

Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Ana Paula Azevedo Hemmi

Participação em construção de políticas de saúde: o caso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem

Rio de Janeiro

2018

Ana Paula Azevedo Hemmi

Participação em construção de políticas de saúde: o caso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública.

Orientadora: Prof.^a Dra. Tatiana Vargas de Faria Baptista

Coorientadora: Prof.^a Dra. Mônica de Rezende

Rio de Janeiro

2018

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

H489p Hemmi, Ana Paula Azevedo.
Participação em construção de políticas de saúde: o caso da
Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem / Ana
Paula Azevedo Hemmi. -- 2018.
300 f. : il. color. ; graf. ; tab.

Orientadora: Tatiana Wargas de Faria Baptista.
Coorientadora: Mônica de Rezende.
Tese (doutorado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional
de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2018.

1. Política de Saúde. 2. Política Pública. 3. Formulação de
Políticas. 4. Saúde do Homem. 5. Participação Social. I. Título.

CDD – 22.ed. – 613.04234

Ana Paula Azevedo Hemmi

Participação em construção de políticas de saúde: o caso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública.

Aprovada em: 28 de março de 2018.

Banca Examinadora

Prof. Dr. Martinho Braga Batista e Silva
Universidade Estadual do Rio de Janeiro – Instituto de Medicina Social

Prof.^a Dra. Francini Lube Guizardi
Fundação Oswaldo Cruz – Gerência Regional de Brasília

Prof. Dr. Ruben Araujo de Mattos
Universidade Estadual do Rio de Janeiro – Instituto de Medicina Social

Prof.^a Dra. Marly Marques da Cruz
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof.^a Dra. Tatiana Wargas de Faria Baptista (Orientadora)
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof.^a Dra. Mônica de Rezende (Coorientadora)
Universidade Federal Fluminense – Instituto de Saúde Coletiva

Rio de Janeiro

2018

Para aqueles que se interessam por análise de políticas de saúde e almejam se guiar por um *caminho* não previsível.

AGRADECIMENTOS

O período de doutorado é relativamente longo. Em quatro anos, pessoas queridas se vão, outras vêm ao mundo, outras cruzam nossos caminhos. Tenho muitas pessoas (e instituições) a quem agradecer por terem possibilitado a realização do doutorado.

Ao André que, desde 2013, apoiou minhas idas ao Rio para participar dos encontros do Grupo Caminhos para Análise de Políticas de Saúde, além de ter estado ao meu lado durante todas as demais fases que se seguiram.

À minha mãe, companheira em todas as fases do processo seletivo e nas esperas em BH para concluir o trajeto Rio-Diamantina.

Aos meus sogros, Ronaldo e Rosaly, que foram companhias constantes no Rio e em Juiz de Fora.

Às minhas amigas em geral, mas especialmente, Izabela Terra e Patrícia Amorim e às pessoas da minha família, principalmente, minha irmã Sabrina, minhas primas Roberta Azevedo e Adelina Hemmi pela constante torcida para alcançar este sonho.

À Tatiana que me acolheu com toda sua delicadeza na ENSP e no Grupo Caminhos e me incentivou a seguir com o objeto de pesquisa que me propus estudar.

À Mônica que, desde o início, foi fundamental para me situar no Rio, em todos os sentidos, desde a minha locomoção e hospedagem até na pesquisa.

Ao Ruben, com toda a sua sensibilidade e maneira afetuosa de conduzir as disciplinas que cursei no IMS para estudar políticas de saúde e divagar sobre os diversos temas que atravessavam as discussões.

Aos integrantes do Grupo Caminhos para Análise de Políticas de Saúde, pelas leituras e discussões sobre políticas de saúde.

Às amigas e colegas de doutorado da ENSP, Carla, Michele, Marcelle, Renata, Juliana e Lívia que com uma leveza de levar a vida e crítica à produtividade acadêmica foram fundamentais em todo o processo para que eu pudesse seguir adiante. É com pessoas como elas que gostaria de viver a vida do trabalho acadêmico, construindo diálogos diversos e amplos sobre saúde e sobre a vida.

Aos professores da ENSP, que com suas disciplinas puderam me ajudar a pensar a saúde para além do próprio campo e me deparar com a Teoria Social e com as Leituras sobre a Formação do Brasil, algo que mudou minha forma de lidar e pensar nossa sociedade, incluindo o político e o social como parte fundamental para lidar com as desigualdades existentes em nosso país.

Aos entrevistados, que me concederam entrevistas riquíssimas sobre o tema em questão.

À CAPES, por me conceder uma bolsa de estudos para realização do Doutorado Sanduíche em Londres e também recursos do Proex para realização de parte do trabalho de campo.

À Sonia Delindro, por me receber no King's College London.

Ao CNPq, pela bolsa de doutorado e pelos recursos financeiros para realização da pesquisa.

Ao Departamento de Enfermagem da UFVJM, em especial às queridas colegas de disciplina de Políticas de Saúde da Família e de Estágio Supervisionado em áreas comunitárias, Liliane e Heloísa, assim como a Daisy e Penha que, não só me incentivaram a seguir essa jornada no Rio, mas também conduziram o Estágio com muita dedicação respeitando minha ausência.

Ao meus queridos companheiros de NUPEESC, Gabriela, Fabiana Angélica, Geovane, Heloísa, Natália Tenuta, Giovana que se mantiveram firmes para que nossos sonhos pudessem começar a ganhar formas...

Aos acadêmicos de Enfermagem, Otto e Jaqueline, pelas contribuições ao longo da pesquisa.

E a todos brasileiros, que tornam possível o financiamento de estudos de pós-graduação no Brasil, imprescindível para se chegar a este nível de formação.

*(...) Vou sem rumo e sigo em frente,
Pois quem guia meu caminho,
Se não me fez mais contente,
Nunca me deixou sozinho.*

*Não sei onde vou chegar,
Nem também por qual estrada,
Nem se vou recomeçar
A partir dessa chegada. (...)*

CAYMMI; PINHEIRO, 2013.

RESUMO

O presente estudo teve como objetivo analisar o processo de construção do documento Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) com ênfase na participação de diversos agentes sociais. Partiu-se de uma visão de ciência construcionista assumindo como referenciais autores das Ciências Humanas e Sociais para entendimento de política pública, Estado, democracia e participação. A pesquisa teve como recorte temporal o período de construção da PNAISH, ou seja, os anos que precederam 2009. Foram considerados os relatos de agentes sociais que participaram, de alguma forma, desse processo e que, naquele momento, ocupavam cargos estratégicos nas Sociedades Médicas brasileiras; acadêmicos e pesquisadores; ativistas sociais e membros de Organizações Não-Governamentais; membros da Área Técnica de Saúde do Homem do Ministério da Saúde; e o Ministro de Estado da Saúde. Os relatos foram obtidos por meio de entrevistas e por consulta a documentos tanto da Área Técnica de Saúde do Homem do Ministério da Saúde, quanto da Câmara dos Deputados. Identificou-se que a política de saúde do homem tem como origem o forte envolvimento político da Sociedade Brasileira de Urologia. Pela análise do processo de participação, este se caracterizou por um convite feito a especialistas para que pudessem expressar seus conhecimentos a respeito da saúde do homem a partir de seminários realizados pela Área Técnica de Saúde do Homem. Pôde-se perceber que a concepção sobre a atenção à saúde do homem partiu de racionalidades distintas, uma relacionada à biomedicina e a outra à Saúde Coletiva e que, para além de um consenso de ideias realizado pelos técnicos e gestores da Área Técnica de Saúde do Homem, houve diferentes conflitos entre os agentes sociais que ora parecem se relacionar, de alguma forma, às essas racionalidades.

Palavras-chave: Política de Saúde. Política Pública. Formulação de Políticas. Saúde do Homem. Participação Social.

ABSTRACT

This study was aimed to analyze the construction process of the document on the National Policy for Integral Attention to Men's Health (PNAISH), highlighting the participation of several social players. We started from a vision of constructionist science by adopting the frameworks of the authors from the Social and Human Sciences, in order to understand concepts such as public policy, State, democracy and participation. The research had as its temporal cut the construction period of PNAISH, that is, the years preceding 2009. We took into account the reports of social players who, in some way, participated in this process and who, during that period, held strategic positions in the Brazilian Medical Societies; scholars and researchers; social activists and members of Non-Governmental Organizations; Members of the Technical Area of Men's Health from the Ministry of Health; and the State Minister of Health. The reports were obtained through interviews and by consulting documents both of the Technical Area of Men's Health from the Ministry of Health and from the House of Representatives. We identified that the men's health policy is originated from the strong political engagement of the Brazilian Society of Urology. When analyzing the participation process, we realized that this was characterized by an invitation made to experts so that they could express their knowledge regarding men's health from seminars performed by the Technical Area of Men's Health. It was possible to notice that the conception about the attention to men's health is derived from different rationalities, one related to biomedicine and the other to Public Health, and also that, despite the existence of a consensus of ideas held by the technicians and managers of the Technical Area of Men's Health, there have been different conflicts among social players, which sometimes seem to relate, in some way, to these rationalities.

Keywords: Health Policy. Public Policy. Policy Making. Men's Health. Social Participation.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 2.1 -	A interpenetração dos contextos	36
Figura 2.2 -	Cenários envolvidos na construção da PNAISH.....	44
Figura 2.3 -	Linha do Tempo	45
Quadro 2.1 -	Trajatória profissional dos agentes sociais do Ministério da Saúde...	46
Quadro 2.2 -	Trajatória profissional dos agentes sociais da Academia.....	47
Quadro 2.3 -	Trajatória profissional dos agentes sociais das ONGs e ABGLT.....	48
Quadro 2.4 -	Trajatória profissional dos agentes sociais das Sociedades Médicas..	51
Figura 3.1 -	Os quatro modos de participação pública em decisão política.....	76
Figura 5.1 -	Propaganda de divulgação da PNAISH.....	124

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABGLT	Associação Brasileira de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais
ABP	Associação Brasileira de Psiquiatria
APS	Atenção Primária à Saúde
ATSH	Área Técnica de Saúde do Homem
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CEIS	Complexo Econômico- Industrial da Saúde
CONTAG	Confederação dos Trabalhadores na Agricultura
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CNSH	Coordenação Nacional de Saúde Homem
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
DAB	Departamento de Atenção Básica
DAET	Departamento de Atenção Especializada e Temática
DAPES	Departamento de Ações Programáticas Estratégicas
DRAC	Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
Ensp	Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca
ES	Espírito Santo
FBG	Federação Brasileira de Gastroenterologia
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
HFA	Hospital das Forças Armadas
IES	Instituição de Ensino Superior
IFF	Instituto Fernandes Figueira
IMS	Instituto de Medicina Social
ILGA	International Lesbian and Gay Association
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INCA	Instituto Nacional do Câncer
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
LGBT	Lésbicas, <i>Gays</i> , Bissexuais e Transexuais

MG	Minas Gerais
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONGs	Organizações Não-Governamentais
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
OP	Orçamentos Participativos
Papai	Programa de Apoio ao Pai
PDP	Política de Desenvolvimento Produtivo
PHS	Partido Humanista da Solidariedade
PNAISH	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem
PSF	Programa Saúde da Família
PUC	Pontifícia Universidade Católica
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SBC	Sociedade Brasileira de Cardiologia
SBMFC	Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade
SBPT	Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia
SBU	Sociedade Brasileira de Urologia
SCTIE	Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos
SE	Secretaria Executiva
SESC	Serviço Social do Comércio
SGEP	Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância à Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
USP	Universidade de São Paulo
UFF	Universidade Federal Fluminense
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo
UFVJM	Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	14
2	ESTADO, POLÍTICAS PÚBLICAS E A DEFINIÇÃO DOS CENÁRIOS DO ESTUDO.....	29
2.1	CENÁRIOS, AGENTES SOCIAIS E CAMINHOS DA PESQUISA	41
2.1.1	Cenários, agentes sociais e a política de saúde do homem.....	42
3	CONSENSO OU CONFLITO? CONTRIBUIÇÕES TEÓRICAS SOBRE DEMOCRACIA E PARTICIPAÇÃO.....	60
3.1	CONTRIBUIÇÕES TEÓRICAS SOBRE DEMOCRACIA.....	60
3.2	CONTRIBUIÇÕES TEÓRICAS SOBRE PARTICIPAÇÃO NA CONSTRUÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS.....	72
4	PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DO HOMEM.....	78
4.1	CENÁRIO GOVERNAMENTAL NO PERÍODO DE CONSTRUÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DO HOMEM.....	78
4.2	PERCURSO DA POLÍTICA DE SAÚDE DO HOMEM NO MINISTÉRIO DA SAÚDE.....	81
4.2.1	Constituição da Área Técnica de Saúde do Homem (ATSH) no Ministério da Saúde	83
4.2.2	Percurso de construção da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH)	91
4.3	SOBRE A ORIGEM DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DO HOMEM.....	99
5	A PARTICIPAÇÃO NA CONSTRUÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM (PNAISH).....	106
5.1	A PARTICIPAÇÃO DOS DIVERSOS AGENTES SOCIAIS NO PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DA PNAISH.....	106
5.1.1	A participação das Sociedades Médicas brasileiras.....	110
5.1.1.1	Participação da Sociedade Brasileira de Urologia (SBU).....	110
5.1.1.2	Participação da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC).....	120
5.1.1.3	Participação da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e	122

	Comunidade (SBMFC).....	
5.1.2	A Participação dos “outros”	126
5.1.2.1	Participação de acadêmicos/ pesquisadores.....	126
5.1.2.2	Participação das Organizações Não-Governamentais (ONGs).....	138
5.1.2.2.1	<i>Participação do Instituto Papai</i>	138
5.1.2.2.2	<i>Participação da ONG Promundo</i>	143
5.1.2.3	Participação da Associação Brasileira de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais (ABGLT).....	146
5.2	CONSIDERAÇÕES SOBRE O PROCESSO DE PARTICIPAÇÃO NA CONSTRUÇÃO DA PNAISH.....	147
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	156
	REFERÊNCIAS	163
	APÊNDICE A – ENTREVISTAS REALIZADAS	173
	APÊNDICE B – RELAÇÃO DE AGENTES SOCIAIS ENTREVISTADOS	175
	APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO/ TCLE	178
	APÊNDICE D – MAPA DE ASSOCIAÇÃO DE IDEIAS	182
	ANEXO A – POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM: PRINCÍPIOS E DIRETRIZES	184
	ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	279
	ANEXO C – PROGRAMAÇÃO DOS FÓRUNS DE SAÚDE DO HOMEM	284
	ANEXO D – RELATÓRIO SÍNTESE DO SEMINÁRIO DE SAÚDE MENTAL	289

1 INTRODUÇÃO

Este estudo se insere no bojo de discussões realizadas pelo Grupo Caminhos para Análise das Políticas de Saúde¹, o qual busca analisar e compreender o processo de construção de políticas de saúde no Brasil a partir de um olhar crítico sobre os diversos modelos e conceitos que são, usualmente, aplicados aos estudos de políticas. Esse olhar propiciou a construção coletiva de um material², que além de ter contribuído para a presente pesquisa, é destinado a demais estudantes de pós-graduação, graduação e do ensino médio que atuam no campo da Saúde Coletiva, e também para profissionais de saúde e interessados no debate sobre as políticas de saúde (BAPTISTA; MATTOS, 2011).

Devido à sua característica de realizar um debate sobre políticas de saúde em rede, foi possível articular algumas inquietações que me acompanham ao longo de minha trajetória acadêmica e profissional³. A aproximação ao tema saúde do homem ocorreu, em um primeiro momento, em 2009, quando estava preparando o capítulo “Homem, Saúde e Cuidado: uma trajetória em construção” (HEMMI; ALMEIDA, 2012; 2017) do livro *Enfermagem em Saúde Coletiva* (SOUZA; HORTA, 2012; 2017) em que me deparei com uma literatura relativamente escassa sobre saúde do homem. Ao revisar algumas bases de dados para escrever esse capítulo foi possível identificar estudos, em Saúde Coletiva, que abordavam a saúde do homem em uma perspectiva de acesso aos serviços de saúde e que enfatizavam o olhar para o homem sob a ótica de gênero. Confesso que meu olhar, naquele momento, foi de um estranhamento com as publicações encontradas, já que, inicialmente, o olhar de uma enfermeira pensando em cuidado ao homem no âmbito da Saúde Coletiva estava muito aderido ao senso comum de que “os homens não se cuidam”, que eles são “resistentes em procurar pelos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS)”, enfim não havia me debruçado sobre o tema em questão.

¹ O Grupo é coordenado por Ruben de Araujo Mattos (Instituto de Medicina Social/IMS da Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ UERJ) e Tatiana Vargas de Faria Baptista (Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/ENSP da Fundação Oswaldo Cruz/ Fiocruz).

² Este material se refere ao livro “Caminhos para análise das políticas de saúde” organizado por Ruben de Araújo Mattos e Tatiana Vargas de Faria Baptista e publicado em 2015 pela Rede Unida; e ao site (<http://site.ims.uerj.br/pesquisa/ccaps/>) em que há divulgação tanto do livro quanto das atividades desenvolvidas pelo grupo.

³ Ao longo do trabalho, o leitor perceberá que ora utilizo o sujeito no singular, ora no plural. Isso ocorre propositalmente, visto que, em determinados momentos da pesquisa, o trabalho se deu de forma solitária. Mas em outros houve uma interlocução intensa com as orientadoras do doutorado, assim como com os participantes do Grupo Caminhos para Análise das Políticas de Saúde.

Além do acesso aos diversos artigos, identifiquei, no site do Ministério da Saúde (MS), o lançamento também em 2009 de um documento referente à política nacional de saúde destinada aos homens. Havia também uma indicação no site, na época, de que aproximadamente seis meses antes, essa política havia estado aberta à uma consulta pública. Então, me surpreendi em dois sentidos: 1) o Ministério da Saúde acabara de lançar um documento denominado Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH); e 2) havia aberto uma consulta pública para que profissionais de saúde, gestores, sociedade civil e acadêmicos pudessem fazer parte da elaboração dessa política. Infelizmente, não acompanhei o processo de construção do documento da política, mas esses elementos me marcaram de tal maneira que, mesmo após a publicação do capítulo supracitado, quando já estava atuando como docente no Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM), procurei desenvolver junto a alunas um projeto de pesquisa intitulado “Atenção à Saúde dos Homens: acesso e resolutividade em serviços de saúde”⁴ como uma aproximação possível a questões referentes ao público masculino. A partir desse projeto, foi possível compreender alguns aspectos relacionados às representações sociais dos homens abordados no estudo sobre saúde-doença e cuidado; além disso, buscamos compreender as representações dos enfermeiros das Unidades Básicas de Saúde de Diamantina, Minas Gerais (MG), sobre a PNAISH.

Essas foram aproximações importantes para a construção de um projeto de pesquisa de doutorado que partiu, inicialmente, de questões sobre como “entidades civis”⁵, tal como são mencionadas no documento PNAISH, puderam contribuir ou participar, via internet, dessa consulta pública para a formulação daquela política.

A participação social foi um tema que, por algum tempo, me chamou atenção. Durante a graduação em Enfermagem, realizada no período de 2002 a 2006, o contato com esse tema se resumiu ao conhecimento da existência da Lei 8.142/90 e da obrigatoriedade da participação da população na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). Não foi possível uma aproximação maior, mas com posterior inserção na área da saúde, como enfermeira de uma equipe de Saúde da Família em Belo Horizonte, Minas Gerais (MG),

⁴ Este Projeto de Pesquisa foi cadastrado na Pró-reitoria de Pesquisa e Pós-graduação da UFVJM, sob o número 1112011, e teve duração de três anos (2011-2014).

⁵ Faço um destaque ao utilizar esta expressão, pois desde aquele momento a inclusão *da* sociedade civil, conforme consta no documento do Ministério da Saúde (BRASIL, 2008h), me gerou certo estranhamento.

pude me questionar se a participação dos ‘usuários’⁶ na gestão dos serviços de saúde era efetiva.

Não entendia como algo simples a aplicação dessa Lei na prática cotidiana. Naquele momento, considerava que a implementação de uma política ou de uma lei, era um dever dos profissionais da saúde e me imbuía desse papel. Percebia que, no cotidiano de trabalho na Atenção Básica à Saúde, as relações existentes entre usuários e profissionais de saúde e entre estes e os gestores e o Ministério da Saúde eram verticalizadas e se pautavam na existência de uma hierarquia velada, presente no campo da saúde. No entanto, reconhecia que essa relação se tratava de uma realidade complexa, pois por mais que o discurso de compartilhamento de decisões fosse presente, isso não parecia ocorrer. Por mais que acreditasse nas propostas do Programa Saúde da Família (PSF), conforme os princípios do SUS, ao mesmo tempo em que acolhia os usuários com seus problemas de saúde, percebia que havia claramente uma distância entre as necessidades apresentadas pela população e minhas perspectivas.

Havia uma dificuldade de entendimento de ambas as partes. As pessoas dirigiam-se ao serviço visando, exclusivamente, exames, receitas de medicamentos ou consultas médicas; às vezes, contentavam-se com uma conversa durante o acolhimento. Enquanto, a partir do meu ponto de vista e da minha prática, conforme havia aprendido na graduação, era preciso resistir a essas demandas, restritas a uma prática biomédica – curativa – que, por vezes, não correspondia às suas necessidades. Sentia que me mobilizava muito para lutar contra as demandas que os usuários do Centro de Saúde apresentavam.

