais e/ou confronto entre diferentes grupos de narcotraficantes que buscam controlar determinado território. O problema da violência urbana é persistente, impedindo ações propositivas na/da saúde em diferentes territórios do município e do estado e produzindo adoecimento entre os próprios trabalhadores da saúde²⁶.

Atores e atrizes

As entrevistas de gestores e trabalhadores da saúde apontaram para um leque de atores/atrizes presentes no debate sobre homens na saúde²². Organizações da sociedade civil foram recorrentemente mencionadas. As universidades foram apontadas entre os informantes-chave como instituições para a qualificação do debate ou em parcerias de projetos-piloto, notadamente a UFRJ, a Universidade Federal Fluminense e a Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Gestores mencionaram a importância das demais políticas e ações em saúde que colaboravam para a saúde do homem: a saúde da mulher, da criança e do adolescente; e a política do HIV/Aids. Também reconheceram a necessidade de mais articulação com a saúde mental, tendo em vista a presença maciça de homens em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), notadamente, os CAPS voltados para álcool e outras drogas.

Para os trabalhadores da saúde e informantes-chave, os gestores(as) no nível estadual e federal foram citados como parcerias fundamentais para que a PNAISH se efetivasse nos territórios. Contudo, ainda que houvesse esse reconhecimento, esbarrava-se na falta de recursos orçamentários que pudessem dinamizar ações voltadas para os homens na saúde.

A violência urbana surgiu novamente como um fator importante e que gerava impactos negativos na operacionalização de ações nos territórios, na saúde mental dos trabalhadores e na população em geral²⁶.

Vale destacar que, para os potenciais usuários, o desconhecimento de uma política de saúde para homens fazia também com que não houvesse reconhecimento de determinadas ações nas unidades e nos seus territórios. Isso, segundo eles, era interpretado como ausência de acolhimento. É importante lembrar o período crítico de déficit financeiro e orçamentário na saúde, com esvaziamento da Estratégia de Saúde da Família, conforme mencionado anteriormente²⁵.

Conteúdo

Para melhor apresentação do eixo conteúdo, recorreremos à técnica de análise de conteúdo temática, por meio da produção de uma nuvem de palavras para cada conjunto de entrevistas realizadas. A nuvem de palavras é gerada por meio de *softwares* que contabilizam as ocorrências de termos e criam uma visualização em que palavras recorrentes aparecem em tamanhos maiores, enfatizando sua relevância.

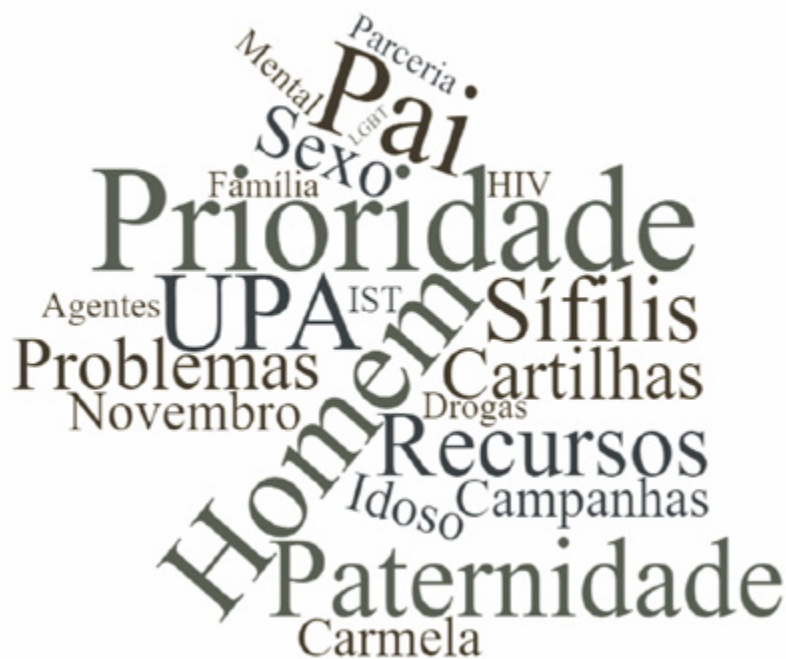
Essa técnica oferece uma forma visual e intuitiva de explorar grandes volumes de texto e tem sido utilizada em estudos na área da Saúde²⁷ e de ensino na Saúde²⁸, sendo

sua compreensão simples, direta e isenta de instâncias de validação e de confrontações entre o aparente e o ausente.