Nesta perspectiva, os problemas de saúde ou a doença apresentados pelos usuários careciam de cuidados permanentes, que deveriam ser realizados por profissionais atentos às características socioeconômicas daquela população. Mas nem esses usuários, nem a dinâmica do serviço agiam conforme o que eu havia aprendido⁷.

Neste processo, ainda relacionado às inquietações frente à participação social de usuários, comecei a me indagar como a população poderia participar das decisões em

⁶ O uso da palavra usuário entre aspas, se deve à ideia que tinha nesse momento da minha trajetória. Havia uma compreensão de que usuários do SUS representavam uma categoria homogênea de pessoas que frequentavam a Unidade Básica de Saúde, ao utilizar essa palavra ao longo da introdução, remeterá à esta ideia.

⁷ Retomo uma forma de pensar bem característica dos profissionais de saúde que por algum tempo me influenciou. Esta se refere à concepção de que tais profissionais possuem um saber diferente *do* e, para uns, superior *ao*, saber dos usuários, que, por sua vez, lhes dá o direito de prescrever o que é certo ou errado, assim como o que é adequado ou não à população.

saúde, havendo perspectivas tão diferentes entre usuários dos serviços de saúde em relação a dos profissionais de saúde e gestores. Para mim, levar em conta as representações dos usuários sobre o serviço de saúde tornava-se uma atitude fundamental para que houvesse possibilidade de diálogo com os sujeitos que frequentavam a unidade de saúde.

A partir disso, me dediquei à pesquisa de mestrado, realizada em 2007 e 2008, que teve como objetivo compreender as representações sociais de usuários sobre o Programa Saúde da Família. Pude apreender que os usuários entrevistados ancoravam suas representações em *um tempo em que acesso significava espera e falta por atendimento*, conforme discuti em minha dissertação (HEMMI, 2008). Os usuários entrevistados não souberam, por exemplo, nomear PSF, apesar de conseguirem perceber mudanças com a sua incorporação aos serviços de Atenção Básica à Saúde.

Outro aspecto que foi considerado, nos resultados da pesquisa, refere-se ao não reconhecimento dos usuários como sujeitos do processo de construção do PSF, apesar do discurso, presente no meio acadêmico, sobre a importância do diálogo entre usuários e profissionais de saúde para o cuidado, assim como com os gestores para efetivar uma participação sobre a organização dos serviços. Enfim, isso me fez questionar, ao final da pesquisa: *como tornar possível um diálogo entre a população e os profissionais de saúde sobre as ações desenvolvidas? O vínculo construído entre profissionais e usuários é um elemento importante para a construção de uma parceria?*

Há alguns pontos importantes que precisam ser explicitados. Durante o mestrado e ao seu término, minhas análises não me permitiram compreender quem eram esses usuários a que me referia. Naquele momento, me pautei na Teoria das Representações Sociais⁸ para delimitar quem seriam os sujeitos da pesquisa.

Além disso, não aprofundei, na discussão da pesquisa, sobre o conceito de participação social, ainda que, indiretamente, ele tenha me mobilizado para a pesquisa. Enfim, se naquele momento, a ideia de participação política se relacionava a um engajamento de usuários dos serviços de saúde por meio de debates e discussões sobre os interesses destes e dos profissionais de saúde e gestores, hoje percebo uma mudança nessa

⁸ A Teoria das Representações Sociais sustenta a ideia de que representações sociais são formadas a partir de um processo denominado ancoragem para que, posteriormente, sejam objetivadas, se tornando parte do senso comum. Tendo por referência essa teoria, fiz a escolha dos sujeitos que seriam entrevistados por mim naquele momento. A pesquisa contou, então, com moradores de um bairro de Belo Horizonte, MG, que tivessem vivenciado a transição do atendimento por demanda espontânea no antigo *posto de saúde* para outro programado, conforme propunha o PSF. Naquele momento, não me atentei às diferenças entre os usuários do serviço de saúde, os considerei como uma categoria uniforme.

forma de pensar. Ressalto que, a mudança na interpretação desta ideia, não significa que estou me aproximando de uma verdade sobre uma “participação” de usuários, mas, me sugere uma compreensão diferente dos meus pressupostos anteriores que estão me fazendo ter mais clareza *do que e como* pretendo me referenciar neste estudo.

Mencionar essa trajetória é importante para que o leitor se situe quanto à origem do problema de pesquisa. Afinal, não o vemos como neutro, nem mesmo descolados da trajetória dos pesquisadores. Pelo contrário, assim como Santos (1988), acreditamos que o sujeito e o objeto estão intimamente relacionados. Isso permite ao pesquisador tanto um conhecimento sobre o objeto de estudo, quanto um autoconhecimento. Como se, através e com o nosso estudo, pudéssemos ir nos (re)conhecendo em um processo contínuo (SANTOS, 1988).

Mas afinal, como relacionar esses aspectos que estão ligados à uma inquietação aparentemente individual para algo que a ciência nos exige, ou seja, objetivar?

Trata-se de um desafio conseguir relacionar esses aspectos que, primeiramente, soam como subjetivos para algo do plano da objetivação. Enfim, é possível perceber que esses aspectos observados por mim talvez não sejam exclusivamente relacionados à minha experiência como sujeito ou agente social⁹. Talvez tenham sido observados por outros profissionais ou acadêmicos, mas sem que houvesse o esforço de objetivar as experiências vivenciadas. Tentarei me fazer mais clara: quero dizer que essas observações podem ser socialmente compartilhadas por agentes que se situam no campo da saúde, mas podem, ao mesmo tempo, ter impactos diferentes nestes agentes sociais. Assim, algo que, em um primeiro momento, pode ser percebido como individual, pois advém de um contato pessoal, depois de um determinado momento, seja por meio de amadurecimento ou a partir de determinadas leituras da Teoria Social e discussões no grupo de pesquisa, pode ser compreendido como algo do âmbito social. Mas esse processo de compreensão do que é do indivíduo ou o que percebemos como nosso objeto de estudo como se fosse de apropriação exclusiva do indivíduo, pode ser entendido como algo inerente ao social. E a partir do momento em que conseguimos compreender que somos indivíduos-sociais isso nos permite um autoconhecimento de quem somos e de onde estamos, ou do que nos pertence e do que pode ser relacionado ao meio em que nos encontramos.

Desta perspectiva, é possível pensarmos que “tanto o sujeito como o objeto são construções sócio-históricas que precisam ser problematizadas e desfamiliarizadas”

⁹ Faço referência aos agentes sociais, tal como definidos por Pierre Bourdieu (2004; 2011), como aqueles sujeitos que tanto fazem parte de campos quanto também os estruturam.

(SPINK; FREZZA, 2013, p. 11). Dessa forma, iremos propor uma forma de construir conhecimento de uma maneira em que seja possível refletir e, ao mesmo tempo, estranhar o objeto de estudo em questão, como uma forma de criar espaços para novas construções. Mesmo que essas construções sejam parte de nossas crenças e deem sentido ao mundo, é possível desfamiliarizarmos o que acreditamos, ao nos questionarmos sobre o que pensamos (MATTOS, 2015; SPINK; FREZZA, 2013). O desfamiliarizar caminha junto com a problematização tanto do sujeito quanto do objeto. Assim, é possível que ambos estejam em suspenso, ou seja, sendo (re)definidos em um processo contínuo.

Podemos dizer que a delimitação do objeto de estudo ocorreu ao longo de todo o processo da pesquisa e foi modificada em diversos momentos. Isso ocorreu, pois à medida em que leituras relacionadas à questão de pesquisa iam sendo realizadas, novos questionamentos eram realizados o que nos permitia pensar sobre a adoção de uma nova forma de olhar para o objeto de estudo, assim como abandonar algumas perspectivas.

O leitor perceberá que, neste trabalho, recorreremos a diferentes autores do campo das Ciências Sociais e Humanas, que compuseram um mosaico para a pesquisa. Isso se deve ao fato de nos situarmos no campo interdisciplinar da Saúde Coletiva que nos permite, ao olharmos para a saúde, nos depararmos com o que acontece na vida social, entremeada por questões que concernem também à saúde. Esses aspectos ora se relacionam às representações sociais sobre o que seja saúde, doença, cuidado, ou relacionadas ao processo de trabalho, ou mesmo no modo brasileiro de se fazer política e viver simultaneamente em uma democracia. Ou seja, pensar em saúde, é estar imerso em um campo repleto de variáveis que se relacionam simultaneamente. Por isso, dificilmente conseguimos nos filiar somente a um autor.

Neste trabalho, iremos considerar um pequeno recorte da vida social brasileira que se relaciona ao nosso modo de fazer política e, ao mesmo tempo, envolver a sociedade nessa construção. Como é difícil compreender algo tão complexo e amplo a partir de um olhar específico, foi necessário adotar um olhar para uma determinada política, no caso aqui estudado, a Política Nacional de Saúde do Homem, a partir de diversas perspectivas.

1.1 INQUIETAÇÕES EM RELAÇÃO À PARTICIPAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL NA CONSTRUÇÃO DA PNAISH

Inicialmente, o objeto de pesquisa encontrava-se relacionado a três expressões/questões: construção de política pública, participação social e saúde do homem.

Na aproximação com o objeto de estudo, uma perspectiva diferente de participação se impôs para nós. Isso porque percebemos que, no processo de construção da PNAISH, a participação extrapolou os meios e canais institucionalizados de participação social previstos no arranjo institucional da saúde¹⁰, sendo necessário compreender, portanto, as estratégias que foram utilizadas para aproximação com a denominada sociedade civil.

Na tentativa de delimitar o objeto de pesquisa, foi importante recuperar um trecho do documento intitulado Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (BRASIL, 2009c) (ANEXO A – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes):

Aproximadamente 75% das enfermidades e agravos dessa população [homens] está concentrada em 5 (cinco) grandes áreas especializadas: cardiologia, urologia, saúde mental, gastroenterologia e pneumologia. A partir desta constatação foram convidadas as Sociedades Médicas representativas destas áreas, juntamente com a participação de outros profissionais da saúde, pesquisadores, acadêmicos, representantes do CONASS e CONASEMS e de **entidades civis organizadas** que participaram de 5 (cinco) eventos distintos, **onde foram traçados consensos**. (BRASIL, 2009c, p. 08, grifos nossos).

Este trecho encontra-se com o seguinte complemento:

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem resulta, em grande parte, dos **consensos obtidos naqueles eventos**, exprimindo com a máxima fidelidade possível, **um conjunto de idéias democraticamente discutidas e pactuadas entre os representantes dos setores responsáveis pela gestão e execução das ações**. (BRASIL, 2009c, p. 08, grifos nossos).

A partir desses trechos destacados, algumas questões se colocaram como: quem foram os convidados para participarem dos eventos? Quem representavam essas “entidades civis organizadas”, que “participaram” juntamente com membros de sociedades médicas e do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), de cuja participação foram traçados “consensos”?

E por último, que “consensos” foram esses em que as ideias foram

¹⁰ Quando fazemos essa afirmação, estamos nos referindo a uma forma de participação que não está prevista em leis ou na própria Constituição. Em outras palavras, poderíamos pensar que se refere a uma forma não comum de participação, ou seja, relacionada à participação em conselhos e conferências. Voltaremos a este aspecto adiante e nos capítulos 3 e 5.

“democraticamente discutidas e pactuadas”, a partir dos quais foi possível obter o documento intitulado Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem?

Esses questionamentos nos levaram a refletir sobre o que definiu-se, neste processo, por participação e o que consideraram como “ideias democraticamente discutidas e pactuadas”.

Inicialmente, as questões se delimitaram considerando: como entidades civis organizadas puderam participar junto a acadêmicos, pesquisadores, gestores e sociedades médicas? Esse questionamento partia de uma inquietação, que se fez presente ao longo de minha trajetória acadêmica e profissional, em relação à participação efetiva dos usuários de serviços de saúde na gestão desses serviços. Mesmo que a palavra participação seja carregada de múltiplos sentidos, que se relacionam, por sua vez, às múltiplas experiências de participação (ACIOLI, 2010; OLIVEIRA; PINHEIRO, 2010), acreditava que a participação das entidades civis se referia a grupos vinculados a movimentos sociais que haviam participado do processo. Tinha como pressuposto que teria havido um silenciamento desses grupos da sociedade civil, devido às relações de poder estabelecidas entre esses e as sociedades médicas, acadêmicos e gestores.

Em um primeiro momento, o entendimento de participação que norteou a condução da pesquisa se baseou em um processo de interlocução, no qual há um locutor e um receptor que, no diálogo, se compreendem, mesmo que tenham ideias distintas, mas que possam a partir disso estabelecer uma troca. Foi essa forma de entendimento de participação que me levou a estranhar o “consenso” obtido a partir de “ideias democraticamente” debatidas. Isso porque acreditava que as diferenças de conhecimento sobre saúde do homem entre os participantes não possibilitou um consenso, mas talvez aceitação do saber legítimo de uns, que ocupam uma posição de poder, frente aos demais. Esse entendimento de participação é válido, pois, geralmente, nota-se uma tendência ao silenciamento dos usuários de serviços de saúde frente à atuação de gestores e profissionais de saúde que, quando juntos, adotam uma linguagem técnica-administrativa dificultando o diálogo e o entendimento dos assuntos abordados (WENDHAUSEN; CAPONI, 2002). Ou seja, a comunicação pode ser prejudicada entre aqueles que adotam determinado tipo de linguagem e desencadear relações desiguais de poder. Neste momento, não havia refletido ainda sobre o conceito de consenso. Mas ele me remetia à ideia de que havia ocorrido uma aceitação de uns perante os outros.

Foi realizada, então, uma aproximação ao objeto de estudo a partir de diversas maneiras. Dentre essas, destaco algumas que, em especial, me permitiram compreender um

pouco melhor o processo de construção da Política Nacional de Saúde do Homem no Brasil. Assim, foi realizado um *pré-campo*, a partir de três formas. A primeira delas se refere à realização de conversas informais com pessoas que estiveram envolvidas com a política. Em segundo lugar, foram feitas leituras sobre as características do governo brasileiro no que se refere ao setor saúde no momento correspondente à divulgação e construção do documento PNAISH, assim como uma pesquisa no site do Senado Federal, que nos permitiu caracterizar e compreender a influência do Legislativo no processo da política em questão. Em terceiro lugar, foi realizado um levantamento em três (3) bases de dados – Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), *Scopus* e *Web of Science* – para identificar o “Estado da Arte” sobre o tema da pesquisa e para entender como, no cenário¹¹ acadêmico, a política de saúde do homem estava sendo abordada.

Percebemos, pela análise dos diferentes cenários, que alguns significados sobre política de saúde do homem pareceram predominar. Se na academia foi possível perceber um discurso crítico em torno da saúde do homem considerando as questões de gênero, no cenário Legislativo isso pareceu se reduzir a ações pontuais com forte atuação de médicos especialistas. Isso nos conduziu ao questionamento: qual o peso que os diferentes interesses e demandas tiveram no processo de construção da PNAISH?

Em torno desta questão, outras foram emergindo, tais como: como foi feita a discussão em torno dessa política? Como os diferentes representantes, com seus diferentes saberes, puderam participar dessa construção? E qual o discurso da sociedade civil, presente no processo de construção da PNAISH? E quem foi a sociedade civil que participou desse processo?

É importante assinalar que, durante toda a pesquisa, nos pautamos nesses questionamentos e na concepção de que a PNAISH é parte de um processo político, sendo um documento, mas também *texto* e *discurso*. Conforme Ball, Bowe e Gold (1992) e Ball (1994), o processo político possui um ponto de partida que pode ser entendido como na tradução da política na Legislação, produzindo um “texto-chave” (BALL; BOWE; GOLD, 1992, p.10). Segundo os autores, este texto ou documento pode propiciar uma leitura mais literal e os documentos ou textos produzidos a partir deste tendem a propiciar uma leitura que conduz a diversas interpretações, havendo maior liberdade de ação dos leitores, um

¹¹ Estamos nomeando de cenário acadêmico, cenário Legislativo, cenário do Ministério da Saúde que possuem relação com os “contextos” de produção de políticas. Esses contextos serão detalhados em um outro momento desta tese.

tipo de leitura que os autores se referem como *writerly*¹².

Dessa forma, os textos vão sendo constantemente reescritos como diferentes do documento de referência propiciando aos diversos leitores interpretações que sejam condizentes com suas histórias e subjetividades. Porém, tais interpretações ocorrem em um movimento de lutas e disputas e, neste caso, a política pode ser entendida também como discurso. Para Ball (1994), os discursos são práticas que formam os objetos dos quais eles falam. Isso significa que as políticas como discurso falam sobre os sujeitos, que ao proferirem um discurso estão proferindo a si mesmos, suas vozes, suas particularidades. Porém, a redistribuição de vozes não ocorre de forma aleatória, pois somente algumas serão ouvidas e reconhecidas como autoridade.

Assim, Ball (1994) acredita que o discurso é tanto instrumento quanto efeito de poder. Então, podemos pensar que a partir de lutas um texto é codificado, se tornando um texto de referência ou oficial ou texto-chave, e é também decodificado resultando em interpretações conforme as histórias, experiências dos diferentes leitores. Essas interpretações estão permeadas por relações de poder que sugerem disputas e conflitos e conduzem, por sua vez, aos efeitos¹³ da política.

Diante disso, buscamos a partir de diversos envolvidos no processo de construção da PNAISH, que é o texto oficial da política de saúde do homem, lançado pelo Ministério da Saúde em 2009, analisar seu processo de construção com destaque à participação da sociedade civil. À medida em que ia me aproximando dos agentes que se envolveram nesse processo, foi possível me questionar se seria o caso de dar ênfase à sociedade civil ou se seria o caso de compreender como os diversos agentes sociais, individuais e coletivos, participaram do processo. E neste ponto, foi possível abrir mão de alguns dos questionamentos iniciais e permitir que outros entrassem em cena.

1.2 A MUDANÇA DO OLHAR PARA A PARTICIPAÇÃO NA CONSTRUÇÃO DA PNAISH

À medida que o trabalho de campo avançava, ia percebendo que havia um conflito

¹² Os autores se apoiam em Roland Barthes para desenvolver essa ideia, considerando que um texto literal pressupõe que os leitores não têm como extrapolar o que se encontra no texto, algo que é denominado como *readerly*, enquanto a maior liberdade em interpretar os textos dos textos é caracterizada como uma leitura *writerly*.

¹³ Segundo Ball (1994), a política não se traduz em resultados, mas em efeitos. Estes advêm de conflitos e disputas, estando nos textos e nos discursos e não externos a eles.

entre posicionamentos sobre saúde do homem. No estudo, até então, não havia sido colocado em questão alguns conceitos, tal como consenso. O contato com autores como Laclau e Mouffe (2015) e Mouffe (2015) foi fundamental para colocar em análise a ideia de consenso e buscar compreender a democracia a partir de uma perspectiva do conflito. Assim, busquei reconhecer como a ideia de consenso permeava a construção da PNAISH e como operou de forma a silenciar vozes e apagar identidades. Foi ficando mais clara, também, a necessidade de discutir essas noções e desfamiliarizar (ou desfazer) a relação entre participação restrita aos Conselhos e Conferências de saúde, conforme a proposta institucionalizada no SUS. Nesse sentido, a aproximação com a literatura que aborda participação e democracia nos levou a reconhecer na discussão proposta por Dean (2010a; 2016b), em especial o conceito de “transferência de conhecimento”, onde se discute uma distinção na participação entre os segmentos que decidem e os que participam, entre quem governa e quem é governado. Voltaremos a essa questão no decorrer do estudo.

Dessa forma, o objeto de estudo foi ampliado. Passamos da problematização sobre como as entidades civis participaram da construção da política de saúde do homem no Brasil, para a consideração de como os diversos agentes sociais mencionados no documento PNAISH participaram de sua construção. A mudança ocorreu porque percebemos que a sociedade civil não se restringia a representantes de usuários (homens) do SUS. A chamada sociedade civil era um corpo de profissionais qualificados com trajetórias pela pesquisa e pela academia e com atuação em Organizações Não-Governamentais (ONGs) e em Associações. Não se tratava, então, de simplesmente reconhecer uma relação desigual de poder¹⁴ em relação à comunicação, em que uns teriam adotado um tipo de linguagem técnica dificultando o entendimento de outros, passamos a buscar entender como os diferentes participantes – médicos, representantes das ONGs e outros, além de gestores e técnicos da Área Técnica de Saúde do Homem (ATSH) – se envolveram no processo de construção da PNAISH, como se posicionaram e com quais argumentos.

Revedo o conceito de participação e relacionando-o a um convite feito pelos gestores e técnicos da ATSH, pude repensar o que tinha em mente sobre participação inicialmente. Não se tratava de chegar a uma verdade, mas de conseguir compreender de outra forma o objeto de estudo em questão. De olhar para o objeto a partir de outro ângulo.

¹⁴ Outro aspecto que, de certa forma, mobilizou este estudo, foi a relação de poder entre os agentes sociais que participaram do processo de construção da PNAISH. Trata-se de uma categoria-chave que não foi explorada neste estudo, pois isso exigiria um outro olhar para o objeto e um outro tipo de aprofundamento.

Isso foi possível porque as vivências durante os anos do doutorado permite ao pesquisador não ser o mesmo e pensar diferentemente de quando iniciou a pesquisa. Essa é uma forma de expressar que, aqui, estamos construindo conhecimento.

Essa redefinição do objeto de estudo ocorreu, pois, pela visão de ciência que aqui sustentamos, não houve, desde o início do estudo, a pretensão de encontrar uma Verdade sobre as questões aqui colocadas, ou seja, não se tratou de descobrir como ocorreu de fato o processo de participação dos agentes sociais na construção da PNAISH. Por uma perspectiva construcionista de ciência, não é possível se chegar a “uma realidade tal como ela é” (MATTOS, 2011 p. 257). Além disso, “a realidade não existe independentemente do nosso modo de acessá-la” (SPINK; MENEGON, 2013, p. 55). Ou seja, optamos por caminhos que pudessem não nos levar à realidade em si, mas nos aproximarmos do objeto de estudo em questão.

Ressaltamos que não estamos seguindo um modelo de análise de políticas para a construção do estudo, mas sim buscando um caminho metodológico próprio a partir das questões de pesquisa e das conexões e relações estabelecidas no processo de análise da pesquisa. Considerando as contribuições de Baptista e Mattos (2015), podemos pensar que dependendo do método empregado, os sujeitos envolvidos passam a ganhar uma certa visibilidade no processo de análise da política de saúde. Isso reforça a presença dos envolvidos nesse processo e também nos sinaliza que optamos por um caminho em que esses sujeitos estão o tempo todo presentes na narrativa do processo de construção da PNAISH.

Buscamos, a partir da análise da política de saúde do homem, compreender, mesmo que parcialmente, como os processos políticos ocorrem internamente no Ministério da Saúde ou mesmo como sofrem influências externas. Algo fundamental para compreendermos como diferentes agentes compartilham das decisões no processo de construção dessas políticas.

Assim, este estudo tem como **objetivo** analisar a participação de agentes sociais na construção do documento intitulado Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.

Tomaremos a construção da PNAISH apenas como um caso¹⁵, dentre tantos outros

¹⁵ Em relação ao uso da palavra *caso*, presente também no título da tese, não se trata de um estudo de caso conforme define Yin (2001), mas um caso analisador do processo de participação na construção de um política específica lançada pelo Ministério da Saúde. Apesar de ter tido uma trajetória como enfermeira e estudiosa que olhou para a saúde do homem em um determinado momento, o

possíveis, para que possamos compreender como é possível um processo participativo na formulação de textos de políticas, que por sua vez, acabam refletindo no cotidiano das práticas em saúde e que também nos diz um pouco de nossa "democracia". Não se trata de uma tese que vai discutir os diversos conceitos de participação, apesar disso ser um aspecto importante. Também não será uma tese que discorrerá sobre o todo o processo político que envolveu a formulação da política de saúde do homem. A ideia é problematizar a participação que entrou no discurso textual da política de maneira a considerar que os diferentes agentes envolvidos no processo de sua construção possuem posições e interesses distintos, por serem agentes sociais de diferentes campos, e por isso acreditar que defendem suas respectivas racionalidades.

Procuro defender que a participação ocorrida no processo de construção da PNAISH se deu de maneira restrita, havendo uma forma de transferência de conhecimento de médicos, pesquisadores e especialistas que, em momentos específicos, subsidiaram os debates possivelmente ocorridos entre os membros da Área Técnica de Saúde do Homem para que pudessem consolidar informações dos diferentes participantes em um texto, processo que denominaram consenso. Defenderemos a tese de que por trás do discurso anunciado no texto oficial da política de que se tratou de um “consenso de ideias democraticamente debatidas”, houve diferentes conflitos entre os agentes que ali estavam representando racionalidades aparentemente distintas e em disputa por uma saúde do homem, com apagamento de alguns interesses e identidades. Esse aspecto possui relação tanto com os campos aos quais cada grupo de agentes sociais se vinculavam, quanto conformam um contexto de influência para a definição da política.

1.3 ESTRUTURA DA TESE

A tese encontra-se dividida em quatro capítulos. No capítulo 2, intitulado Estado, políticas públicas e a definição dos cenários do estudo, são apontadas as contribuições teóricas que nortearam a delimitação dos diferentes cenários e agentes sociais. Recorremos a Pierre Bourdieu (2004; 2011; 2014) para a compreensão de Estado, campos e agentes sociais, e relacionamos esses conceitos de alguma forma à compreensão proposta por Ball (1994) sobre contextos para produção de políticas públicas. Neste capítulo, colocamos em questão a PNAISH de maneira a não tratá-la como algo dado, natural, pois entendemos que

que mais chamou atenção foi o discurso de um texto oficial, que afirma ter havido uma participação de diversos agentes sociais em seu processo de construção.

se não nos questionarmos sobre sua existência, assim como de qualquer outra política, paramos de indagar ao seu respeito e corremos o risco de não compreendermos como operam as disputas e conflitos que envolvem o processo de formulação de políticas.

O capítulo 3 aborda dois aspectos teóricos também fundamentais para este estudo. Um deles se refere ao conceito de democracia, problematizado a partir de autores como Santos (2002a), Santos e Avritzer (2002; 2003), Laclau e Mouffe (2015) e Mouffe (2015). Esses autores nos ajudaram na análise do discurso proferido pelo MS sobre a construção da PNAISH, que se pautou em “ideias democraticamente discutidas e pactuadas”, considerando-o como parte de uma concepção de democracia deliberativa. O consenso, a partir dessa concepção, é compreendido como algo que torna os conflitos invisíveis. O outro, se relaciona ao conceito de participação ocorrida no processo de construção da PNAISH e que estamos definindo como “transferência de conhecimento”, tal como formulado por Dean (2016a; 2016b). Neste capítulo, acatamos o pensamento de democracia como conflito, na qual as diferentes visões e racionalidades presentes no processo de construção do documento da política passam a ser observadas como parte de uma disputa interessada.

Os capítulos 4 e 5 se constituem da análise, propriamente dita, da política de saúde do homem. O capítulo 4 procura abordar o processo de construção da Política Nacional de Saúde do Homem incluindo como a Área Técnica de Saúde do Homem foi constituída inicialmente, contando com a presença de dois agentes com olhares distintos, e como foi o percurso interno ao MS para que o documento PNAISH pudesse ser divulgado oficialmente. Além disso, apuramos os agentes sociais que se destacaram para que a saúde do homem entrasse para a “agenda governamental”.

Em relação ao capítulo 5, enfatizamos as diferentes visões – que estão, por sua vez, relacionadas a diferentes racionalidades – dos agentes sociais que fizeram parte do processo de construção da PNAISH. Na parte inicial do capítulo, destacamos que a participação na construção da PNAISH não se deu a partir de um processo amplo, em que os diferentes agentes sociais puderam definir a agenda governamental, e juntos, partir para um debate aberto e público em que as diferenças pudessem ser evidenciadas. Podemos dizer que se tratou de um tipo de participação como de “transferência de conhecimento” (DEAN, 2016a; 2016b). Ou seja, os participantes foram eleitos por gestores presentes no MS e que já tinham previamente a ideia de se construir uma política de Saúde do Homem.

Por fim, encerramos a tese propondo uma reflexão sobre o processo de participação na construção da PNAISH. Evitamos responder questões do tipo: trata-se ou não de um

processo participativo e democrático? Encerrar este estudo dessa forma seria simplificar o debate de algo que não é tão simples. Sabemos que, pelo documento PNAISH, quem fez parte do consenso foram os membros da Área Técnica, mas pela aproximação aos agentes que participaram, foi possível compreender que houve conflitos entre formas de entender a saúde do homem. Além disso, o fato da participação dos agentes sociais ter ocorrido a partir de convites a grupos de especialistas, não significa que ela não tenha ocorrido. Certamente, conforme apontamos no início da Introdução, ela não se pautou na participação social tal como idealizamos, mas, podemos dizer que foi uma outra forma de participação. Forma essa que nos fala de um projeto de sociedade, de uma dada organização social, que contou com diferentes grupos, visões, entendimentos e interesses distintos sobre saúde do homem, cujos embates e correlação de forças se expressam em conflitos. Tais conflitos não estão explícitos no documento da política, mas encontram-se disfarçados em um aparente consenso produzido para que a PNAISH pudesse se tornar uma Política Nacional.

2 ESTADO, POLÍTICAS PÚBLICAS E A DEFINIÇÃO DOS CENÁRIOS DO ESTUDO

Ao longo do desenvolvimento da pesquisa, nos questionamos de maneira frequente o que estávamos entendendo por Estado e por políticas públicas de saúde. Além disso, como esse Estado *produz* essas políticas. Isso nos remete, em um primeiro momento, como uma espécie de *sociologia espontânea*¹⁶, que o Estado é o responsável por propor políticas públicas¹⁷.

Como neste estudo estamos nos debruçando sobre a política de saúde do homem, iremos nos referir ao Ministério da Saúde (MS) como uma instituição do Estado brasileiro. Assim, é comum ouvirmos frases do tipo: o Ministério da Saúde **lançou** ou **produziu** uma política (específica) de saúde. Ou mesmo atuamos frente às políticas **do** Ministério da Saúde como se elas contemplassem, de maneira integral, todos os aspectos que precisam ser abordados em termos de saúde a uma determinada população. Esses aspectos, ao longo de minha trajetória acadêmica e profissional, estiveram bastante presentes com a concepção de que o Ministério da Saúde, um ente estatal legítimo, era o autor na proposição de políticas de saúde, visando o bem da sociedade brasileira. Em muitos momentos, havia uma ideia, já naturalizada, de que as políticas **do** Ministério da Saúde eram neutras ou estavam a serviço do público. Como se viessem de um ato *desinteressado*¹⁸ do Estado. Algo que remete à uma ideia de Estado, representado pelo Ministério da Saúde, como um ente maior que possui funções de propor ações e políticas para a sociedade.

A partir da obra “Sobre o Estado” de Pierre Bourdieu (2014), pudemos repensar essas impressões primeiras sobre o Ministério da Saúde, como também do Estado brasileiro. Isso porque o autor nos convida a olhar para a gênese (do Estado) ou para as origens daquilo que pretendemos estudar de maneira a indagarmos sobre os nossos objetos

¹⁶ Essa expressão é muito utilizada por Bourdieu (2014) ao longo do livro “Sobre o Estado” para se referir às explicações comuns que fazemos dos fatos sociais, sem desconfiar de nossas primeiras impressões ou do sentido comum.

¹⁷ A associação entre política, governo e aparatos governamentais faz parte do senso comum sendo muitas vezes difícil reconhecer que a política faz parte do cotidiano e vida dos sujeitos. Para essa discussão ver Baptista e Mattos (2015).

¹⁸ Outro aspecto bastante mencionado por Bourdieu (2014) se refere ao desinteresse. Este está relacionado à ideia de que para ter aparência de universal, é preciso haver um aparente desinteresse por parte dos agentes sociais.

de estudo. Essa seria uma forma de colocar em suspenso nossos pensamentos sobre os objetos de estudo e indagá-los naquilo que eles têm de mais concreto ou mesmo dado. Questionar o objeto de estudo passa, então, a ser uma forma de escapar à *sociologia espontânea* que, para Bourdieu (2014), se refere ao olhar imediato, uma espécie de compreensão primeira, para o social, tomando-o como natural. Quando isso acontece, passamos a não questionar mais sobre o que está posto, como se o objeto pudesse se explicar por si mesmo.

Dessa forma, o autor põe a noção de Estado em questão para que não corramos o risco de pensar o Estado com aquilo que apreendemos dele, ou seja, com o pensamento de Estado. Bourdieu (2011; 2014) afirma que pensar o Estado é expor-se a pensá-lo com categorias de pensamento do próprio Estado. Isso significa que, existem categorias de pensamento que reforçam a atuação do Estado e que são produzidas e reproduzidas no ambiente social, difundidas, principalmente, por meio da escola. Essas categorias são aprendidas e utilizadas, ao longo da vida, de maneira espontânea. Por isso, nos descolar das categorias de pensamento que, geralmente, são inculcadas em nossas mentes pelo Estado e que temos como naturais, como o uso do calendário ou outras como o uso de documentos de identidades, por exemplo, não é algo simples. Isso nos exige ter um certo distanciamento para que as aderências e adesões aos objetos possam ser identificadas e trabalhadas.

Bourdieu (2014), ao pensar o Estado, procura fazer um exercício constante em pensá-lo a partir das origens do próprio Estado. Para isso, remonta o contexto de constituição do Estado francês com o início da cobrança de impostos e também sobre a distribuição dos títulos de nobreza. Essas ações passaram por um processo que exigiu da sociedade um entendimento, um reconhecimento ou legitimidade – o que o autor chama de um capital simbólico – para que pudessem se estabelecer (BOURDIEU, 2011). O Estado, em sua origem, vai concentrando cada vez mais capital simbólico, que se dá tanto a partir do acúmulo de capital jurídico, ao concentrar as diversas jurisdições em seu domínio, ou mesmo nomeando pessoas para determinados cargos estatais ou distribuindo títulos de nobreza. Assim, passa-se de um capital simbólico difuso para um "*objetivado*, codificado, delegado e garantido pelo Estado, burocratizado" (BOURDIEU, 2011, p. 112, grifo do autor). Não é o caso de recontar o que o autor desenvolve em sua obra, mas de explicitar que, às vezes, é preciso ir em aspectos profundos, ou para a gênese, para que possamos desbanalizar o que tomamos como natural.

Por isso que questionar os atos do Estado pode ser uma forma de nos indagarmos

também sobre seus mecanismos, sobre as estruturas existentes para cumprir suas funções. Essa é uma forma de rever suas funções e tirá-las de um patamar tal que nos impede de questioná-las. Bourdieu (2011; 2014) busca, então, valorizar aspectos que apontam para a gênese do Estado considerando as possibilidades de sua formação e naquilo que possivelmente poderia ter se tornado. Para isso, é importante considerar:

[...] os conflitos e os confrontos dos primeiros momentos e, concomitantemente, os possíveis excluídos, ela [a reconstrução da gênese] reatualiza a possibilidade de que houvesse sido (e de que seja) de outro modo e, por meio dessa utopia prática, recoloca em questão o possível que se concretizou entre todos os outros (BOURDIEU, 2011, p. 98).

Isso significa que por trás da aparência de neutro e universal, a origem do Estado pode nos mostrar aquilo que poderia ter sido, mas não foi, já que nos conflitos e confrontos houve aqueles que se fizeram pelo Estado e, logo, saíram vitoriosos.

Apesar de, geralmente, pensarmos o Estado de maneira espontânea, ao questioná-lo, nos deparamos com um aspecto um pouco difuso, confuso, já que o Estado “consegue fazer crer que é aquilo que quer fazer crer” (BOURDIEU, 2014, p. 60). Isso acontece, pois o Estado é algo que existe pela crença, sendo uma espécie de entidade misteriosa, uma ideia de ilusão. Neste ponto, se nos atermos à nomeação – seja de títulos de nobreza, de comissões ou mesmo um médico que atesta uma doença – ainda que haja um discurso racional, ela é arbitrária e mobiliza um determinado capital simbólico para agir. Há por trás disso uma série de atos misteriosos, semelhante a magia (BOURDIEU, 2011). E o Estado, desde sua origem, está por trás de toda a cadeia daqueles que acionam o capital simbólico para agir frente à sociedade. Se fizermos uma regressão, chegaremos ao Estado, já que há um discurso oficial proferido por pessoas oficiais nomeadas pelo Estado de forma que “o Estado exerce um verdadeiro poder *criador*, quase divino” (BOURDIEU, 2011, p. 114, grifo do autor).

Ao se fazer crer, a partir de elementos de Estado, ele propaga um discurso de que é possível atuar em nome do universal. “O Estado, essa entidade misteriosa, encarna-se numa série de indivíduos hierarquizados que são mandatários uns dos outros, de sorte que o Estado é sempre o término de uma regressão ad infinitum” (BOURDIEU, 2014, p. 279).

Na análise do autor, as comissões¹⁹ ganham um lugar importante para análise do Estado, já que elas têm de se posicionar como um lugar de des-particularização, como se os seus funcionários anulassem seus pontos de vista particulares para que pudessem adotar um ponto de vista legítimo, universal, oficial. Afinal, o mundo social é um mundo de disputas, de lutas por pontos de vistas, então é preciso fazer crer que haja um ponto de vista sem ponto de vista. É justamente neste ponto que o autor aponta que as comissões agem teatralmente, já que encenam o oficial como neutro, arbitrário, universal. Isso porque o Estado é o lugar onde há o acordo de todos sobre aquilo que não pode haver desacordo, uma vez que está inscrito na ordem social. “O espetáculo do universal, aquilo sobre o que todos, em última análise, estão de acordo, aquilo sobre o que não pode haver desacordo porque está inscrito na ordem social em determinado momento do tempo” (BOURDIEU, 2014, p. 61).

A teatralização é parte do jogo para que o Estado se faça legítimo. E para isso, é preciso adotar um discurso oficial em que os funcionários possam agir em nome do oficial, ou seja, em nome do Estado. Essa é uma forma de dar uma visibilidade como neutro e, portanto, legítimo, para que as ações não sejam vistas como algo do privado, do particular. Então, falar em nome do Estado é uma forma de não expor que se fala em nome de um grupo ou uma forma de se falar em favor do público (BOURDIEU, 2014). Assim, as comissões, que falam em nome de todos, se legitimam como opinião pública.

Então, é como se fosse algo realizado duplamente, pois ao mesmo tempo em que as comissões se legitimam como opinião pública, é pela opinião pública que os governantes se mantêm no poder, fazendo valer suas ideias e palavras. Isso, para Bourdieu (2014), aponta para um efeito importante que se relaciona com a coerção simbólica do Estado, que se dá de uma forma invisível e, por ser invisível, se exerce de modo a ser ignorado por aqueles que o sofrem. O autor exemplifica isso através das classificações, isto é, “de estruturas estruturantes capazes de serem aplicadas a todas as coisas do mundo, e em especial às coisas sociais” (BOURDIEU, 2014, p. 227). O Estado por meio dessas classificações “molda as *estruturas mentais* e impõe princípios de visão e divisão comuns” (BOURDIEU, 2011, p. 105, grifo do autor).

Bourdieu (2014) defende que, ao atuar dessa forma, o Estado existe como instituição que se expressa de duas formas: na realidade e nos cérebros. E como efeitos de

¹⁹ Essas podem ser entendidas como um “conjunto de pessoas investidas de uma missão de interesse geral e conclamadas a transcender seus interesses particulares para produzir propostas universais” (BOURDIEU, 2011, p. 123).

Estado, teremos a crença e a submissão generalizada. “Portanto, o Estado é essa instituição que tem o poder extraordinário de produzir um mundo social ordenado sem necessariamente dar ordens, sem exercer coerção permanente” (BOURDIEU, 2014, p. 228-229).

Trata-se de uma espécie de “milagre da eficácia simbólica” (BOURDIEU, 2014, p. 229), que para o autor, faz com que a ordem social se dê a partir de uma obediência que não advém de uma ação coercitiva permanente, mas sim de algo que se realiza no plano do simbólico. E essa ordem é, para ele, inculcada em grande parte pelo sistema escolar²⁰ que é também uma forma de reprodução da ordem simbólica que colabora para essa ordem social. Neste ponto, podemos compreender que o autor não está preocupado com as grandes mudanças e modificações, mas volta-se para aquilo que permanece e é tido como natural a todos; aquilo que não percebemos e que, por ser tão incorporado, chega a ser invisível. Diante disso, podemos pensar o simbólico como também em relação contínua com as ideias de reconhecimento e legitimidade.

Colocar em suspenso a ideia de Estado não é uma tarefa simples e nem fácil. Pelo contrário, nos desprender de um pensamento que temos como natural, como uma *doxa*²¹, em que Estado é tido como universal e neutro é algo bastante complexo. Neste ponto, acreditamos que as provocações de Pierre Bourdieu são importantes para nos fazer distanciar da ideia de Estado como lugar da neutralidade e da imparcialidade.

Baptista e Mattos (2015) também colocam em suspenso a ideia de Estado, assim como suas ações e se questionam sobre o olhar para o Estado como ente universal. Segundo os autores:

[...] é importante reconhecer que não existe uma única dinâmica de organização dos Estados, porque diferente do que se quer fazer crer, o Estado não é um ente ou corpo imutável, uma forma essencial e universal, o Estado é passível de mudanças e variações, especialmente em longos períodos. O Estado é fruto tanto das relações políticas, econômicas e sociais de uma população em seu território, como da relação com outros Estados, o que lhes confere especificidades (BAPTISTA; MATTOS, 2015, p. 91).

²⁰ O autor atribui, em seus trabalhos, a importância do sistema escolar como o lugar da reprodução do social. Ou seja, o sistema de ensino é um lugar de reprodução do capital cultural.