As entrevistas com os gestores trazem como elemento central aspectos relacionados aos eixos considerados prioritários na implementação da PNAISH no município/estado. Assim, percebe-se a frequente manifestação das palavras “pai”, “paternidade” e “homem” (figura 1).

Como dito anteriormente, o município do Rio de Janeiro propôs um conjunto de recomendações para que as unidades de saúde que atuassem em prol do engajamento dos homens na paternidade e no cuidado fossem consideradas “unidades de saúde parceiras do pai”²⁹. Esse modelo de engajamento foi, posteriormente, adotado pelo MS como uma das estratégias de sensibilização de gestores e trabalhadores da saúde para o envolvimento dos homens durante o pré-natal, parto e cuidados em puericultura.

Figura 1. Nuvem de palavras das entrevistas com gestores, Rio de Janeiro, Brasil, 2021.



Na nuvem de palavras de atores/atrizes (figura 2), percebe-se que recursos orçamentários e violências nos territórios assumiram considerável destaque nas narrativas dos entrevistados. A falta de orçamento específico para a saúde do homem limita sua capacidade de implementação e capilarização, tornando-se muitas vezes uma pauta periférica³⁰.

Para além da preocupação com questões de recursos orçamentários, os agravos na saúde do homem se referem a câncer, suicídio, diabetes, hipertensão, bebida e sexo. A noção de um homem que não se cuida expressa os mandatos culturais da masculinidade atrelados a comportamentos sexuais, alimentares e de saúde mental, sendo referentes de comprovação de virilidade e gerando barreiras no cuidado em saúde³¹.



Figura 2. Nuvem de palavras sobre atores e atrizes mencionados, Rio de Janeiro, Brasil, 2021.

A nuvem de palavras produzida a partir das entrevistas com potenciais usuários (figura 3) expressa aspectos importantes sobre como os homens percebem os serviços de saúde. O destaque para a palavra “camisinha” dá a ideia de que a unidade de saúde é apenas um lugar para buscar insumos, sem uma vinculação com demais cuidados em saúde que ela poderia oferecer. Essa ausência de vínculo parece estar associada ao destaque que esses homens fizeram sobre a falta de acolhimento por parte dos serviços de saúde para aqueles homens que escapam da cis-heteronormatividade e que têm uma expressão de gênero considerada “mais feminina”. Apesar dos esforços da inclusão da população LGBTQIA+ nos serviços de saúde, ainda assistimos a diferentes manifestações de discriminação e estigmatização nos serviços³² ou, ainda, expressões de racismo e classismo³³.



Figura 3. Nuvem de palavras das entrevistas com potenciais usuários, Rio de Janeiro, Brasil, 2021.

Os sentidos demarcados pela nuvem de palavras oferecem pistas para identificarmos obstáculos que a PNAISH enfrenta no Rio de Janeiro: a inexistência de recursos específicos para a saúde do homem; a influência da crise financeira, administrativa e política que acometia o estado do Rio de Janeiro; a violência urbana como uma barreira para implementação de ações no território; e a saúde mental como um tema pendente de atenção.

Por sua vez, a nuvem de palavras produzidas a partir das entrevistas com potenciais usuários expressa argumentos fortemente arraigados ao modelo central de uma ordem social que percebe o cuidado à saúde como algo que não é próprio dos homens, ignorando a importância da prevenção de doenças e da promoção da saúde. A relação com o serviço de saúde suscita sentimentos de intimidação, moralidades e distanciamento, fazendo com que haja um afastamento dos serviços, para além do desconhecimento da PNAISH.

Do local ao nacional: dialogando com os eixos da PNAISH

A PNAISH se organiza em cinco eixos: acesso e acolhimento; saúde sexual e reprodutiva; paternidade e cuidado; doenças prevalentes na população masculina; e prevenção de violências e acidentes⁶. Interessava-nos conhecer os possíveis diálogos entre a organização e implementação da política local e cada um dos eixos norteadores da PNAISH.

No tocante ao acesso e acolhimento, os trabalhadores da saúde apontaram para a disponibilidade da unidade em realizar ações de busca ativa e ir ao encontro de homens da comunidade na qual a unidade de saúde se localizava. Essa aproximação entre unidade de saúde e comunidade aparece como uma estratégia de promoção da saúde importante, estabelecendo uma comunicação mais fluida com os homens e proporcionando maior visibilidade das ações no território³¹.