²¹ Pierre Bourdieu (2014) aponta que a *doxa* é aquilo que não se questiona, já que seu reconhecimento é não ser reconhecida como tal. Isso, em outras palavras, significa que algo é tão óbvio que não é questionado e, logo, tratado de maneira natural.

Considerando as permanências e as diferenças entre os diversos Estados, neste estudo, iremos adotar a palavra Estado sempre em suspenso, em que este pode ser concretizado pela presença de diversos Ministérios e outros órgãos do governo, como no caso do Brasil. E, principalmente, tomaremos por referência o Ministério da Saúde como um órgão de Estado, o qual é composto por diversas comissões que, longe de serem neutras, são formadas por grupos de agentes sociais que têm interesses privados. Ressalva deve ser feita à ideia de privado que não se relaciona a um indivíduo apenas, mas sim a um grupo de agentes sociais que possui interesses particulares.

O Ministério da Saúde é conhecido por propor ou lançar diversas políticas de saúde e o responsável por ter lançado a PNAISH em 2009. A partir de uma revisão realizada em três Bases de Dados: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), *Scopus* e *Web of Science*, foi possível perceber como o campo científico tem tratado o documento PNAISH com certa naturalidade²². Este documento tem sido abordado como “a política” e a partir dele ações devem ser realizadas. Isso pode nos sugerir que a política de saúde do homem está sendo legitimada pelo campo acadêmico, principalmente, quando os autores²³ utilizam a PNAISH como um documento de referência.

Além disso, é possível perceber que, nos artigos científicos assim como é apresentado no documento PNAISH, reforça-se a ideia quanto à importância da publicação da PNAISH para redução do quadro de morbimortalidade da população masculina. Isso pode ser entendido se pensarmos que o MS é uma referência não só para o que se refere à saúde do homem, mas também para outras áreas.

Podemos, então, olhar para o MS como um sujeito homogêneo que produz políticas para a sociedade brasileira pensando na melhoria de sua saúde. Mas temos também a possibilidade de colocar em suspenso o MS como órgão executivo do governo, ou seja, um órgão oficial de Estado, e pensarmos que ele é formado por diversos grupos e também influenciado por diversos outros grupos todos dotados de interesses. Enfim, essa é uma das formas de colocar em questão o papel do MS. O MS é certamente o *locus* privilegiado de construção, articulação e divulgação das políticas nacionais, mas devemos reconhecer que todo processo político extrapola o âmbito institucional do MS ocupando outras arenas da saúde e externas a ela.

²² Volto aqui à noção de *doxa* para destacar a naturalização.

²³ Me refiro aqui aos estudos dos seguintes autores: Alvarenga et al. (2012); Araújo et al. (2014); Carvalho et al. (2013); Gomes et al. (2012); Julião; Weigelt (2011); Knauth, Couto e Figueiredo (2012); Lopes et al. (2013); Mozer e Corrêa (2014); Pereira e Nery (2014); Teixeira et al. (2014).

Isso porque partindo de uma concepção de que política pública acontece em diversos cenários ou arenas que, por sua vez, pertencem a diferentes contextos, não é possível pensar que uma política é formulada em apenas um cenário. O Ministério da Saúde, além de um ente estatal, pode ser visto como um cenário institucional, dentre tantos outros, que produz discursos sobre si, sobre saúde e sobre políticas públicas de saúde. Conforme Ball, Bowe e Gold (1992) e Ball (1994), a política, como texto e discurso, emerge em diferentes contextos, tais como da *influência*, da *produção de texto* e da *prática*. Para os autores, a ideia de contexto se relaciona a um número de arenas de ação e a tipos diferentes de atuação, sendo algumas públicas outras privadas.

O *contexto da influência* é onde a política normalmente é iniciada. Neste contexto, os discursos são construídos a partir de diferentes partes interessadas que podem estar em diferentes arenas de atuação e que lutam entre si para influenciar na definição de uma política específica²⁴. Dessa forma, conceitos-chaves da política são estabelecidos a partir de disputas entre diferentes arenas, públicas ou privadas, que carregam em si diferentes ideologias e valores. Nessas disputas, o *contexto da produção de texto* se expressa, como um conjunto de arenas que produzem textos políticos articulados à linguagem do público em geral. Tais textos representam a política e podem ser de diversas formas como textos oficiais legais, documentos políticos, comentários formais e informais, os quais oferecem sentido aos textos oficiais. Para a difusão desses textos, o papel da mídia é muito importante, pois os textos, ao serem construídos e circulados, produzem enunciados que são lidos, interpretados, reinterpretados e alterados conforme as circunstâncias. Algo que também é resultado de lutas pelo controle da representação da política.

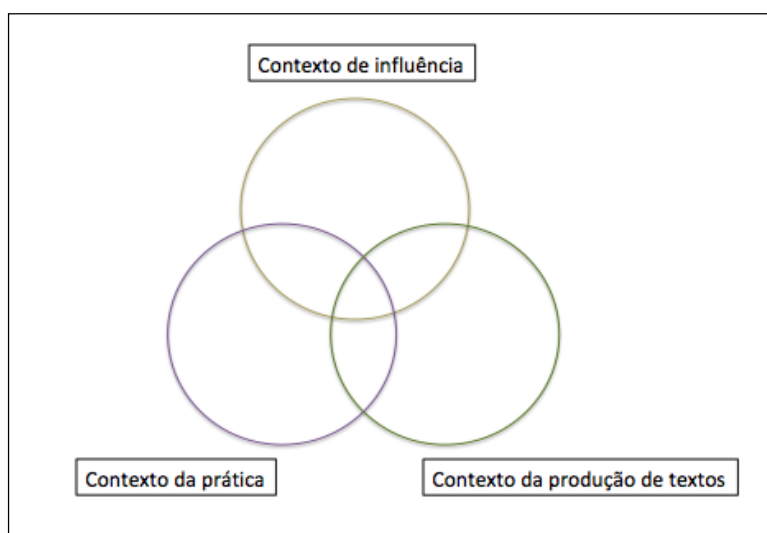
Essas lutas também se dão no *contexto da prática*, que são as arenas às quais a política se refere, onde os textos e discursos são também lidos e interpretados e construídos no processo de interação com os sujeitos presentes nessas arenas. Como os autores dos textos não têm como controlar os significados que seus textos podem ter, a interpretação é também uma forma de luta, já que diferentes interpretações refletem distintos interesses. Assim, políticas pensadas como texto e discurso não dizem o que deve ser feito, mas criam circunstâncias para que ações sejam realizadas com base nas diferentes leituras realizadas sobre os textos políticos.

É importante, no entanto, assinalar que os diferentes contextos não são estanques, mas se interpenetram uns nos outros. Como apontado por Mainardes e Marcondes (2009),

²⁴ Como os autores têm como questão a política educacional na Inglaterra, eles acreditam que é no contexto de influência que a definição de educação e seus propósitos são construídos.

podemos pensar que o contexto de *influência* pode atuar com o contexto da *prática*, e este com o de *produção de textos*, por exemplo. Existindo, assim, espaços dentro de espaços. Dessa forma, podemos refletir a respeito das políticas em termos de espaços, ou de tempos, ou de suas trajetórias, etc. Rezende e Baptista (2015) ilustram isso da seguinte maneira:

Figura 2.1: A interpenetração dos contextos



Fonte: Rezende e Baptista, 2015, p. 277.

Acreditamos que olhar para a política de saúde do homem considerando os diversos contextos, é uma forma de considerar a complexidade de um processo político. É a partir desse entendimento que iremos defender que uma proposta política pode nascer em diferentes cenários, pertencer a diferentes contextos e enunciar interesses diversos e divergentes. Nesse sentido, o MS, além de um órgão do Estado, pode ser visto como um cenário institucional dentre tantos outros. Olharemos para o contexto de influência e de produção de texto que envolveu diversos cenários e que, no embate por uma ou outra definição de saúde do homem, definiram conceitos chave que resultou no texto da política. Consideraremos que a política acontece, simultaneamente ou não, em diversos cenários: no Ministério da Saúde, no Legislativo, na prática de profissionais de saúde, em Organizações Não-Governamentais (ONGs), etc. Isso justifica, em parte, porque optamos em percorrê-los para compreender melhor o processo de construção da política de saúde do homem no Brasil: tanto para delimitar o objeto de estudo quanto para entender a participação dos diversos agentes sociais, consideramos que esses cenários podem ser parte dos contextos de influência, de produção de texto e/ou da prática.

Conforme veremos nos capítulos 4 e 5, o cenário Acadêmico e a Sociedade

Brasileira de Urologia podem ser vistas, por exemplo, como cenários distintos que pertencem, ao mesmo tempo, aos contextos de influência, de produção de texto e de prática. Isso significa que podemos olhar para eles como espaços nos quais a política acontece, permeados por discursos e textos que, ao circularem, entram em confronto, ou não, uns com outros, podendo, se contradizer em determinados momentos e em outros não.

Para as escolhas feitas no desenvolvimento desta pesquisa, outros conceitos trabalhados por Bourdieu (2004; 2011) mostraram-se importantes. São eles: *campo* e *espaço social*.

O conceito de campo, para Bourdieu, não se desvincula de *capital* e de *agentes sociais*. Até o momento, não definimos agentes sociais, mas optamos por utilizar essa expressão a atores, sujeitos ou participantes. Essa opção se refere à uma compreensão do processo de construção de política atrelado aos conceitos já apresentados e também à ideia de campo. Poderíamos dizer que, até então, estávamos operando os conceitos propostos pelo autor e que nos ajudaram a analisar a participação dos diversos agentes sociais na construção da PNAISH.

Campo pode ser entendido, segundo Bourdieu (2004), como um universo no qual estão inseridos os agentes sociais. Esses agentes podem ser indivíduos ou instituições e são tanto determinados pelo campo, ao qual fazem parte, quanto o estruturam, por isso, Bourdieu (2004; 2011; 2014) não desvincula os campos dos agentes sociais. Este universo é intermediário ao que é produzido interiormente pelos agentes no campo e ao contexto – que pode ser entendido como um "macrocosmo" social, como pressões políticas, que impõem certas regras aos campos (BOURDIEU, 2004, p. 20). Isso significa que o campo possui uma lógica própria, com regras internas que os fazem ser mais ou menos estáveis. Bourdieu (2004) oferece um exemplo disso a partir do seu entendimento sobre o campo científico e afirma que: “é preciso escapar à alternativa da “ciência pura”, totalmente livre de qualquer necessidade social, e da “ciência escrava”, sujeita a todas as demandas político-econômicas” (BOURDIEU, 2004, p. 21, grifo do autor).

Em outras palavras, isso significa que o campo pode sofrer influências do social, o que, por sua vez, não significa que ele sofre imediatamente as pressões existentes em seu exterior. Dessa forma, o campo científico, por exemplo, pode ser entendido como um mundo social, que possui uma independência relativa das pressões do mundo social global que o envolve. As pressões externas, independente de sua natureza, são mediadas pela lógica do campo. Isso sugere que os campos possuem uma capacidade de “refratar” as demandas externas que lhe aparecem (BOURDIEU, 2004, p. 22). Essa capacidade de

refração depende da autonomia do campo. Quanto mais autônomo for um campo, maior será sua capacidade de refratar, ou seja, de impor suas próprias condições às externas.

Os campos são também campos de força e de lutas tanto internamente – de maneira a se conservarem ou se transformarem – quanto externamente. Internamente os agentes sociais se relacionam entre si através de relações objetivas, entendidas como os princípios do campo. Esses princípios determinam a estrutura do campo e são construídos pelos agentes sociais que possuem diferentes pesos de capital específico. Para Bourdieu (2004, p.26), "cada campo é o lugar de constituição de uma forma específica de capital"²⁵. Dessa forma, os agentes sociais ocupam posições distintas e essas posições são definidas, conforme o capital que possuem no campo. Retomando o exemplo do campo científico, este possui regras objetivas que permitem que os agentes interajam entre si por meio das relações objetivas que determinam o que se pode ou não fazer no campo. Assim, as publicações produzidas e a definição de determinados objetos de interesse são definidas pelos agentes que dominam o campo, ou seja, aqueles que possuem maior capital científico. Esses agentes impõem as regras aos demais agentes do campo que sentirão como uma pressão mais ou menos forte, conforme o quanto possuem de capital científico. É possível dizer, então, que o capital científico é uma dimensão do capital simbólico que consiste no reconhecimento pelos demais agentes presentes no campo científico. Trata-se de um capital particular, relacionado a uma certa competência que proporciona autoridade no campo, capaz de propor regras a serem seguidas pelos demais agentes do campo.

É possível dizer que a estrutura dos campos age sobre os agentes sociais e isso se dá de maneira mais ou menos forte dependendo do grau de capital específico de cada um deles. Esses aspectos são fatores importantes para que haja manutenção do campo ou sua transformação.

Externamente, os agentes sociais – pertencentes a campos distintos e, logo, portadores de diferentes tipos de capital – podem lutar entre si disputando um espaço de poder no mundo social. É o que Bourdieu (2011) denomina como campo do poder. Este não deve ser confundido com o campo político, podendo ser entendido como:

O espaço de relações de força entre os diferentes tipos de capital ou, mais precisamente, entre os agentes suficientemente providos de um dos diferentes tipos de capital para poderem dominar o campo correspondente

²⁵ Como existem diferentes campos, como o cultural, o econômico, o científico, o burocrático, etc, existem também diferentes agentes que pertencem a esses campos e jogam as regras conforme o peso significativo do capital em questão (capital cultural, capital econômico, etc).

e cujas lutas se intensificam sempre que o valor relativo dos diferentes tipos de capital é posto em questão. (BOURDIEU, 2011, p. 52).

É como se os detentores de um determinado tipo de capital, como o cultural, por exemplo, entrassem em disputa com agentes detentores de capital econômico colocando-os em questão na disputa pelo poder. Esses agentes possuem capital suficiente para ocupar posição dominante em seus respectivos campos, mas desejam a sua conservação ou sua transformação entre os diferentes tipos de capital.

O conceito de *espaço social* é trabalhado por Bourdieu (2011) considerando essas lutas entre os agentes dos diversos campos. E por isso o autor nomeia como externas aos campos, já que espaço social pode ser entendido como um sistema que abrange os diferentes campos. “A noção de *espaço* contém, em si, o princípio de uma apreensão *relacional* do mundo social: ela afirma, de fato, que toda a “realidade” que designa reside na *exterioridade mútua* dos elementos que a compõem” (BOURDIEU, 2011, p. 48, grifo do autor).

Como os agentes existem na e pela diferença, por ocuparem posições relativas no espaço social, este pode ser entendido também como um campo de forças e como campo de lutas nos quais os agentes se enfrentam utilizando de meios e fins diferenciados, conforme sua posição no espaço social, e seus interesses em jogo, contribuindo para a sua reprodução ou transformação (BOURDIEU, 2011).

Pensando nos diversos campos que compõem o espaço social, podemos retomar o conceito de Estado, definindo-o como um *metacampo*, conforme aponta Bourdieu (2014). E por ser *metacampo*, ele detém um *metacapital*. O Estado ser *meta* está relacionado à sua posição diante dos demais campos do espaço social, posição esta de poder. Assim, para Bourdieu (2014, p. 266): “o Estado, à medida que acumula em grande quantidade diferentes espécies de capital, encontra-se dotado de um metacapital que permite exercer um poder sobre qualquer capital”. No metacampo, “os agentes lutam para possuir um capital que dê poder sobre os outros campos” (BOURDIEU, 2014, p. 267).

Essas diferentes formas de acumulação de capital militar, econômico e simbólico são interdependentes e formam um todo, e é essa totalização que faz a especificidade do Estado. A acumulação, pelo mesmo poder central, de diferentes espécies de capital gera uma espécie de metacapital, isto é, um capital que tem a propriedade particular de exercer poder sobre o capital. (BOURDIEU, 2014, p. 266).

Bourdieu (2014) estabelece um laço entre o campo do poder e o Estado, já que o

Estado toma medidas transcursos produzindo, se conservando, se reproduzindo com um capital que dá poder a outros campos. E sendo o Estado esse metacampo – que é fictício, mas operante – faz sentido pensarmos que interiorizamos o Estado, como um outro universal, um fantasma. O Estado não pode ser pensado como um todo, é preciso vê-lo como formado por diversos e distintos campos, com seus respectivos capitais específicos e suas particularidades, e, ainda, em luta. Assim, faz sentido falar em fantasma que se encarna nas pessoas ao agirem.

Como podemos relacionar esse entendimento de Estado e de política pública ao objeto de estudo em questão?

Pelo exposto, é possível perceber que a construção de uma política envolve diferentes cenários e interesses em disputa. Acreditamos que a construção da PNAISH envolveu a intermediação de diversos agentes sociais, com disputas por espaços de poder e por hegemonia. Os cenários envolvidos não escapam ao poder (simbólico) do Estado.

Neste ponto, explicitar as contribuições de Bourdieu (2004; 2011; 2014), Ball, Bowe e Gold (1992) e Ball (1994) e como as associamos é algo fundamental para que o leitor compreenda como definimos os cenários estudados. Pensar a política partindo de distintos cenários, que conformam, os contextos de influência, da prática e de produção de textos nos quais a política emerge ou acontece, permite pensarmos esses cenários como espaços institucionais ou não. Acreditamos que os cenários são estruturados por agentes sociais e possuem suas próprias regras e por isso o entendimento de cenários pode ser, de certa forma, associado ao conceito de campo. Ou seja, esses cenários compostos por agentes sociais podem corresponder a campos distintos, com seus respectivos agentes sociais. Além disso, podem disputar por um lugar no espaço social.

Como campo e agente social não se desvinculam, podemos pensar o Ministério da Saúde como um agente social (institucional) do campo burocrático, ou também como um cenário, que conforma junto com outros campos (e seus agentes), um espaço no contexto de influência, por exemplo. É possível pensar que o contexto de influência da política de saúde do homem foi composto por outros cenários que, por sua vez, possuem relação a campos diversos. O mesmo pode ser pensado para a produção do texto da política ou para o contexto da prática. Isso porque acreditamos que o Estado é um metacampo em que os agentes sociais dos distintos campos disputam por um lugar de poder e também para a definição de uma política. Esse entendimento foi fundamental para que colocássemos em questão o papel do Ministério da Saúde na proposição de políticas, assim como para definirmos os diversos agentes sociais que atuaram na construção da PNAISH.

Por isso, estamos olhando para os agentes sociais como parte de campos e que atuaram no processo da política conforme as regras específicas dos campos, dos quais fazem parte. E atuaram também como agentes sociais de cenários diversos para a construção da PNAISH, seguindo as regras dos seus respectivos lugares de atuação. Pensar dessa forma ajuda a compreender a dinamicidade do processo e a complexidade de se pensar a construção de uma política. Conforme apresentaremos a seguir, há distintos agentes sociais que se envolveram na construção da PNAISH, como as Organizações Não-Governamentais (ONGs) e pesquisadores – que podem ser vistos como pertencentes a um campo científico –, além das sociedades médicas – vistas como pertencentes ao campo da saúde – e também o Ministério da Saúde – como parte de um campo burocrático. Essas referências aos campos não são estanques e podem ser vistas de distintas maneiras. Ou seja, podemos pensar que os pesquisadores fazem parte do campo científico, mas podem ter interlocução ou atuarem no campo da saúde; e as sociedades médicas atuarem como agentes do campo científico. Isso irá depender da ênfase dada pelos respectivos agentes e na sua atuação na política, conforme veremos no capítulo 5. Enfim, é possível perceber múltiplos papéis e funções que os agentes sociais assumem, mas que no caso da política em questão esses agentes estavam ali defendendo uma posição em relação à saúde do homem. Isso nos sugere que esses conceitos possuem certa maleabilidade que nos ajudam a compreender a complexidade do espaço social, principalmente, no que diz respeito a olhar para a construção de políticas de saúde e a participação de diversos agentes sociais.

É importante reter para este estudo que há lógicas de atuação dos agentes nos campos ou nos diferentes cenários que estão em jogo e em disputa. Mesmo que tenham objetivos distintos, eles interagem entre si e podem, em determinados momentos, ter seus interesses prevalecendo em relação aos demais.

2.1 CENÁRIOS, AGENTES SOCIAIS E CAMINHOS DA PESQUISA

Após introduzirmos as contribuições teóricas que nortearam nosso olhar para o objeto de pesquisa e sua permanente delimitação – uma vez que este suscitava questões à medida que leituras e análises iam sendo realizadas – iremos, agora, abordar os caminhos metodológicos escolhidos e traçados ao longo da pesquisa para que pudéssemos analisar o processo de construção da PNAISH com destaque à participação dos diversos agentes sociais.

Afinal, quem foram os agentes sociais que contribuíram para o entendimento do

processo não só de construção da PNAISH, mas também da participação neste processo? É importante, antes de seguirmos para a compreensão de como diversos agentes se envolveram na definição de uma política de saúde do homem e como participaram da construção da PNAISH, conhecermos, mesmo que resumidamente, quem eles são, que posições ocupavam naquele momento e como cada um deles contribuiu para o entendimento do processo de construção da PNAISH. Além disso, é importante apontar como eles foram localizados e como seus relatos foram trabalhados e analisados.

2.1.1 Cenários, agentes sociais e a política de saúde do homem

Ao longo de toda a pesquisa, podemos afirmar que tanto o objeto de estudo foi se configurando constantemente quanto as próprias ideias sobre ele. Porém, isso não ocorreu de maneira automática e espontânea, foi necessário um processo de imersão em leituras relacionadas ao objeto de pesquisa, assim como reflexões sobre o mesmo.

Houve, no entanto, alguns elementos que permitiram que esse processo ocorresse. Conforme aponta Mattos (2011), são os nossos propósitos, assim como nossas questões de pesquisa, que devem nortear a escolha do método e das técnicas a serem utilizadas. Isso pode parecer trivial, em um primeiro momento, mas em estudos sobre políticas, é comum observarmos o método ganhando maior destaque que o próprio objeto de pesquisa. Assim, neste estudo, as questões de pesquisa possuem um peso importante e foram elas que nos possibilitaram uma constante aproximação ao objeto de pesquisa e que nos conduziram à realização de uma pesquisa qualitativa.

Acreditamos que a compreensão sobre a participação dos diversos agentes sociais na construção da PNAISH pudesse ser mais aprofundada a partir do contato direto com esses agentes. A partir deste contato, cremos também que as distintas vozes presentes no processo político, com predominância de algumas em detrimento de outras, pudessem se tornar visíveis.

Considerando que essas vozes se materializam a partir da linguagem, que nos permitem acessar os objetos sociais (SPINK; MENEGON, 2013), procedemos à realização de um *pré-campo*, que teve como objetivo inicial uma aproximação ao objeto de pesquisa, assim como seu reconhecimento, tendo sido realizada de diversas maneiras. Uma delas, foi a realização de conversas informais nos primeiros anos do estudo, ou seja, em 2014 e 2015,

com pessoas que estiveram envolvidas com a política²⁶. A partir deste momento, foi possível reconhecer alguns agentes sociais que atuaram no processo de maneira importante. Os primeiros contatos foram realizados com aqueles que atuaram ou estavam atuando na Área Técnica de Saúde do Homem (ATSH) do Ministério da Saúde. À medida que os agentes iam sendo identificados e que ocorria essa conversa informal, outros agentes sociais iam sendo indicados como importantes no processo. Chegamos, então, à identificação de agentes que, naquele momento, foram mencionados como representantes das entidades civis organizadas, como o Instituto Papai e a Promundo.

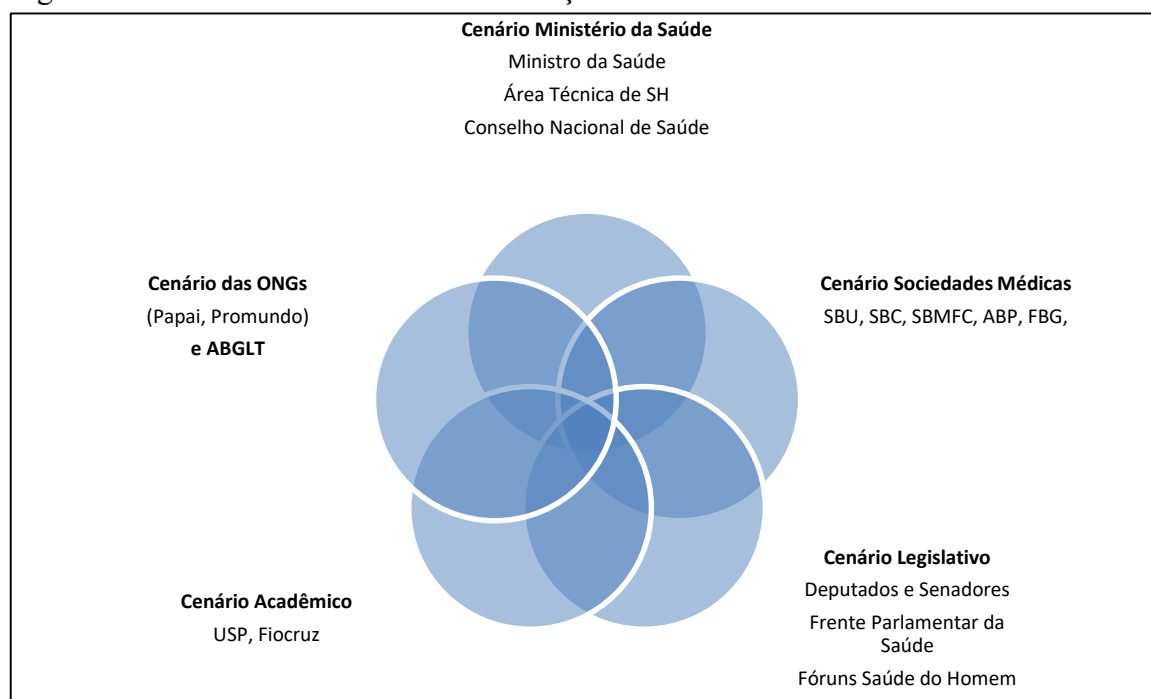
Outra estratégia utilizada no *pré-campo* diz respeito a inúmeras leituras sobre o tema saúde do homem, que incluiu documentos do Ministério da Saúde, Atas de reuniões do Conselho Nacional de Saúde (CNS), as contribuições para a Consulta Pública, o próprio documento da política – a PNAISH (ANEXO A – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes), Projetos de Lei relacionados à saúde masculina e artigos científicos. A partir dessas leituras e reconhecimento de documentos importantes, outros agentes puderam ser reconhecidos como possíveis participantes no processo de construção da política. Em um primeiro momento, foram considerados documentos e artigos científicos que pudessem ampliar nosso entendimento sobre o processo da política de saúde do homem considerando os contextos de influência, de produção de texto e da prática, até então, estávamos considerando diversos acontecimentos relacionados à saúde do homem, como o Novembro Azul. Posteriormente, definimos que o nosso recorte temporal seria abrangido pelos anos anteriores até o ano de 2009, momento em que o documento PNAISH foi lançado pelo Ministério da Saúde, conforme veremos no capítulo 4.

Inicialmente, associamos esses agentes sociais a alguns cenários, momento crucial para a identificação dos diversos cenários de atuação na política. Isso foi possível, pois olhamos para a política de saúde do homem como texto e discurso e proveniente de diferentes contextos. Como os contextos são constituídos por cenários, optou-se por dividi-los nos seguintes: Ministério da Saúde; Legislativo; Acadêmico; Sociedades Médicas, incluindo a Sociedade Brasileira de Urologia (SBU), de Cardiologia (SBC), de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), de Pneumologia e Tisiologia (SBPT), além da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), Federação Brasileira de Gastroenterologia

²⁶ Essas conversas informais, apesar de mencionadas como parte do *pré-campo*, não serão explicitadas ou utilizadas neste trabalho, pois naquele momento o projeto de pesquisa ainda não havia sido apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

(FBG); Organizações Não Governamentais (ONGs), incluindo o Instituto Papai e Promundo, e Associação Brasileira de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais (ABGLT); e Acadêmico. Esses cenários ora fizeram parte do contexto de influência, como da produção de texto, assim como de prática (Figura 2.2).

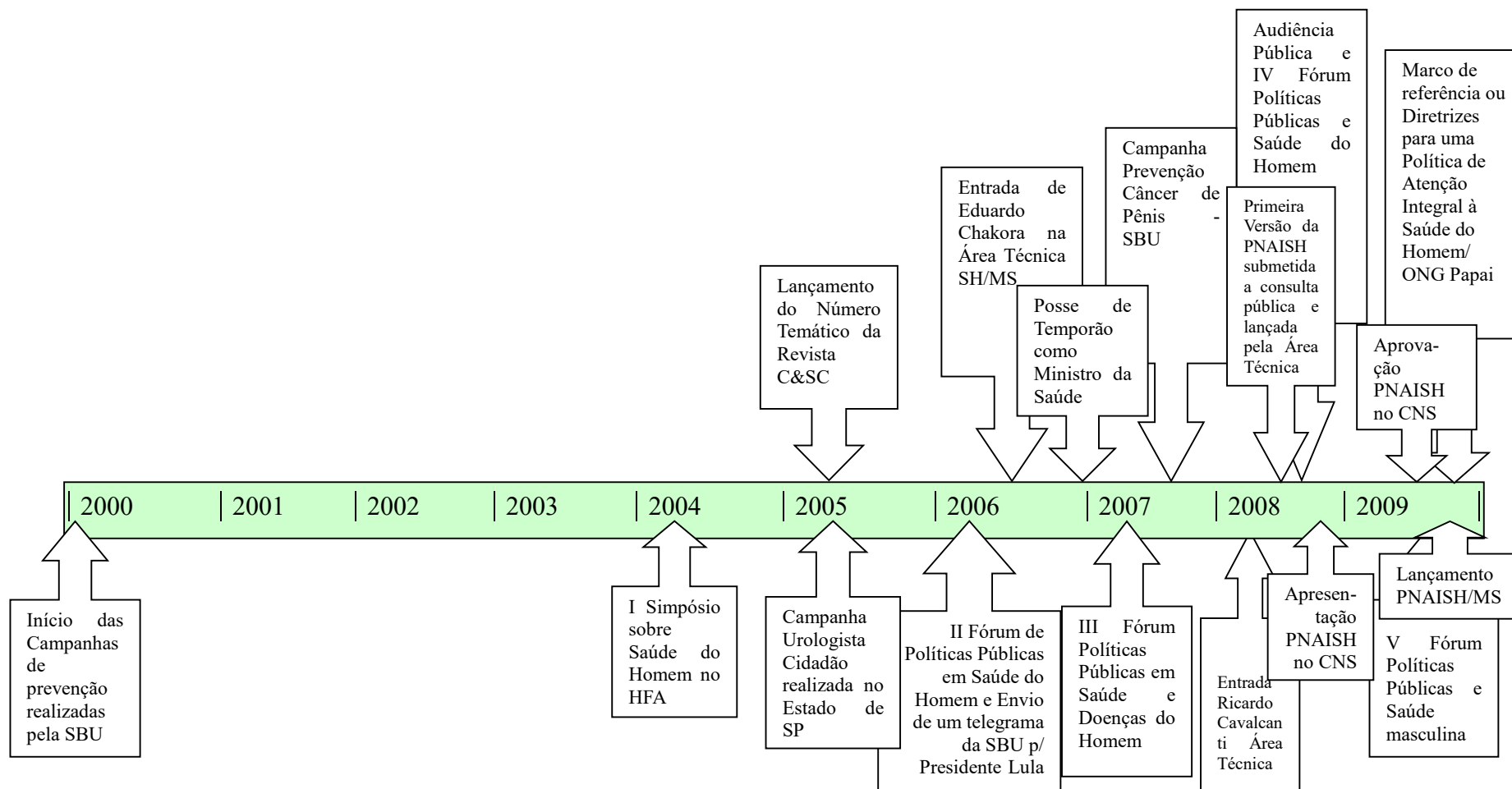
Figura 2.2: Cenários envolvidos na construção da PNAISH



Fonte: Elaborado a partir de documentos analisados no âmbito da pesquisa de doutorado, 2018.

A abordagem aos agentes sociais, mesmo que de maneira informal, associando-os aos cenários e aliando esses ao reconhecimento de fatos relacionados ao tema saúde do homem possibilitou a construção de uma Linha do Tempo que pudesse resumir alguns acontecimentos importantes. Durante todo o percurso da pesquisa, a Linha do Tempo foi sendo (re)construída e sintetiza os principais acontecimentos que possibilitaram a construção do documento da política, conforme pode ser visualizado na Figura 2.3 (Linha do Tempo).

Figura 2.3 – Linha do Tempo



A partir dos principais acontecimentos relacionados à construção da PNAISH, foi possível ter uma visão abrangente daqueles agentes sociais que estiveram presentes em diversos momentos da política. Procedemos, então, à realização de entrevistas com parte desses agentes (APÊNDICE A – Entrevistas realizadas). Ressaltamos que os agentes foram, em parte, identificados ao longo do *pré-campo*, e também nas entrevistas que iam sendo realizadas, principalmente, quando nessas alguns mencionavam outros como participantes do processo. Porém, nem todos os agentes relacionados aos cenários foram abordados neste estudo, alguns foram excluídos por não terem sido mencionados como alguém que se destacou, de alguma forma, no processo. Mas buscamos nos aproximar ao máximo daqueles que tiveram algum tipo de participação na construção do documento, conforme pode ser visto no Apêndice B (Relação de agentes sociais entrevistados).

Em relação ao cenário Ministério da Saúde, foram entrevistados os seguintes agentes sociais: José Gomes Temporão; Ricardo Cavalcanti; Eduardo Chakora; Shirlei Bastos; Simione Silva, Liliane Penello e Maria do Socorro Souza. A relação desses agentes e o cargo ocupado no momento da construção da PNAISH pode ser visualizado no Apêndice B (Relação de agentes sociais entrevistados) e algumas informações adicionais podem ser vistas no Quadro 2.1.

Quadro 2.1 – Trajetória profissional dos agentes sociais do Ministério da Saúde

Agentes sociais do Cenário Ministério da Saúde	Trajetória profissional
José Gomes Temporão (Ministro da Saúde)	Trajetória relacionada à profissão médica, assim como em pesquisa e ensino em Saúde Pública e gestão de instituições como o Instituto Nacional do Câncer (INCA) e também no Ministério da Saúde, como na Secretaria de Atenção à Saúde e como ministro da saúde.
Ricardo Cavalcanti (Coordenador da ATSH)	Médico ginecologista, antropólogo e sexólogo.
Eduardo Chakora (Membro da ATSH)	Psicólogo clínico e com experiência em atuar com grupos de homens e mulheres conduzidos por uma abordagem tanto da Psicologia quanto da medicina oriental, com uso da meditação, além de considerar aspectos relacionados à sexualidade, às emoções e também às questões de gênero.
Shirlei Bastos (Membro da ATSH)	Assistente social, com trajetória em vários cargos, como diretora de creche e na área de gestão de pessoas do Serviço Social do Comércio (SESC) em São Paulo. No Ministério da Saúde, atuou como gerente de equipe de arquivistas na área de documentação e informação, seguindo para a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), onde se encontrava “a política de saúde do homem”.
Simione Silva (Membro da ATSH)	Graduada em Enfermagem, com mestrado em Saúde Pública, com passagem, no MS, na Secretaria de Gestão do

	Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), na Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP) e na Área Técnica de Saúde do Homem do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPES/SAS).
Liliane Penello (Fiocruz)	Médica psiquiatra, com atuação em cargos de chefia, de gestão e clínica no Instituto Phillippe Pinel. Atuou no INCA e foi Coordenadora da Estratégia Brasileirinhos e Brasileiras Saudáveis desde 2007 na Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) Brasília.
Maria do Socorro Souza (CNS)	Graduada em Filosofia, com trajetória na militância com diversas populações, como com indígenas do Nordeste. Além de assessora e conselheira do Conselho Nacional de Saúde (CNS) pela Comissão de Mulheres da Confederação dos Trabalhadores na Agricultura (CONTAG).

Fonte: Elaborado a partir das entrevistas e dos documentos analisados no âmbito da pesquisa de doutorado, 2018.

Em relação ao cenário Acadêmico, foram entrevistados professores e pesquisadores de Instituições de Ensino Superior (IES) ou de Pesquisa, como Márcia Couto, professora da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) à época, e Romeu Gomes, pesquisador do Instituto Fernandes Figueira (IFF) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), e Wagner Figueiredo, médico do Centro de Saúde Escola da Universidade de São Paulo (USP), conforme pode ser visualizado no Apêndice B (Relação de agentes sociais entrevistados) e no Quadro 2.2.

Quadro 2.2 – Trajetória profissional dos agentes sociais da Academia

Cenário Acadêmico	Trajetória profissional
Márcia Couto	Graduada em Ciências Sociais pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), com mestrado em antropologia sobre gênero e participação política feminina e doutorado em sociologia sobre pluralismo religioso na família, quando teve início seu interesse nas questões relacionadas a gênero e masculinidades.
Romeu Gomes	Graduado em Pedagogia pela Universidade Federal Fluminense (UFF), licenciado em Psicologia e Sociologia, com mestrado em Psicopedagogia e livre docência em Psicologia da Educação. Coordenou pesquisas sobre populações de periferia pelo Estado do Rio de Janeiro. Depois, fez a pesquisa de doutorado sobre prostituição infanto-juvenil pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), sob orientação de Cecília Minayo. A partir dos estudos sobre violência sexual contra a mulher, aproximou-se da questão dos homens, “migra” da violência sexual para trabalhar com sexualidade e gênero e perceber o “personagem masculino”.
Wagner Figueiredo	Médico com formação em Saúde Coletiva. Fez mestrado na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP) sobre esquistossomose. Paralelamente ao mestrado, fez especialização com enfoque em aids. Atuou como clínico atendendo pessoas com aids e esteve também vinculado a pesquisa que se

	referia ao potencial de cuidado a pessoas vivendo com HIV no Centro de Saúde Escola da USP. Depois, passou a atuar como médico de Atenção Primária à Saúde do Centro de Saúde Escola do Butantã da Faculdade de Medicina da USP e como orientador de alunos. Chegou à discussão de saúde do homem pela saúde da mulher ao buscar enfrentar o desafio de criar estratégias ou programas visando atrair os homens para o tratamento de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e através do envolvimento com um grupo de pesquisa que estudava violência, principalmente, contra a mulher.
--	---

Fonte: Elaborado a partir das entrevistas no âmbito da pesquisa do doutorado, 2018.

Quanto ao cenário ligado às ONGs, pôde-se reconhecer a participação do Instituto Papai e da ONG Promundo, além da Associação Brasileira de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais (ABGLT). Foram entrevistados Benedito Medrado, Jorge Lyra e Mariana Azevedo; Marcos Nascimento; e Beto de Jesus (APÊNDICE B – Relação de agentes sociais entrevistados e Quadro 2.3).

Quadro 2.3 – Trajetória profissional dos agentes sociais das ONGs e ABGLT

Cenário das ONGs e ABGLT	Trajetória profissional
Benedito Medrado (Papai)	Graduado em Psicologia pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) com mestrado pela Pontifícia Universidade Católica (PUC) de São Paulo, quando iniciou a discussão sobre gênero. Realizou seu estudo sobre a construção da imagem masculina na mídia.
Jorge Lyra (Papai)	Graduado em Psicologia pela Universidade Federal de Pernambuco com mestrado pela PUC São Paulo, onde iniciou a discussão teórica sobre gênero. Pesquisou a paternidade na adolescência. O enfoque de se pensar os adolescentes era a partir do conceito de saúde reprodutiva.
Mariana Azevedo (Papai)	Sua trajetória profissional possui relação com o Instituto Papai desde quando era graduanda em Ciências Sociais pela UFPE, tendo participado de diversos projetos propostos pelo Instituto.
Marcos Nascimento (Promundo)	Possui formação em Engenharia Civil e, posteriormente, em Psicologia. Como graduando em Engenharia, se inseriu em um grupo de homens que discutiam as pluralidades de masculinidade, como um homem “menos macho”, mais sensível, menos duro, mas que era também formado por homens que se interessavam pelas artes e literatura. A partir desse interesse, ingressou no curso de Psicologia, em 1992, com a ideia de se discutir masculinidades.
Beto de Jesus (ABGLT) ²⁷	Formado em Teologia e Filosofia. Entrou no Seminário para ser padre no início da década de 1980. Desde a Universidade, afirma já atuar em grupos de apoio ao HIV como no Emílio Ribas e também em mo-

²⁷ Pela entrevista com Beto de Jesus, diferentemente das demais entrevistas, não foi possível localizar a partir de qual instituição ele estava representando. Apenas, posteriormente, em consulta aos participantes que constam no documento PNAISH (BRASIL, 2009) foi possível identificar a ABGLT. Dessa forma, supõe-se que Beto de Jesus estava representando-a.

	vimentos sociais relacionados à construção de hospital, postos de saúde e Conselho popular de saúde na periferia de São Paulo. Em 1995, quando tinha 33 anos, se inseriu no movimento LGBT (Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transexuais), tendo como primeira atividade a participação na 17ª Conferência da ILGA (Associação Internacional de Gays, lésbicas, transexuais, pessoas transintersexo). Em 1997, fundaram a Parada Gay em São Paulo, na qual atuou como presidente até 2002.
--	--

Fonte: Elaborado a partir das entrevistas no âmbito da pesquisa de doutorado, 2018.