Há uma preferência, segundo os trabalhadores da saúde, de os homens serem atendidos por um profissional do sexo masculino, o que nem sempre é possível, visto que grande parte da força de trabalho nas unidades é feminina. No entanto, é digno de nota a busca por cumplicidade masculina a partir de estereótipos de gênero, já que é considerado mais fácil falar sobre questões de saúde e adoecimento – e, portanto, de vulnerabilidades – com alguém do mesmo gênero³¹.

Na experiência local, a ampliação de horário para atendimento foi uma tentativa de engajar os homens nas unidades de saúde. Contudo, devido à violência do narcotráfico, essa ação foi descontinuada.

Para os potenciais usuários, essa aproximação com os serviços de saúde é mais complexa e questões culturais funcionam como barreiras para o acesso, como relatado por homens que escapam à cis-heteronormatividade e por aqueles em situação de rua. Isso evidencia a necessidade de adequação do acesso e acolhimento para a diversidade masculina em termos de gênero, raça, idade, orientação sexual, identidade de gênero e território⁵.

Os homens citam, de maneira mais frequente, a ida a Unidades de Pronto Atendimento (UPA) para atendimento emergencial do que a unidades da Atenção

Básica, como a Clínica da Família, para atendimento continuado. Apesar das especificidades desse grupo, ele não escapa do perfil geral de homens que recorrem mais a serviços emergenciais quando necessitam de apoio do que a serviços de promoção e prevenção no campo da saúde³¹.

Em relação à saúde sexual e reprodutiva, os trabalhadores da saúde enfatizaram a importância de que os homens no território soubessem da existência de testes rápidos para sífilis e HIV. Já os potenciais usuários, a ida às unidades de saúde consistia em buscar preservativos e em buscar insumos para seu tratamento de saúde, no caso de um deles que vivia com HIV.

Observou-se a ausência de campanhas educativas ou de outras estratégias comunicacionais direcionadas à saúde sexual e reprodutiva. É importante ressaltar que o país, na época da coleta de dados da presente pesquisa, enfrentava uma cruzada moral contra a “ideologia de gênero”, em que falar sobre relações de gênero e sexualidade era desestimulado ou até mesmo proibido³⁴.

O eixo paternidade e cuidado se tornou um destaque ao longo desses anos da PNAISH no Rio de Janeiro. O pré-natal do pai/parceiro³⁵ e o acompanhamento a consultas pediátricas são citados como um destaque da história construída no contexto carioca. No entanto, os potenciais usuários não fizeram menção a esse aspecto, o que pode revelar um descompasso entre as necessidades de saúde dos homens que não são pais (ou aqueles que já foram em um momento anterior) e a ênfase de estratégias sobre paternidade, que são importantes e necessárias, mas não são suficientemente abrangentes para a totalidade da população masculina.

Entre as doenças prevalentes, apareceram recorrentemente menções à hipertensão e diabetes por parte tanto de trabalhadores da saúde quanto de potenciais usuários e a experiências consolidadas no tratamento de problemas crônicos de saúde para os homens. Não parece ser uma casualidade que, para os potenciais usuários, a alimentação e a prática de exercícios componham o imaginário sobre formas de promoção da saúde.

Outro aspecto importante trata da redução de danos para minimizar efeitos do uso de substâncias psicoativas por parte de alguns potenciais usuários como estratégias de evitar maiores complicações para a sua saúde, apontando para a necessidade de se enfatizar a saúde mental nos debates sobre saúde do homem³⁶.

Por fim, a prevenção de violências e acidentes (compreendidas a partir de uma complexa leitura sobre socialização masculina) pouco aparece nas práticas discursivas dos entrevistados. A violência de gênero, por exemplo, não surge nos discursos de trabalhador(a)s da saúde, atores e atrizes-chave ou mesmo entre potenciais usuários, ainda que seja um tema caro à saúde³⁷.

Já o suicídio, como uma violência autoinfligida, é mencionado. Por sua vez, a violência urbana é citada recorrentemente como uma barreira, por exemplo, para a implementação de ações no território. Ainda que as causas externas³⁸ – violências e acidentes – sejam um tema importante para a morbimortalidade para os homens, estas não foram destacadas pelos potenciais usuários.

Considerações finais

A implementação da PNAISH no estado do Rio de Janeiro e, particularmente, em sua capital encontrou uma experiência acumulada na inclusão dos homens na saúde, propiciando um solo fértil para que essa política fosse institucionalmente incorporada nos âmbitos municipal e estadual, fruto da mobilização de trabalhadore(a)s da saúde da SMS na época.