A partir das entrevistas realizadas com os representantes do Instituto Papai, este foi fundado por Benedito Medrado e Jorge Lyra em 1999 a partir de uma ideia de proposta de ação como desenrolar da pesquisa de mestrado de Jorge Lyra. Inicialmente, o Instituto esteve vinculado à Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) como um núcleo de estudos sobre mulher e gênero. De 1997 a 1999, o nome do Instituto tinha seu nome vinculado a um projeto voltado para os pais adolescentes, sendo conhecido como Programa de Apoio ao Pai (PAPai). Conforme Benedito Medrado e Jorge Lyra, no período de 1999 a 2000, o Papai se instituiu como ONG. Em 2002, o Papai já possuía uma sede própria e uma equipe de trabalho que estavam alocadas fora da Universidade. Apesar de ter permanecido com o nome Papai, Benedito Medrado afirma que a Instituição sempre foi maior que o projeto que originou seu nome, pois ampliaram muito o campo de atuação para áreas ligadas à aids e ao movimento feminista. Com o passar dos anos, tanto Jorge Lyra quanto Benedito Medrado afirmam que foram sendo reconhecidos localmente pelos trabalhos que realizavam e pelas parcerias que tinham com o Hospital das Clínicas, Fundação MacArthur, Fórum de Mulheres, Promundo ganhando assim uma visibilidade nacional e internacional²⁸. Isso possibilitou a ampliação tanto de temas²⁹ para discussão de projetos quanto o investimento de fundações nacionais e internacionais que passaram a investir na ONG³⁰. Posteriormente, quando já se encontravam mais estruturados passaram a dialogar com a gestão da área de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST)/Aids do MS, assim como com os gestores locais, com prefeituras e vereadores. Apesar disso, não perderam sua missão inicial que era de militância e não como *braço do Estado para desenvolver ação*

²⁸ Foi inclusive com financiamento da Fundação MacArthur que conseguiram fundar uma sede desvinculada à UFPE e pela vinculação à ONG Promundo que conseguiram se inserir internacionalmente participando de reuniões em outros países, como México e Peru.

²⁹ Como “homens e Saúde Pública”, “homens e saúde sexual e reprodutiva na Atenção Básica”, “homens e equidade de gênero” (Mariana Azevedo, entrevista em 17 de agosto de 2016).

³⁰ Como da Fundação Ford e do Ministério da Saúde da área de DST/Aids (Benedito Medrado, entrevista em 19 de agosto de 2016).

(Benedito Medrado, entrevista em 19 de agosto de 2016)³¹. Resumindo o Instituto Papai pode ser definido como uma organização que trabalha com homens e que tem como base o feminismo visando à equidade de gênero³².

Quanto à ONG Promundo, esta foi fundada, segundo Marcos Nascimento, em 1997, em Brasília sob direção de Gary Barker que estava desenvolvendo uma pesquisa de doutorado comparando *jovens de favelas do Rio de Janeiro e jovens de periferia de Chicago* com seu campo de pesquisa nos Estados Unidos e no Brasil (Marcos Nascimento, entrevista em 13 de outubro de 2016). Inicialmente, o trabalho da Promundo foi relacionado às masculinidades com recorte de classe e geração, já que trabalhavam com homens jovens de favelas. Aos poucos, foram se aproximando do debate e, ao mesmo tempo, realizando trabalhos com jovens sobre equidade em saúde. Marcos Nascimento afirma que tinham financiamento da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e também da Organização Mundial de Saúde (OMS). Além disso, a Promundo, por meio de programas que desenvolviam, contava como o apoio de diversas outras ONGs, incluindo o Instituto Papai, tanto por causa do trabalho com jovens quanto por causa do tema da violência, que era um dos focos da Promundo. Assim, propunham um trabalho de desconstrução da masculinidade violenta. Além disso, a Promundo, ao longo de sua trajetória, foi construindo uma interlocução com o Ministério da Saúde via Área Técnica de Saúde do Adolescente e, ao mesmo tempo, foi ganhando certa visibilidade em decorrência dos eventos que realizavam sobre o tema “homens jovens e saúde”³³.

É importante situar a origem das ONGs, visto que possuem uma trajetória peculiar, já que seus fundadores partem de um campo científico.

Por fim, o cenário relacionado às Sociedades Médicas foi composto, aqui, pelas: Sociedade Brasileira de Urologia (SBU), representada por José Carlos de Almeida, Aguinaldo Nardi e Sidney Glina; Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC), representada por Antônio Carlos Palandri Chagas; e Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC), representada por Gustavo Gusso (APÊNDICE B – Relação de

³¹ Os trechos das entrevistas citados literalmente serão apresentados, ao longo da tese, em itálico e com referência imediata ao entrevistado juntamente com a data de realização da entrevista.

³² As informações deste parágrafo foram obtidas a partir das entrevistas realizadas com Mariana Azevedo, em 17 de agosto de 2016, e separadamente com Benedito Medrado e Jorge Lyra no dia 19 de agosto de 2016.

³³ As informações deste parágrafo foram obtidas a partir da entrevista realizada com Marcos Nascimento em 13 de outubro de 2016.

agentes sociais entrevistados e Quadro 2.4).

Quadro 2.4 – Trajetória profissional dos agentes sociais das sociedades médicas

Cenário das Sociedades Médicas	Agentes sociais	Trajetória profissional
SBU	Aguinaldo Nardi	Sua trajetória tem uma relação com os cargos ocupados na SBU como presidente da seccional São Paulo e nacional.
	José Carlos de Almeida	Formou-se em medicina pela Universidade de Brasília em 1980. Fez residência em urologia no Hospital das Forças Armadas (HFA). Em 1987, foi estudar nos Estados Unidos sobre câncer urológico. Em 1990, retornou para o Brasil e passou a atuar como médico concursado da Secretaria de Saúde e do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), mas também atendia como médico urologista em consultório. Em 2004, atuou como chefe da clínica urológica do HFA. Em 2005, se elegeu presidente da Sociedade Brasileira de Urologia (SBU) atuando apenas como presidente eleito, mas já acompanhando os trabalhos administrativos da sociedade. Em 2008, entrou efetivamente no cargo de presidente da SBU e permaneceu até 2009.
	Sidney Glina	Formou-se em Medicina pela USP. Fez residência em urologia no Hospital das Clínicas. Atuou em clínica privada por um longo período, mas também foi funcionário público no Hospital Ipiranga, onde já se aposentou e atuou como chefe da clínica urológica. Foi também presidente da Sociedade Internacional de Medicina Sexual de 2000 a 2001 e da Sociedade Brasileira de Urologia de 2006 a 2007. Afirma que sempre militou na área de disfunção sexual.
SBC	Antônio Carlos Palandri Chagas	Médico cardiologista com atuação em hospital e em clínica privada, além de ser professor com estudos voltados às doenças ateroscleróticas e com ênfase na mulher. Foi presidente da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo no período de 2003-2005 e da Sociedade Brasileira de Cardiologia entre 2008 e 2009.
SBMFC	Gustavo Gusso	Formado em medicina com atuação na Estratégia de Saúde da Família. Foi coordenador de ações estratégicas na SEGTES/MS no período de 2006 a 2008. Em seguida foi eleito presidente da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC).

Fonte: Elaborado a partir das entrevistas e dos documentos analisados no âmbito da pesquisa de doutorado, 2018.

Para que pudéssemos acessar o objeto de estudo a partir da linguagem e da memória desses agentes sociais que, de certa forma, se envolveram no processo de construção da PNAISH, procedemos então à realização de entrevistas. Chamamos este momento de *pesquisa de campo*, em que os agentes sociais foram contatados e, à medida em que aceitavam conceder uma entrevista à pesquisadora, as entrevistas iam sendo

realizadas, conforme a ordem numérica apontada no Apêndice B (Relação de agentes sociais entrevistados). Além das entrevistas, continuamos a considerar os documentos e artigos científicos identificados no *pré-campo* como uma forma de compreender melhor o processo de participação na construção da PNAISH. Dessa forma, foram lidos na íntegra documentos do Ministério da Saúde, como atas das reuniões dos CNS, contribuições feitas à Consulta Pública, artigos acadêmicos, como o primeiro número do volume 12 de 2005 da Revista Ciência & Saúde Coletiva³⁴ e atas de reuniões realizadas no âmbito da Câmara dos Deputados, como aqueles referentes aos Fóruns de Saúde do Homem realizados no Legislativo.

É importante situar o leitor quanto à importância dessas duas estratégias de pesquisa de campo. Ambas foram fundamentais para a construção do estudo, porém, os caminhos para a exploração dos materiais foram diferentes. Descreveremos de maneira minuciosa como trabalhamos o material das entrevistas e apontaremos como os documentos subsidiaram um entendimento, principalmente em relação ao cenário do Ministério da Saúde e do Acadêmico. Ao final deste capítulo, daremos ênfase também nos documentos relacionados ao Legislativo, mais especificamente, da Câmara dos Deputados, que foram consultados e que contribuíram para o entendimento da política de saúde do homem neste cenário.

A pesquisa de campo, com a realização de entrevistas, ocorreu entre os meses de junho e dezembro de 2016³⁵. Foram utilizados dois tipos de abordagem. Uma delas foi a identificação de agentes individuais ou coletivos que ocupavam uma posição-chave no processo de construção da política, seja como alguém ligado ao Governo, seja do Executivo ou do Legislativo, ou de grupos que exerceram alguma influência no processo e que eram externos ao Governo como Sociedades Médicas brasileiras, pesquisadores ou professores de Instituição de Ensino Superior (IES) ou de Pesquisa, Organizações Não-Governamentais (ONGs) e Associação Brasileira de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais (AGBLT).

Além desta abordagem, utilizou-se também a indicação dos próprios entrevistados, como pode ser visto no Apêndice B (Relação de agentes sociais entrevistados), em que à medida que um ia sendo entrevistado (ou que havia sido identificado no *pré-campo*),

³⁴ Trata-se de um número temático que abordava o homem como foco da Saúde Coletiva.

³⁵ Houve uma segunda entrevista realizada em 25 de outubro de 2017 com Eduardo Chakora, como forma de complementar algumas informações obtidas na primeira, realizada em 09 de junho de 2016.

outros agentes eram identificados e, por fim, indicados como potenciais agentes para uma entrevista posterior. Essa estratégia foi importante devido à minha não inserção no Ministério da Saúde e sendo necessário valorizar cada contato realizado que pudesse me conduzir aos agentes que participaram do processo de construção da PNAISH. Afinal, o que possuía em mãos era o documento oficial da política, ou seja, seu *texto*, e algumas inquietações a respeito de seu conteúdo. Aqueles que haviam sido identificados no *pré-campo*, foram também entrevistados e tiveram um papel importante na indicação de outros agentes. Ressalto que, apesar de alguns dos entrevistados não terem participado diretamente do processo de construção da PNAISH, buscou-se contemplar o discurso que se formou sobre a sua construção.

A maior parte das entrevistas foi realizada presencialmente conforme a disponibilidade dos entrevistados e da pesquisadora, já que esses agentes encontram-se distribuídos por diversos estados brasileiros, como Bahia, Distrito Federal, Pernambuco, Rio de Janeiro e São Paulo. Os agendamentos foram, geralmente, feitos por contato telefônico, trocas de e-mails ou de mensagens via Facebook. Duas entrevistas não puderam ser realizadas pessoalmente e foram feitas via Skype. Todos os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme Resolução de Nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido/TCLE) que, assim como a pesquisa, foi aprovado pelo Comitê de Ética (CEP) em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP) da Fiocruz, sob o Parecer de Nº 1.413.443 (ANEXO B – Parecer Consubstanciado do CEP) e todos permitiram que sua identificação pudesse ser divulgada, por isso os nomes dos agentes estão sendo expostos. Apenas um dos entrevistados questionou essa divulgação do nome, devido aos embates que ocorreram no processo de construção da política, mas, ainda assim, permitiu a divulgação de seu nome.

Para proceder à interpretação das entrevistas, foram utilizados alguns referenciais que pudessem auxiliar na organização dos dados e em sua análise. No que se refere à sua organização inicial, contou-se com as contribuições de Minayo (2006) e, em um segundo momento, procedeu-se à sua interpretação e compreensão a partir de Spink (2013). Em relação à organização e classificação do material empírico, realizou-se: 1) transcrição de cada entrevista na íntegra; 2) revisão das entrevistas, ouvindo os áudios e lendo as transcrições, simultaneamente; 3) organização das entrevistas em subconjuntos; 4) leitura exaustiva de cada entrevista; 5) identificação das categorias teóricas e empíricas numa

segunda leitura; 6) construção de um mapa de associação de ideias por entrevista³⁶ (APÊNDICE D – Mapa de Associação de Ideias).

Dentre os itens apontados, é importante explicitar alguns deles, como a organização das *entrevistas*, o surgimento de *categorias teóricas e empíricas (ou de análise)*, assim como a construção do *mapa de associação de ideias*.

As *entrevistas* foram lidas na íntegra conforme os subconjuntos, que se referem aos cenários e, a partir desta leitura, buscou-se apenas aflorar os sentidos, sem ficar capturada por categorias *a priori*. Em seguida, a leitura das entrevistas teve como objetivo identificar as *categorias teóricas*, como relacionadas ao *processo de construção da política* e ao processo de *participação* em sua construção, que estão em consonância com as perguntas e objetivos da pesquisa. No entanto, outras categorias, denominadas *categorias de análise*, foram sendo reconhecidas ao longo de cada entrevista e conforme cada cenário.

É importante ressaltar que, se em um primeiro momento, as categorias teóricas foram comuns a todas as entrevistas, as de análise, que surgiram ao longo da leitura de cada entrevista, se diferenciaram. Isso se deve, sobretudo, à posição de cada agente social em cenários e campos distintos. Ou seja, há agentes que se situavam no Ministério da Saúde e que apontavam para o percurso da política no interior desse cenário. Neste caso, “percurso da política no MS” se tornou uma categoria de análise. Por outro lado, outros agentes, por exemplo, aqueles que estavam abordando o processo a partir da sua experiência nas ONGs ou em Instituições de Pesquisa ou de Ensino, ofereceram elementos para o surgimento de outras categorias, como por exemplo, reflexões sobre os efeitos da PNAISH. Neste caso, definiu-se como categoria de análise: “efeitos da PNAISH” (ver APÊNDICE D – Mapa de Associação de Ideias).

Conforme Spink e Menegon (2013), a pesquisa científica é uma prática social, que possui regras e um rigor. Para essas autoras, é necessário haver uma ressignificação do fazer ciência pensando-a como uma forma de “produzir sentido sobre os eventos do mundo” (SPINK; MENEGON, 2013, p. 42). Considerando o rigor da análise dos sentidos nas práticas discursivas, Spink e Lima (2013) afirmam a importância em explicitar o processo de interpretação das práticas discursivas. Para essas autoras, o processo de interpretação encontra-se relacionado à objetividade que, por sua vez, se encontra atrelada à intersubjetividade. Assim, este processo se assemelha a “uma espiral dinâmica, encadeando autoprodução e reconstrução” (SPINK; LIMA, 2013, p. 81).

³⁶ Os mapas de associação de ideias não foram iguais para todos os entrevistados. A variação deve-se às inserções dos entrevistados em diferentes cenários.

A partir dessa ideia, é fundamental que ressignifiquemos o que seja objetividade e passemos a pensá-la como algo que está para além de uma concepção relacionada à apreensão da realidade. Se assim a entendermos, conseguimos associá-la à ideia de visibilidade ou como pressuposto à intersubjetividade (SPINK; LIMA, 2013). Então, as autoras propõem a visibilidade da interpretação, a compreensão da dialogia na dupla acepção de produção de sentidos no encontro do pesquisador com o entrevistado e o debate entre os pares e o pesquisador como parte da objetividade.

O processo de interpretação é considerado por Spink e Lima (2013) como produção de sentido, sendo esta atividade meio e fim da pesquisa, já que durante toda a pesquisa nos encontramos imersos no processo de interpretar. Como atividade-meio, esta se relaciona ao diálogo com os dados brutos. E como atividade-fim, na explicitação dos sentidos resultantes do processo de interpretação (SPINK; LIMA, 2013). Segundo as autoras, esses são meios de assegurar o rigor. Assim, o processo de interpretar, de estar em diálogo com os entrevistados e com as entrevistas, por exemplo, dando visibilidade a todo o processo, até a apresentação aos pares, pode ser visto como uma forma de legitimação do processo. Algo que se relaciona à objetividade no âmbito da intersubjetividade.

Diante disso, para a construção dos diferentes *mapas de associação de ideias*, foi necessário olhar novamente para cada entrevista individualmente, mas inserida no seu respectivo cenário. Os relatos de cada entrevista foram organizados em quadros divididos em linhas e colunas. Em cada coluna consta uma categoria teórica ou de análise, como por exemplo, no caso do cenário Ministério da Saúde: origem da política; trajetória da política no Ministério da Saúde; participantes do processo de construção da PNAISH; agentes sociais envolvidos, dentre outras. Essa organização, exemplificada no Apêndice D (Mapa de Associação de Ideias), demonstra como o mapa de associação de ideias foi sendo construído para cada entrevista. Todos os mapas foram gravados em um documento do *Word da Microsoft Office*, sendo organizados em pastas diferentes conforme o cenário a que pertenciam os respectivos agentes sociais.

Após a construção de cada mapa, as diferentes categorias foram lidas novamente, mas em sentido vertical (ver APÊNDICE D – Mapa de Associação de Ideias), havendo dessa forma, um encadeamento das ideias relacionadas àquela categoria. Esse processo de leitura foi realizado com todas as entrevistas individualmente. Depois, agrupadas conforme as categorias teóricas e de análise e lidas em conjunto com o seu respectivo cenário.

Por exemplo, o mapa de associação de ideias da entrevista com José Gomes Temporão foi lido na íntegra, mas também verticalmente e em relação aos demais agentes

que compõem o cenário Ministério da Saúde. O mesmo foi realizado com todas as demais entrevistas em seus respectivos cenários. Percebe-se que se tratou de um processo circular nos diferentes momentos de análise das entrevistas em que o tempo todo foi preciso ter um olhar para os agentes sociais e sua relação com os cenários.

Dessa forma, as diferenças nas categorias teóricas e analíticas de cada cenário e agentes sociais, como o peso dado a determinado aspecto da política, como o percurso no MS ou a participação no processo, pode ser justificada pela posição de cada agente social em relação à política ou conforme a experiência que tiveram no processo.

Assim, há aqueles, que por terem atuado em cenários externos ao governo, como no caso das Sociedades Médicas brasileiras, acadêmicos, ONGs e ABGLT apontam aspectos relacionados à PNAISH e sua participação no processo de sua construção. Há, no entanto, entrevistados que, às vezes, apresentam detalhes do processo de construção do documento, por exemplo. Outros que não acompanharam ou participaram diretamente do processo de construção da PNAISH, oferecem elementos para uma compreensão da interlocução de um cenário com outro, como do Ministério da Saúde com o Legislativo ou com o Conselho Nacional de Saúde, por exemplo. Enfim, não se trata de um todo uniforme. Esse aspecto precisa ser mencionado, pois ao longo do processo de interpretação e de análise, a diferença entre o que surgiu em um grupo de entrevistas e o que surgiu em outro grupo pôde ser compreendido de maneira complementar e que possibilitou construir um significado sobre o processo participativo na elaboração do documento da política.

No que se refere ao processo de construção da política, os entrevistados que pertenciam ao cenário Ministério da Saúde nos dão elementos sobre a origem da política, assim como aspectos relacionados à Área Técnica de Saúde do Homem (ATSH) e sobre a “escolha” dos participantes envolvidos no processo de construção da política e como se deu o próprio processo de participação. Assim, é possível perceber que José Gomes Temporão apresenta fatores que o “influenciaram” quando divulgou a Política Nacional de Saúde do Homem na sua posse para Ministro de Estado da Saúde. Ricardo Cavalcanti, Eduardo Chakora e Shirlei Bastos apontam o percurso que a política percorreu internamente no Ministério da Saúde. No caso de Ricardo Cavalcanti e Eduardo Chakora, foi possível compreender aspectos relacionados à presença dos diversos participantes que auxiliaram a construção do documento PNAISH.

Em relação às entrevistas realizadas com Simione Silva e Liliane Penello podemos pensá-las como agentes sociais que auxiliam na compreensão do objeto de estudo, já que ocupavam cargos no Ministério da Saúde naquele momento, mas que não estiveram ligadas

diretamente à construção da política. Porém, foram contatadas por terem sido citadas por parte dos entrevistados, como uma agente que atuou temporariamente na ATSH, no caso de Simione Silva, ou mesmo por ter influenciado de maneira indireta o processo de entrada da saúde do homem para a “agenda governamental”, como no caso de Liliane Penello, esposa do então ministro da saúde, José Gomes Temporão.

Procedeu-se, então, à análise da entrevista de Maria do Socorro Souza, que neste estudo, está sendo vinculada ao Conselho Nacional de Saúde (CNS). Por mais que este cenário, de alguma forma, esteja física, administrativa e financeiramente, conforme ela mesma diz ao longo da entrevista, vinculado ao Ministério da Saúde, ele pode ser visto também como um cenário em que representa grupos da sociedade civil. A partir desta entrevista, foi possível ter uma compreensão sobre a interlocução que ocorre, geralmente, entre conselheiros de saúde e gestores do MS. Pelo mapa de associação de ideias desta entrevista, foi possível identificar categorias relacionadas à trajetória de outras políticas no Ministério da Saúde, assim como se dava o processo participativo do CNS no momento em que a PNAISH foi construída.

Em relação à análise do cenário Acadêmico, foi possível compreender como esses agentes puderam participar do processo de diferentes maneiras, inclusive por meio de publicações, principalmente, pela Revista Ciência & Saúde Coletiva (2005). Outro aspecto que se tornou evidente nessas entrevistas foi a ideia de conflito e tensão no processo, dirigidos, sobretudo, às Sociedades Médicas.

A partir das entrevistas com as ONGs, foi possível perceber também um conflito existente no processo de construção da política. Além desses aspectos, tanto no cenário Acadêmico quanto no das ONGs, foi possível perceber um destaque de alguns agentes que possibilitaram que essa política acontecesse. Além das ONGs Papai e Promundo, houve a participação de Beto de Jesus, como representante da Associação Brasileira de Associação Brasileira de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (ABGLT) que também nos traz elementos importantes para pensarmos essa ideia de conflito existente no processo de construção da PNAISH.

O cenário relacionado às Sociedades Médicas, nos forneceu elementos importantes para que pudéssemos analisar a origem desse processo, assim como a participação dessas sociedades no processo de construção da PNAISH, sobretudo da SBU. Não se trata de vê-las como um todo uniforme, mas todos os agentes sociais possuem uma trajetória em comum: terem se formado em medicina. A ideia de conflito também se encontra presente ao interpretarmos as entrevistas desses agentes sociais.

Em relação ao cenário Legislativo, este foi composto somente pelo Deputado Jorge Silva³⁷ (Partido Humanista da Solidariedade/ Espírito Santo – PHS/ES). O ex-Deputado Rafael Guerra (Partido da Social Democracia Brasileira/ Minas Gerais – PSDB/MG), que esteve como presidente da Frente Parlamentar de Saúde em 2007 e 2008, quando da realização do III e IV Fóruns de Políticas Públicas e Saúde do Homem, foi contatado diversas vezes, tanto por contato telefônico quanto por e-mail, para conceder entrevista a este estudo, porém sem sucesso para um efetivo agendamento de entrevista. Para compreensão do envolvimento desse cenário na construção da Política Nacional de Saúde do Homem, foram consultados alguns documentos, como as notas taquigráficas do II Fórum de Políticas Públicas em Saúde e Doenças do Homem, realizado em 30 de maio de 2006, e da Audiência Pública, realizada em 07 de agosto de 2008, ambos realizados na Câmara dos Deputados. Essas notas foram disponibilizadas pela Câmara junto aos áudios dos III, IV e V Fóruns de Políticas Públicas e Saúde do Homem que, apesar de não possuírem as notas taquigráficas, foram transcritos e utilizados para a pesquisa. Apesar de termos tido acesso aos áudios e ter realizado a transcrição dos mesmos, esses não estavam completos, devido a corte de falas, e alguns apresentavam repetição das falas. Mas foi possível obter uma ideia, mais ou menos geral, do que foi abordado nos III, IV e V Fóruns, considerando também a programação dos mesmos (ANEXO C – Programação dos Fóruns de Saúde do Homem).

Os documentos referentes aos fóruns possibilitaram maior compreensão de aspectos relacionados: à criação da ATSH no MS; ao envolvimento de deputados federais e médicos urologistas em relação à saúde do homem e a uma política destinada ao público masculino; e à participação política da SBU em defesa da saúde do homem contando com apoio de deputados.

Além desses documentos, outros foram consultados visando complementar as informações obtidas nas entrevistas dos agentes que compõem os demais cenários. Dentre esses destacam-se aqueles que se referem ao cenário do Ministério da Saúde – como notas

³⁷ Graduado em medicina pela Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória/ ES. Especialista em urologia pelo Hospital do Servidor de São Paulo. Atuou como médico urologista e em cargos da gestão municipal – como secretário de saúde, coordenador de Programa de DST/Aids, além de vereador – na sua cidade natal, São Mateus/ES, por um período de dez anos. Em 2006, voltou a disputar cargo político, mas desta vez como Deputado Federal, porém não se elegeu. Em 2008, foi candidato a prefeito de São Mateus/ES, mas também não foi eleito. Em 2010, se elegeu como Deputado Federal, sendo reeleito em 2014. Afirma que sempre exerceu a profissão de médico urologista em seu domicílio eleitoral, mesmo como Deputado Federal, isso somente não ocorreu nos primeiros quatro meses de seu primeiro mandato. Informações obtidas a partir da entrevista realizada em 18 de outubro de 2016.

técnicas, e-mails, memorandos – pertencentes à Área Técnica de Saúde do Homem e, correspondente ao período de 2006 a 2009. Foram lidas também as atas, disponibilizadas no site do Ministério da Saúde, das 190ª e 199ª reuniões do Conselho Nacional de Saúde (CNS) realizadas em 08 e 09 de outubro de 2008 e em 08 e 09 de julho de 2009, respectivamente. Assim, como o arquivo contendo as contribuições para o documento da política quando houve a abertura da Consulta Pública.

O material referente ao MS foi obtido diretamente junto à Coordenação Nacional de Saúde do Homem em junho de 2016. Esse material foi inventariado em duas pastas do *Excel da Microsoft Office* e foram consultados à medida que apareciam algumas lacunas nas entrevistas quanto a datas de eventos realizados pela ATSH, por exemplo. Pelas atas das reuniões do CNS, foi possível ainda compreender alguns trâmites realizados internamente ao MS para a construção da PNAISH, assim como sua apresentação e aprovação no CNS.

Além desses, os artigos referentes ao número temático da Revista Ciência & Saúde Coletiva (2005) que subsidiaram a discussão de participação dos acadêmicos e pesquisadores no processo de construção da PNAISH.

Após analisar todo o material obtido na pesquisa de campo, foi possível construir os capítulos 4 e 5 referentes, respectivamente, ao processo de construção da PNAISH e a participação dos agentes sociais neste processo. Apesar da análise e seleção dos agentes sociais terem sido organizadas, conforme os cenários, a apresentação dos resultados não será separada por eles, apesar de ser mencionada e destacada. Além disso, o material de campo, seja pelas categorias de análise que surgiram ao longo das entrevistas, seja pelas informações obtidas junto aos documentos, permitiram uma compreensão maior sobre os sentidos produzidos pelos entrevistados em relação ao processo de construção da PNAISH e à ideia de participação.

3 CONSENSO OU CONFLITO? CONTRIBUIÇÕES TEÓRICAS SOBRE DEMOCRACIA E PARTICIPAÇÃO

Neste estudo, no intuito de se analisar a participação de agentes sociais no processo de construção da PNAISH, acabamos nos deparando com a necessidade de compreendermos melhor alguns elementos constitutivos da vida social e política. Dentre eles tem-se a ideia de Estado, de política pública, tal como apresentamos no capítulo 2. Outros conceitos como de participação e como esses elementos se interrelacionam ao pensarmos em democracia também são importantes de ser abordados. Afinal, o que são estamos chamando de participação? E de que democracia estamos nos referindo? Como o entendimento desses conceitos de maneira articulada pode nos ajudar a pensar a construção de políticas no Brasil considerando a participação de diversos agentes sociais?

Neste capítulo, algumas escolhas teóricas, que nortearam as análises do material empírico e documental assim como a definição permanente do objeto de estudo, serão abordadas. Dessa forma, apresentaremos alguns conceitos de democracia e qual deles tornou condizente para compreendermos o processo de participação na construção da política. Por fim, iremos apontar qual entendimento de participação estamos tendo quando pensamos no processo de construção da PNAISH. Para essa discussão, nos pautamos em autores como Laclau e Mouffe (2015) e Mouffe (2015); Santos (2002a) e Santos e Avritzer (2002; 2003); e Dean (2016a; 2016b).

3.1 CONTRIBUIÇÕES TEÓRICAS SOBRE DEMOCRACIA

O documento Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem foi lançado oficialmente em 2009 e como referimos na Introdução deste trabalho, há a afirmação que se tratou de “consensos”, a partir dos Seminários organizados pela Área Técnica de Saúde do Homem (ATSH) com os participantes convidados, que exprimiram “um conjunto de ideias democraticamente discutidas e pactuadas entre os representantes dos setores responsáveis pela gestão e execução das ações” (BRASIL, 2009c). Mas como foi possível haver consenso considerando as diferentes posições ocupadas pelos diversos agentes sociais?

Retomando as contribuições de Bourdieu (2004; 2011; 2014), é possível supor que houve uma disputa por uma concepção de saúde do homem, uma vez que os agentes sociais tendem a lutar entre si para garantir uma posição privilegiada (ou de poder) no

espaço social. E sendo o Estado esse ente misterioso, que nos faz crer na neutralidade e no universal, é possível pensar que para os gestores e técnicos da ATSH, ao ocuparem um cargo em um órgão governamental, podem ter incorporado o lugar da tomada de decisão racional acreditando ser possível haver um consenso. Mas é preciso não naturalizar o discurso de consenso, tal como está colocado no documento da política. É fundamental nos questionarmos sobre ele. Afinal que consenso foi esse? Quais as implicações de o aceitarmos como algo dado, naturalizado? O que ele nos diz sobre nosso modo de conduzir políticas de saúde e incluir diversos agentes sociais na construção dessas políticas?

A partir da análise da construção da PNAISH, podemos perceber uma concepção de democracia que se encontra atrelada à ideia de consenso. Dessa forma, para fazermos a discussão sobre democracia, nos pautaremos, principalmente, em autores como Santos (2002a; 2003), Santos e Avritzer (2002; 2003), Laclau e Mouffe (2015) e Mouffe (2015). Esses autores possuem perspectivas distintas para pensar democracia, apesar de se apoiarem em uma base comum. Assim, podemos nos apropriar de suas ideias de maneira a ampliar o debate sobre o tema, especialmente se pensarmos em participação na construção de políticas de saúde no Brasil.

Santos (2002a) propõe discutir democracia a partir de uma perspectiva que rejeita universalismos. Para o autor, há uma relação entre a pretensão de algo se fazer universal e de se tornar hegemônico simultaneamente. Isso significa que o discurso de universal pode ser visto como uma maneira desse algo se firmar como dominante. Dessa forma, o conceito de hegemonia, neste caso, pode ser entendido como: “a capacidade econômica, política, moral e intelectual de estabelecer uma direção dominante na forma de abordagem de uma determinada questão, no caso a questão democrática” (SANTOS; AVRITZER, 2003, p. 38).

Apesar de hegemonia ser reconhecida como dominante, Santos (2002a) acredita que não se trata de ser único. Assim, afirma que para todo processo hegemônico, há um outro que é contra-hegemônico no interior do qual é possível se construir formas políticas, econômicas e morais alternativas (SANTOS, 2002a; 2003).

Como exemplos, o autor parte de duas questões. Uma delas se refere à ciência moderna e a outra se refere à globalização. Ambas podem ser vistas como dotadas de uma pretensão em se fazerem hegemônicas e também universais. Contudo, o autor defende que para cada uma dessas formas hegemônicas, seja da globalização ou de qualquer outra coisa que se pretenda hegemônica, há sempre uma reação (SANTOS, 2003). Essa reação que, ele

denomina como contra-hegemônica, seja de globalização ou da ciência³⁸, age contra a hegemonia e não pode ser apagada. Aqui, daremos uma superficial atenção ao que se relaciona à globalização hegemônica que, depois, irá se relacionar à ideia de democracia hegemônica.

Como ponto de partida, Santos (2002a, p. 16) designa globalização como “conjuntos de relações sociais desiguais, sendo por isso mais correto falar de globalizações que de globalização”. Para o autor, há uma distinção entre globalização hegemônica e contra-hegemônica. A primeira encontra-se relacionada ao capitalismo neoliberal mundial que se impõe de maneira opressora a diversos países, à qual o autor denomina globalização neoliberal. A outra se refere a um tipo de globalização contra-hegemônica e inclui iniciativas locais-globais realizadas por diversos grupos sociais que se caracterizam por resistir a uma forma de opressão e marginalização. Esta última pode ser caracterizada como um:

conjunto de iniciativas, movimentos e organizações que, através de vínculos, redes e alianças locais/globais, lutam contra a globalização neoliberal mobilizados pela aspiração de um mundo melhor, mais justo e pacífico que julgam possível e ao qual sentem ter direito (SANTOS, 2002a, p. 31).

Apesar de se apresentarem como forma de resistência, as formas contra-hegemônicas de globalização não passam ilesas da forma hegemônica, já que essa tende a devorar os processos que resistem a ela. Isso porque em nome de uma globalização hegemônica, há incentivos para que os diversos países adotem uma democracia também hegemônica (SANTOS, 2002a).

Podemos perceber que o autor relaciona democracia à globalização e não a qualquer forma de globalização, mas a que tende a dominar em diferentes países com seus específicos contextos. Assim, para Santos (2002a), a questão democrática não pode ser vista sob um único ângulo. Da mesma forma como ele acredita que exista a ciência hegemônica, a globalização hegemônica, há também o modelo hegemônico de democracia.

³⁸ Em relação à ciência, Santos (2002a) acredita em uma multiplicidade de conhecimentos. Mesmo que defenda que há um, como a ciência moderna, que se apresente como dominante, ele afirma que não há um único conhecimento. Dessa forma, ele acredita que não há conhecimentos completos, puros, universais. Há, para ele, conhecimentos que são alternativos à ciência moderna (SANTOS, 2002a). É interessante mencionar este aspecto, mesmo que não seja o centro da discussão da presente pesquisa, apenas para destacar que o “alternativo”, para o autor, se relaciona à uma ideia de resistência a formas de dominação que acontecem em diversos âmbitos, seja no econômico, no social ou na ciência.

Este segue, conforme o modelo da globalização hegemônica, caracterizando-se como uma democracia neoliberal que se baseia no sistema de representação de governos. Para Santos e Avritzer (2002), esse sistema é de baixa intensidade, pois geralmente os representantes e representados encontram-se distantes entre si. Os autores acreditam que a ideia de democracia associada ao consenso de procedimentos eleitorais para formação de governos não é algo que surgiu recentemente, sendo um debate que perpassou grande parte do século XX (SANTOS; AVRITZER, 2002).

A concepção hegemônica de democracia parte de três questões consideradas como inerentes à consolidação da democracia representativa como hegemônica no período do pós-guerra. Em primeiro lugar, há uma ideia de procedimentalismo, em que democracia se relaciona a regras para formação de governos representativos³⁹. Em segundo lugar, a ideia de que há uma indispensabilidade da burocracia, algo relacionado à ideia de que formas complexas de administração estatal exigiram a formação de uma burocracia especializada, sendo difícil que um cidadão comum possa assumir o governo. Se a sociedade se especializa é difícil que o cidadão comum venha fazer parte do governo, isso porque democracia e tecnocracia são antitéticas. E por fim, o terceiro elemento se refere à ideia de representação como uma resposta à questão da grande escala. Trata-se de uma ideia de justificar a necessidade de representação devido ao tamanho de uma unidade democrática (SANTOS; AVRITZER, 2002). Essa ideia se assenta em dois pilares: consenso, como uma forma de autorização e; assembleia, como uma miniatura de representação do eleitorado. Os autores questionam, no entanto, esse último pilar, já que a concepção hegemônica de democracia ao abordar a questão da representatividade ligada a escalas, não inclui outras dimensões que são tão importantes quanto essa para se pensar um processo democrático, quais sejam: identidade ou representação de múltiplas identidades.

A teoria democrática hegemônica se depara, então, com o limite que se refere a “dificuldade de representar agendas e identidades específicas” (SANTOS; AVRITZER, 2002, p.50). Se nos determos no segundo aspecto apontado acima, podemos pensar que o distanciamento entre cidadãos e governo é uma forma de limite à ideia de participação. É neste ponto que os autores irão contrapor a ideia de democracia participativa, como uma forma de resistência ao modelo hegemônico de democracia. A democracia participativa tem, cada vez mais assumido uma nova dinâmica, já que tem sido protagonizada por

³⁹ Não entraremos em detalhes e nem é nossa intenção em fazer uma retomada sobre aspectos relacionados à origem da democracia hegemônica. É interessante apenas ter em mente esse aspecto e entender como esses elementos também subsidiaram a democracia hegemônica. Para maior aprofundamento, ver Santos (2002a).

comunidades e grupos sociais marginalizados e subalternos. Uma democracia que pode ser vista como de alta intensidade.

Essa forma de democracia contra-hegemônica surge em diversos países semiperiféricos ou de desenvolvimento intermediário⁴⁰ como forma de resistir à democracia hegemônica e se baseia em uma criação de uma nova gramática (SANTOS; AVRITZER, 2002). Criar uma nova gramática e uma nova institucionalidade de democracia, segundo os autores, são possíveis alternativas para que se possa resistir à democracia hegemônica. Dessa forma, quando, no processo de deliberação e de discussão, a pluralidade dos atores é considerada há uma “ruptura positiva”, algo que significa abordar os elementos culturais da sociedade. Os autores acreditam que o lugar dos movimentos sociais em diversos países é um fator importante para a construção de uma nova gramática.

Ainda para os autores, os países do Sul reinventaram a democracia participativa com suas experiências de democratização, tendo havido um processo de redefinição do significado cultural de democracia já que passaram por uma tentativa de disputar o significado de práticas políticas incorporando novos atores e novos temas. Apesar das diferenças entre os países estudados por Santos (2002a), os autores afirmam que há algo que os une, já que são atores que além de questionarem uma identidade atribuída externamente por um Estado autoritário ou colonial, implantaram experiências de participação. Algo que faz parte de uma concepção contra-hegemônica de democracia que traz consigo um ideal participativo e inclusivo como parte do processo democrático.

O que chama atenção é que os autores não se contentam em pensar democracia como constituição de governos sendo incluída a ideia de participação. Porém, enquanto para Santos e Avitzer (2002) participação encontra relacionada a processos deliberativos, para outros autores, como Faria, Silva e Lins (2012), participação e processos deliberativos são elementos que podem fazer parte de um mesmo sistema, mas com características distintas, por isso eles podem ser vistos de maneira separada no processo de decisão. O que devemos reter para este estudo é que deliberação, seja pensada de forma articulada à participação ou não, implica em pensar em debates racionais que contam com o assentimento dos envolvidos no processo de decisão, algo que sugere a formação de consensos. Santos e Avritzer (2002) apontam como exemplo a exitosa experiência de Porto

⁴⁰ Santos (2002a, p. 19) acredita que as hierarquias entre países e regiões se expressam de duas formas: na dicotomia global-local e na “tricotomia” centro, semiperiferia e periferia. Seu estudo se pauta nas experiências de países da semiperiferia como Brasil e Colômbia na América Latina; Índia na Ásia; África do Sul na África; e Portugal na Europa.

Alegre com o Orçamento Participativo (OP). Devemos nos lembrar, no entanto, que essa é apenas mais uma forma de participação, dentre tantas outras.

É interessante perceber como a experiência de democracia participativa no Brasil tem sido reconhecida dentro e fora do país. Outros autores europeus, para além de Santos (2002b), também mencionam em seus estudos o Brasil como um exemplo de democracia participativa. Dean (2016) segue a mesma linha de pensamento de Santos (2002a; 2002b) ao mencionar a experiência de Porto Alegre com o Orçamento Participativo⁴¹.

Embora Santos (2002a) defenda a ideia de democracia participativa e questione a representação por não ser capaz de representar algumas identidades específicas, ele não coloca em suspenso a ideia de consenso no processo deliberativo. Além disso, quando assume essa posição, é possível ver que o autor não abre mão do procedimentalismo e chega a afirmar uma conexão possível entre este e participação.

Por mais que Santos (2002a) ao se referir à democracia participativa de uma forma abrangente não tenha intenção de torná-la universal, é possível extrapolarmos o seu uso e pensarmos em participação na construção de políticas de saúde. Afinal, as políticas de saúde também fazem parte do âmbito social, sendo importante pensarmos saúde associada a aspectos socioculturais, por exemplo.

Diante disso, apesar da discussão sobre participação pública e processo de definição de prioridades na área da saúde não ser algo muito usual, Weale (2016) afirma que ela tem acontecido se pautando, sobretudo, na teoria política. Além desses estudos, tomadores de decisão também têm se referenciado na teoria política como forma de subsidiar suas decisões. No entanto, Weale (2016) menciona que a ideia de participação nesses casos têm se restringido à deliberação.

Há diversas formas para se compreender deliberação e a partir de diversos autores. No entanto, Habermas é tido como um dos “principais expoentes da agenda deliberativa” (FARIA, 2010, p. 102) que tem por princípio a comunicação e argumentação como possíveis meios de se buscar o consenso para resolução de problemas sociais (SANTOS; AVRITZER, 2002; WEALE, 2016). De acordo com Weale (2016), Habermas é o teórico que afirma que legitimidade de políticas e decisões públicas precisam incorporar normas que justificam que um processo decisório deve envolver ação pública com base na razão. Em outras palavras, isso quer dizer que normas são aprovadas por aqueles que são afetados

⁴¹ O reconhecimento do OP realizado em algumas cidades brasileiras reflete experiências consideradas exitosas, em um período da história recente do Brasil, e que demonstram tentativas de outros formatos democráticos. No entanto, elas não expressam outras experiências também exitosas da política brasileira.

por tais normas, sendo o consenso a base sobre a qual a política pública pode ser feita legitimamente.