Experiências exitosas consideradas como “vitrine” na atenção dos homens na saúde e no envolvimento dos homens no cuidado paterno estavam muito centradas nas figuras desses trabalhadores comprometidos com essas pautas. Além disso, a articulação de iniciativas intersetoriais no nível municipal, com centros de pesquisa e movimentos sociais, foram disparadoras de ações de envolvimento dos homens no campo da saúde, como eventos públicos, campanhas de comunicação e estratégias educativas.

Contudo, percebe-se que, sem o compromisso de institucionalização dessas ações, na medida em que esses trabalhadores ou gestores saem de cena, há um enfraquecimento das iniciativas, correndo o risco de a memória institucional desaparecer e das ações programáticas serem descontinuadas.

Outro ponto relevante é a violência urbana como uma barreira para ações nos territórios e como um problema de segurança e de saúde pública, atingindo homens jovens; pretos e pardos; e de periferia³⁷. Além disso, a questão da saúde mental é um tema pendente na agenda local de saúde do homem.

A falta de investimento por meio de dotação orçamentária própria; a crise financeira e administrativa local; o desinvestimento na saúde e em particular na Atenção Básica; e a gestão da saúde do homem com a saúde do idoso ajudam a invisibilizar a pauta da saúde masculina na agenda de saúde. A busca por ações intersetoriais tem sido um recurso para avançar em ações voltadas para os homens, como a articulação com as áreas da saúde da mulher e da HIV/Aids.

Vale frisar que o desconhecimento sobre a PNAISH parece apontar para a própria dinâmica cultural da sua relação com a saúde. Dito de outra maneira, a cultura do cuidado de si e do outro – e, em particular, na relação com o mundo da saúde – é muito distante da maioria dos homens. É importante, portanto, pensar modelos de construção de masculinidades que privilegiem uma cultura do cuidado.

A aposta de que a paternidade é uma porta de entrada para a inclusão dos homens na saúde³¹ é interessante, mas parece ser insuficiente tendo em vista a diversidade de questões para a saúde do homem, como a construção da masculinidade; o mundo do trabalho e seu processo intenso de precarização; e a organização de serviços e estratégias sensíveis às especificidades de gênero dos homens⁴.

Ações que buscam promover reflexão e engajamento de homens na paternidade; na saúde sexual e reprodutiva; e na prevenção de violência têm capacidade de engendrar novos repertórios de cuidado para os homens. Trata-se, portanto, de um desafio a ser perseguido.

Nesta pesquisa, chamou-nos a atenção a escassa referência dos nossos interlocutores em relação a marcadores sociais da diferença (como cor/raça, classe social, idade,

orientação sexual, identidade de gênero e deficiência), que definem e limitam posições sociais; e conformam suas interações com as instituições de maneira em geral – em particular, com as da saúde. Isso se reflete, entre outros pontos, na questão do acolhimento (ou na falta de) que aparece como uma categoria importante nas dinâmicas relacionais entre os homens e as instituições de saúde.

Por último, vale ressaltar que, do nosso ponto de vista, a ausência de uma leitura interseccional está associada à pouca interlocução dos gestores e profissionais de saúde com movimentos sociais que advogam em defesa da participação social como intrínseca ao processo de implementação de uma política pública. Promover e garantir a participação popular envolvendo homens e mulheres em processos de formulação, implementação e monitoramento de políticas públicas em saúde permitem visibilizar formas de exclusão baseadas em – e para além do – gênero.

Contribuição dos autores

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

Financiamento

Ministério da Saúde.

Conflito de interesse

Os autores não têm conflito de interesse a declarar.

Direitos autorais

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



Editor

Tiago Rocha Pinto

Editor convidado

Wagner dos Santos Figueiredo

Submetido em

06/08/24

Aprovado em

10/03/25

Referências

1. Medrado B, Lyra J, Azevedo M, Granja E, Vieira S. Princípios, diretrizes e recomendações para uma atenção integral aos homens na saúde. Recife: Instituto Papai; 2009.
2. Nascimento M, Carrara S. Sobre "Homens, saúde e políticas públicas: a equidade de gênero em questão". *Cienc Saude Colet*. 2012; 17(10):2583-5.
3. Organización Panamericana de la Salud. Masculinidades y salud en la Región de las Américas. Washington: PAHO; 2019.
4. Baker P. From the Margins to the Mainstream: Advocating the Inclusion of Men's Health in Policy: a scoping study. London: Global Action on Men's Health; 2020.
5. Brandão ER, Alzuguir FCV. Gênero e saúde: uma articulação necessária. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2022.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção integral à saúde do homem (Princípios e Diretrizes). Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
7. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Panorama do Censo 2022 [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2022 [citado 30 Jul 2024]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/trabalho/22827-censo-demografico-2022.html>
8. 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):659-78.
9. Medrado B, Lyra J, Azevedo M. Eu não sou só próstata, eu sou um homem!: por uma política pública de saúde transformadora da ordem de gênero. In: Gomes R, organizador. *Saúde do homem em debate*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2011. p. 39-74.
10. Hemmi APA, Baptista TWF, Rezende M. O processo de construção da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. *Physis*. 2020; 30(3):1-28.
11. Müller RF, Birman J. Negociando saberes e poderes: a política nacional de atenção integral à saúde do homem e a sociedade brasileira de urologia. *Hist Cienc Saude Manguinhos*. 2016; 23(3):703-17.
12. Lyra J, Medrado B. Relatório da Pesquisa "Análise da implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem – PNAISH". Brasília, Recife: Coordenação de Saúde do Homem / Ministério da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco; 2021.
13. Lopes AS, Amorim A, Coutinho AM, Costa C, Costa CS, Oliveira GJ, et al. Homem, saúde e vida cotidiana: uma proposta de pesquisa-ação. Rio de Janeiro: NESC/UFRJ, ENSP/FIOCRUZ; 2001.
14. Nascimento M. Desaprendendo o silêncio: uma experiência de trabalho com grupos de homens autores de violência contra a mulher [dissertação]. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; 2001.
15. Acosta F, Barker G. Homens, violência de gênero e saúde sexual e reprodutiva: um estudo sobre homens no Rio de Janeiro/Brasil. Rio de Janeiro: Instituto NOOS; 2003.
16. Spindler E. Beyond the Prostate: Brazil's National Healthcare Policy for Men (PNAISH). EMERGE Case Study 1. Brighton: Promundo-US, Sonke Gender Justice and the Institute of Development Studies; 2015.
17. Gergen KJ. *An Invitation to Social Construction*. London: Sage; 1999.

18. Prioli M, Lopes F, Brigagão J, Rasera E, organizadores. *Diálogos sobre construcionismo social: entrevistas com Kenneth Gergen, Lupicinio Íñiguez-Rueda, Mary Jane Spink e Tomás Ibáñez*. Curitiba: CRV, IPUSP; 2023.
19. Jovchelovitch S, Bauer MW. Entrevistas narrativas. In: Bauer MW, Gaskell G, editores. *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. Petrópolis: Vozes; 2002. p. 90-113.
20. Araújo JLAC Jr. *Health sector reform in Brazil, 1995-1998: a health policy analysis of a developing health system* [tese]. Leeds: The University of Leeds; 2000.
21. Fonseca JLCL. *Homens, feminismo e direitos reprodutivos no Brasil: uma análise de gênero no campo das políticas públicas (2003-2006)* [tese]. Recife: Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz; 2008.
22. Lyra J, Medrado B. As tramas de uma complexa rede: atores e atrizes da política de direitos reprodutivos no Brasil. *Rev Estud Fem*. 2019; 27(1):e44803.
23. Leite RV, Silva CS, Pereira APCM. Inserção da atenção à saúde do homem em instrumentos de gestão do Ministério da Saúde (2012-2015). In: *Anais do 8o Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde - Vol. 1*; 2019; João Pessoa. Campinas: Galoá; 2019.
24. Lima LD, Machado CV, Gerassi CD. O neo-institucionalismo e a análise de políticas de saúde: contribuições para uma reflexão crítica. In: Mattos RA, Baptista TWF, organizadores. *Caminhos para análise das políticas de saúde*. Porto Alegre: Rede Unida; 2015. p. 181-220.
25. Melo EA, Mendonça MHM, Teixeira M. A crise econômica e a atenção primária à saúde no SUS da cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Cienc Saude Colet*. 2019; 24(12):4593-8.
26. Machado CB, Daher DV. Violência urbana: repercussões e consequências na assistência à saúde em uma Unidade de Saúde da Família. *Cienc Cuid Saude*. 2015; 14(4):1445-52.
27. Souza MAR, Wall ML, Thuler ACMC, Lowen IMV, Peres AM. The use of IRAMUTEQ software for data analysis in qualitative research. *Rev Esc Enferm USP*. 2018; 52:e03353.
28. Carvalho PM Jr, Rosa RSL, Sgambatti MS, Adachi EA, Carvalho VCL. Avaliação do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde na Família: uma análise qualitativa através de duas técnicas. *Rev Hospital Universitario Pedro Ernesto*. 2012; 11 Supl 1:114-9.
29. Lima VLGP, Campos NZR, Barroso MAB, Arruda JM, Zandonadi RCMB, Branco VMC. Política pública de valorização de paternidade: sistematização e análise de sua implantação no Rio de Janeiro. In: Catrib AMF, Dias MAS, Frota MA, editores. *Promoção da saúde no contexto da Estratégia Saúde da Família*. Campinas: Saberes; 2011. p. 45-63.
30. Souto KMB. Participação social, políticas públicas e os caminhos da (para a) democracia participativa: trajetórias das políticas de saúde das mulheres, saúde do homem e saúde LGBT. Brasil. 2003-2019 [tese]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2022.
31. Ribeiro CR, Gomes R, Moreira MCN. Encontros e desencontros entre a saúde do homem, a promoção da paternidade participativa e a saúde sexual e reprodutiva na atenção básica. *Physis*. 2017; 27(1):41-60.
32. Ferreira BO, Bonan C. Vários tons de “não”: relatos de profissionais da Atenção Básica na assistência de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBT+). *Interface (Botucatu)*. 2021; 25:e200327. doi: 10.1590/interface.200327.

33. Werneck J. Racismo institucional e saúde da população negra. *Saude Soc.* 2016; 25(3):535-49.
34. Miskolci R, Pereira PPG. Educação e Saúde em disputa: movimentos anti-igualitários e políticas públicas. *Interface (Botucatu)*. 2019; 23:e180353. doi: 10.1590/Interface.180353.
35. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Gestão do Cuidado Integral. Guia do pré-natal do parceiro para profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2023.
36. Silva RP, Melo EA. Masculinidades e sofrimento mental: do cuidado singular ao enfrentamento do machismo? *Cienc Saude Colet.* 2021; 26(10):4613-22.
37. Gomes R, Cecchetto FR, Nascimento M. Homens e violências: relações naturalizadas e desafiadoras para a saúde. In: Minayo MCS, Assis SG, organizadores. *Novas e velhas faces da violência no século XXI: visão da literatura brasileira do campo da saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2017. p. 187-201.
38. Lyra J. Homem, jovem, negro e pobre: um novo sujeito para as políticas públicas? In: Lyra J, Medrado B, Oliveira AR, Sobrinho A, organizadores. *Juventude, mobilização social e saúde: interlocuções com políticas públicas*. Recife: Instituto Papai/MAB/Canto Jovem; 2010. p. 109-30.

Considering Brazil's continental dimensions and regional particularities, this article presents analyses of the implementation of the National Policy for Comprehensive Men's Health Care (PNAISH) in the state of Rio de Janeiro. The study is part of a qualitative national multicenter study whose research design included narrative interviews with managers, health workers and the general male population. The findings reveal limited awareness of the existence of a men's health policy among the population, that successful experiences involving men in health care coexist with implementation challenges related to structural weaknesses arising from state administrative and financial crises and urban violence, and the need to adopt an intersectional, intersectoral and interinstitutional approach to operationalize the core components of the PNAISH.

Keywords: Men's health. Health policies. Masculinities.

Considerando las dimensiones continentales del territorio brasileño y sus particularidades regionales, este artículo presenta análisis producidos sobre la implementación de la política de salud del hombre en el estado de Río de Janeiro. Se trata de un recorte de investigación multicéntrica nacional de abordaje cualitativo cuyo diseño metodológico incluyó la realización de entrevistas narrativas con gestores(as), trabajadores(as) de la salud y la población masculina en general. El estudio señala el poco conocimiento por parte de la población de la existencia de una política de salud enfocada en los hombres; experiencias consideradas exitosas en el involucramiento de los hombres en los cuidados de salud coexisten con desafíos en su proceso de implementación, relacionados con dificultades estructurales provenientes de crisis administrativas y financieras en el estado y de la violencia urbana; y la necesidad de incorporación de una perspectiva interseccional, intersectorial e interinstitucional para puesta en operación de los ejes propuestos por la PNAISH.

Palabras clave: Salud del hombre. Políticas de salud. Masculinidades.