Para Faria (2010), as deliberações advêm de acordos racionalmente motivados, podendo ser concluídas levando em consideração a decisão da maioria. Segundo Weale (2016), o consenso pode ser visto como uma alternativa para gestores e formuladores de política quando não há respostas simples para uma série de perguntas difíceis, as quais, geralmente, exigem um posicionamento. Dessa forma, o consenso se torna uma forma atrativa para atuação pública, sendo também uma forma de legitimar decisões. Diante disso, não é difícil perceber porque formuladores de política são atraídos por essa forma de entender democracia, principalmente no conjunto de prioridades na atenção à saúde (WEALE, 2016). E disso também podemos compreender porque participação tem se relacionado à ideia de deliberação. Talvez porque haja uma ideia de que seguindo os passos da teoria deliberativa, seja possível se garantir um consenso de decisões por parte daqueles que participam.

Ao invés de tomar a teoria deliberativa como algo universal, seus conceitos e categorias podem ser vistos como um caminho de se caracterizar formas de participação específicas em diferentes práticas políticas (WEALE, 2016). Isso significa que democracia deliberativa não pode ser considerada como a única dimensão teórica de participação pública possível e que os padrões de participação são variáveis e podem exibir diferentes estilos e formas.

Se nos atermos ao questionamento que conduziu a esta pesquisa, podemos pensar que a ideia de democracia que perpassa o documento da PNAISH é de uma democracia deliberativa. Isso porque há a afirmação de que a PNAISH é fruto de debates entre diversos agentes sociais em que foi possível se traçar consensos, a partir de um “um conjunto de idéias democraticamente discutidas e pactuadas”, pelos técnicos e gestores da Área Técnica de Saúde do Homem.

Porém, pensar em processo de decisão considerando apenas o consenso é também uma forma de apagar os conflitos (LACLAU; MOUFFE, 2015; WEALE, 2016). A tese defendida, aqui, é de que por trás do discurso oficial de que houve consenso para a construção da PNAISH, houve conflitos entre os agentes sociais envolvidos no processo. Dessa forma, tornou-se importante recorrer a autores para que pudéssemos compreender que democracia também pode ser vista como conflito.

Autores como Laclau e Mouffe (2015) e Mouffe (2015) discutem a ideia de democracia como conflito. Esses autores partem do pressuposto de que a sociedade é

composta por uma pluralidade de identidades coletivas que, em determinados momentos, podem se tornar relações antagônicas. O conflito surge a partir dessas relações antagônicas, já que vivemos em uma sociedade multipolar.

Há uma ideia de que, após a Segunda Guerra Mundial, novas relações de subordinação entre agentes sociais foram criadas e se tornaram também uma forma de resistência, propiciando a expansão da “conflitividade social” e de “novos sujeitos políticos” (LACLAU; MOUFFE, 2015, p.248). Os autores partem de uma perspectiva pós-marxista que é evidenciada quando afirmam que: enquanto o marxismo possui uma relutância em ver a pluralidade do social, eles preferem pensar na sua existência, algo que deve ser visto para além de uma divisão artificial da lógica capitalista.

Esses elementos, tais como conflitos e novos sujeitos políticos, permite-nos pensar que a sociedade não é formada por uma polaridade entre, por exemplo, Estado e sociedade, ou entre trabalhador e proprietário dos meios de produção. Pelo contrário, Laclau e Mouffe (2015) se recusam em analisar a ideia dos novos movimentos sociais como agrupados a uma categoria relacionada à luta de classe. Para eles, é importante pensar no papel que os diversos movimentos sociais desempenham “na articulação da rápida difusão da conflitualidade social para relações mais e mais numerosas, que é característica hoje das sociedades industriais avançadas” e que lutam por questões que não se relacionam necessariamente às relações de produção (LACLAU; MOUFFE, 2015, p. 243). Dessa forma, os autores acreditam que a sociedade é formada por uma pluralidade na qual é possível haver antagonismos. A partir disso, torna-se fundamental compreender essa pluralidade como possibilidades de conflitos no terreno da própria democracia.

Porém, essa compreensão de relações antagônicas nem sempre é/foi reconhecida. Pelo contrário, há uma negação de sua existência. Mouffe (2015) acredita que, geralmente, os antagonismos são negados pela perspectiva consensual, já que esta nos faz acreditar que existe a possibilidade de um diálogo e, a partir deste, uma deliberação sobre assuntos correlatos ao bem comum. Essa concepção tende a se sobrepor à ideia de conflito e se sustenta pela ideia de que é possível, a partir do consenso, tomar-se uma decisão. Mouffe (2015) discorda dessa ideia, pois acredita que existe uma dimensão afetiva que faz com que os agentes se identifiquem a determinados grupos e não a outros e isso permite que os projetos se configurem de maneira diferente. Ou seja, a autora acredita que não é possível uma escolha real entre os agentes sociais, na qual os participantes estejam com capacidade de escolher entre alternativas diferenciadas a partir de uma racionalidade ou de um consenso.

Quando menciona a negação do antagonismo, Mouffe (2015) pretende colocar em evidência o liberalismo como um discurso filosófico que propaga essa negação. Isso ocorre, segundo a autora, porque acredita-se, geralmente, que vivemos em um mundo repleto de indivíduos que possuem valores e pontos de vista distintos de modo a ser necessário reuni-los em um conjunto harmonioso e não conflitante. Essa forma de pensar, para Mouffe (2015), é uma forma de negar as identidades coletivas.

Então, ao invés da abordagem consensual levar a uma reconciliação da sociedade, há, pelo contrário, o surgimento de antagonismos em outro sentido, como de inimigos que tendem a questionar a ordem vigente (MOUFFE, 2015). Dessa forma, é necessário, para a autora, considerarmos tais aspectos se quisermos compreender a política democrática.

Apesar de não considerarem a ideia de luta de classes, Laclau e Mouffe (2015) e Mouffe (2015) reconhecem as relações de poder existente entre os agentes sociais. Assim, para os autores, a relação de antagonismo pressupõe uma diferenciação entre identidades. Ou seja, é preciso que o “nós” e “eles” se reconheçam como diferentes (MOUFFE, 2015). A partir dessa ideia, os autores irão propor que pensemos que estamos diante de uma sociedade plural em que os agentes sociais se identificam coletivamente a diversos grupos ou partidos⁴². Diante disso, é possível afirmar que a sociedade é composta por diferentes coletividades e que essas, ao se diferenciarem umas das outras, podem estabelecer uma relação de poder.

Conforme Mouffe (2015, p. 14),

a criação de uma identidade implica o estabelecimento de uma diferença, diferença essa que muitas vezes se constrói com base numa hierarquia: por exemplo, entre forma e conteúdo, preto e branco, homem e mulher, etc.

Isso significa que identidades podem ser vistas como relacionais e afirmar uma diferença entre elas, é algo fundamental para reconhecê-las. Assim, pensar em um “nós” implica na existência de um “eles”, sendo esse nós/eles pode ser tanto a afirmação de uma identidade, quanto a demarcação de uma diferença. Contudo, a diferença por si só não implica em uma relação antagônica, pois para o surgimento do antagonismo, é necessário

⁴² Mouffe (2015) explicitamente afirma que está pensando em “partidos”, palavra que ela põe entre aspas. Neste estudo, iremos considerar esses “partidos” como campos ou mesmo como grupos distintos que existem em nossa sociedade. Para ela, a política sempre teve uma dimensão “partidária” (MOUFFE, 2015, p.27), sendo que as pessoas necessitam de se identificar a partidos para que tenham condições de ter alternativas reais. Ou seja, não se pode retirar da democracia a sua dimensão constituinte que é “adversarial” (MOUFFE, 2015, p. 28).

que um dos agentes sociais pertencentes ou ao “nós” ou ao “eles” questione a identidade do outro e que, a partir deste questionamento, haja uma ameaça premente de sua existência (LACLAU; MOUFFE, 2015; MOUFFE, 2015). Dessa forma, podemos pensar que a formação de identidades políticas, por haver uma distinção, pode sempre estar apta a se tornar um espaço de antagonismo.

Como as diferenças não implicam em uma relação antagônica de maneira automática, sendo necessário o reconhecimento da diferença ou subordinação, em determinados momentos, esse questionamento pode partir de uma “equivalência” que pode ser entendida como uma forma de deslocamento de lógicas internas de grupos para um espaço em que seja possível se agrupar, mas sem, contudo, se tornar um grupo de agentes unificado (LACLAU; MOUFFE, 2015). Dito de outra forma, equivalência pode ser entendida considerando que, a partir da pluralidade de identidades, é possível que, nos momentos em que haja antagonismo, os diferentes agentes sociais possam entrar em equivalência e suas identidades passam não ser mais o ponto central em questão, mas sim o próprio antagonismo. Consequentemente, a equivalência permite que as identidades dos agentes se modifiquem em função do antagonismo.

Para Mouffe (2015), é necessário ir além do antagonismo e pensarmos nas relações diferenciais e relacionais como adversárias. A autora defende que esta seria uma forma de neutralizar o antagonismo potencial. Então, a política e as instituições democráticas não excluiriam a relação “nós/eles”, mas criariam uma espécie de relação de antagonismo “domesticada” (MOUFFE, 2015, p.18, grifo da autora). Isso, para a autora, é possível desde que as partes em conflito se reconheçam mutuamente, não como inimigas, mas sim como adversários legítimos.

A partir da ideia de adversários, Mouffe (2015) introduz o conceito de agonismo que pode ser entendido como: “uma relação nós/eles em que as partes conflitantes, embora reconhecendo que não existe nenhuma solução racional para o conflito, ainda assim reconhecem a legitimidade de seus oponentes” (MOUFFE, 2015, p.19).

Trata-se, então, de adversários e não de inimigos que pertencem a grupos antagônicos distintos. Esses adversários, por sua vez, pertencem a um mesmo “ente político” (MOUFFE, 2015, p.19), que pode ser entendido como um espaço simbólico onde o conflito acontece e onde é possível reconhecer aqueles que são distintos do grupo ao qual o “nós” ou “eles” pertencem. Mouffe (2015) acredita que a tarefa da democracia é manter sob controle ou transformar o antagonismo (este que se vê como um inimigo que deve ser erradicado) em agonismo. Isso seria o mesmo que dizer que é preciso haver o

reconhecimento das partes adversárias entre si, que pode ocorrer por meio de canais políticos onde as vozes discordantes possam se manifestar. Essa seria uma forma de dar legitimidade às diferentes identidades com seus respectivos projetos políticos.

Para Mouffe (2015), então, há dois caminhos possíveis. Em um deles, os antagonismos se revelam como consequência de sua negação. E no outro, eles não apareceriam, pois são, a priori, reconhecidos como legítimos. Isso seria o mesmo que dizer que o reconhecimento do “nós” e do “eles” é uma forma de reduzir a probabilidade de que conflitos antagonísticos surjam.

Assim, pensar em agonismo, é reconhecer que conflitos podem ser vistos como legítimos, já que na sociedade há diferentes pluralidades. E permitir que essas identidades se expressem é uma forma de permitir uma organização que evita que antagonismos expressos de formas violentas, por exemplo, se manifestem. A ideia de adversário implica também em relações de poder que podem ser transformadas de alguma forma. No entanto, não se trata de uma competição, em um terreno neutro, onde se compete pela posição hegemônica. O que está em jogo, a partir de uma concepção agonística, “é a própria configuração das relações de poder em torno das quais a sociedade está estruturada: é um conflito de projetos hegemônicos opostos que jamais pode ser acomodado racionalmente” (MOUFFE, 2015, p.20).

A ideia de conflito que pode ser “acomodado racionalmente”, advém da negação de antagonismos, ou seja, da crença no consenso. Por outro lado, o conflito por projetos hegemônicos advém da ideia de que hegemonia não se refere necessariamente a uma situação definitiva. Isso significa dizer que “toda ordem é a articulação temporária e precária de práticas contingentes” (MOUFFE, 2015, p. 17). Assim, pensar em hegemonia, para a autora, é associá-la à exclusão de possibilidades que foram reprimidas, sendo possível também pensar que para cada ordem hegemônica, é possível haver outras que são anti-hegemônicas. Estas, na visão de Mouffe (2015), têm potencial para desarticular a ordem hegemônica, pois o hegemônico, sendo mutável, é possível, pela luta, redefini-lo.

Esse processo de redefinição do hegemônico pode ser realizado dentro de um contexto de instituições democráticas liberais, pois não devemos rejeitar totalmente o modelo democrático liberal, já que “a luta agonística deve produzir novos significados e novos campos de aplicação para que se possa radicalizar o conceito de democracia” (MOUFFE, 2015, p.32). Essa é uma das formas de se questionar as relações de poder existentes de forma a introduzir um novo discurso e novas instituições de forma a reforçar que esse contexto nunca é neutro.

Dessa forma, a autora acredita que por uma perspectiva agonística, é possível considerar os conflitos como parte da política democrática. Em outras palavras, o agonismo permite reconhecer que há na sociedade uma ambivalência constitutiva que leva ao conflito, já que vivemos em uma sociedade plural.

Como a ideia do agonismo está relacionada à legitimidade, reconhecimento, isso significa que não só os conflitos devem ser tidos como legítimos, mas também os adversários que se encontram no jogo político (MOUFFE, 2015). Dessa forma, se os adversários são reconhecidos mutuamente e o conflito passa a ser percebido como parte do contexto político, isso resulta no surgimento de antagonismos “domesticados”, já que os agentes sociais pertencentes a diferentes identidades coletivas são reconhecidos como legítimos na e pela sociedade. O que seria o mesmo que dizer que se trata de organizar a coexistência humana no contexto conflituoso (MOUFFE, 2015).

Diante disso, reconhecer a ideia de conflito “longe de solapar o projeto democrático, é a condição necessária para compreender o desafio do qual a política democrática se encontra” (MOUFFE, 2015, p. 04).

Se tomarmos as contribuições dos autores acima para a presente pesquisa, podemos compreender algumas questões relacionadas ao processo de construção da PNAISH, bem como a participação dos diversos agentes sociais. É possível tomarmos as diferentes perspectivas como complementares para nos ajudar a compreender o complexo processo de construção de uma política de saúde. Há algo em comum entre os autores mencionados neste estudo, Laclau e Mouffe (2015) e Mouffe (2015) trazem a ideia de que existem diversos agentes sociais que, por sua vez, possuem interesses distintos. Esses agentes podem formar uma pluralidade social que os faz ocupar (ou não) campos, nas palavras de Bourdieu (2004; 2011), ou espaços políticos distintos.

Podemos pensar que os agentes sociais, tais como os que estão sendo aqui considerados – como médicos de diferentes especialidades, técnicos e gestores do Ministério da Saúde, pesquisadores, ativista social, ONGs – fazem parte de uma sociedade plural que os fazem se identificar a determinados campos, com seus respectivos capitais específicos. Além disso, esses agentes sociais estão em posições diferenciais no espaço social, implicando, em determinados momentos, em condição de subordinação. Porém, essa condição não implica em, necessariamente, um antagonismo entre esses agentes sociais subordinados uns aos outros. Isso permite que tenham posições políticas e ideológicas distintas e, aí neste caso, podemos pensar no conflito como uma possibilidade na disputa por diferentes projetos hegemônicos. Ademais, quando mencionamos

hegemonia, neste estudo, estamos pensando nas posições diferenciadas que os agentes sociais ocupam no espaço social ou no campo ao qual fazem parte e que em determinados momentos, há uma ordem dominante que prevalece e tende a propiciar relações de subordinação. Isso significa que determinados projetos, seja de democracia ou de sociedade, podem se tornar, mesmo que transitoriamente ou não, uma ordem que tende a se sobrepor às demais ordens, podendo apagar identidades.

Tais projetos nem sempre serão representados, sendo excluídos seja no consenso, seja na representação, seja no conflito. Mas pela ideia de conflito aqui defendida, pensando-o como parte de uma democracia, acreditamos que mesmo na disputa, um projeto se torne hegemônico, há agentes que estão ali atuando de maneira contra-hegemônica e faz-se necessário reconhecê-los. Isso justifica o porquê de considerarmos as diferentes vozes dos agentes sociais que atuaram na construção da PNAISH. Aqui, importa menos quem se tornou hegemônico, e mais o que os diferentes grupos estavam defendendo e como o fizeram.

Neste ponto, podemos dizer que nos aproximamos das ideias trazidas por Santos (2002a) e Mouffe (2015) ao apontarem que para cada projeto hegemônico, seja de democracia ou de ciência, há outros projetos contra-hegemônicos. E essa ideia se articula com as contribuições de Mouffe (2015) já que ela afirma que, no agonismo, é possível reconhecer as partes conflitantes. É nisso que estamos apostando e que iremos buscar no âmbito desse estudo.

3.2 CONTRIBUIÇÕES TEÓRICAS SOBRE PARTICIPAÇÃO NA CONSTRUÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

Na construção do objeto de pesquisa, em diversos momentos me deparei com o impasse sobre como articular participação à construção de políticas de saúde, ou mesmo a quem recorrer para compreender a “participação” na construção da PNAISH. Isso porque participação tende a nos remeter à ideia de conselhos municipais e estaduais de saúde, que por sua vez, culminam em Conferências municipais, estaduais ou federal de saúde; além dessa associação, participação pode sugerir envolvimento de movimentos sociais na proposição de agendas no Ministério da Saúde ou via Departamento de Gestão Estratégica

e Participativa⁴³, por exemplo. Porém, a PNAISH não partiu de nenhuma dessas vias. Será que por isso devemos considerá-la como um processo que não contou com a participação dos diversos agentes sociais?

Acredito que responder afirmativamente a essa questão seria, talvez, uma forma de simplificar processos que são complexos. Como veremos, no capítulo 5, os diversos agentes sociais foram convidados pelos gestores da ATSH e ofereceram suas ideias e sugestões para que a PNAISH pudesse ser construída. E mais, muitos se veem ali no documento. Então, não seria o caso de pensar em uma outra forma de participação?

Diante disso, recorrer a leituras que extrapolassem a interpretação de participação como relacionada a conselhos ou movimentos sociais foi um longo percurso e muito desafiador⁴⁴.

Foi possível encontrar na literatura ideias relacionadas a tipologias de participação pública, tal como formulado por Dean (2016a), que nos permitiram entender que é possível considerar um processo participativo a partir de determinados elementos que, por sua vez, também foram percebidos no processo de construção da PNAISH. Dean (2016a), ao se referir à participação, está pensando-a como um conceito polissêmico e aberto. Isso significa que por mais que se proponha em pensá-la a partir de tipologias, ele acredita que essas não devam engessar nossa forma de analisar participação, já que tipologias, geralmente, tendem a ser normativas. O autor afirma que as tipologias sugerem apenas um caminho, dentre tantos outros possíveis, e, assim, podem nos ajudar a pensar sobre o tema.

O autor em seu trabalho está se referindo à *public participation* e sua proposição foi inspirada em outras tipologias, como a de classificação de modos da administração pública e na taxonomia sobre cidadania. Participação pública, para ele, possui uma relação com envolvimento do público na tomada de decisão ou mesmo em formulação de políticas e parte de um olhar específico que é o Reino Unido. Porém, nada nos impede de extrapolarmos esse contexto e pensarmos como, de alguma forma, podemos nos apropriar

⁴³ Especialmente através das entrevistas concedidas para este estudo, tanto por Simione Silva quanto por Maria do Socorro Souza, esse aspecto pôde ser evidenciado como algo marcante no período em que a PNAISH estava sendo discutida.

⁴⁴ Pensar em participação na construção de políticas de saúde é algo que me acompanha ao longo de minha trajetória acadêmica e profissional e desde o início do processo de construção desta pesquisa. E como esta teve como parte de seus objetivos “compreender o processo de participação e sua relação com a ideia de democracia e legitimidade de política”, buscar o entendimento desses conceitos a partir de outra realidade foi algo que se impôs como fundamental ao processo da pesquisa. O percurso desafiador que estou me referindo, aqui, está relacionado com a experiência de ter realizado parte do doutorado em Londres, Reino Unido no período de maio a setembro de 2017.

de um modo de participar que é comum a diversos contextos e circunstâncias.

De maneira resumida, o autor afirma que há quatro possibilidades de pensarmos participação e que estão relacionadas a duas dimensões: *sociabilidade* e *negociação* (Figura 3.1). O eixo horizontal se refere à dimensão da sociabilidade, este eixo compreende participação como *agonística* ou *solidária*. Participação agonística diz respeito a conflitos entre participantes que defendem seus próprios interesses e valores contra outros indivíduos ou grupos. Por outro lado, na participação solidária, ainda no eixo horizontal, os participantes se veem como membros interdependentes de coletivos e se voltam a um interesse em comum. Essa dimensão leva em consideração que pode haver um conflito ou uma cooperação no espaço em que acontecem as práticas participativas. E considerar ambos os aspectos é valorizar as diferentes formas de participação, não reduzindo-a somente a algo que perpassa uma cooperação sem levar em conta os conflitos que também podem ocorrer.

De maneira complementar ao eixo horizontal da Figura 3.1, há o eixo vertical em que se expressa a dimensão da *negociação*, que compreende participação como *prescrita* ou *negociada*. No caso do espaço participativo prescrito, quem participa e sobre o que participa é algo definido em um espaço externo e imposto aos participantes. Ou seja, os organizadores são os responsáveis por definir o objeto da participação, assim como os participantes que se envolverão no processo de tomada de decisão. Nos espaços em que a participação é negociada, os participantes são tidos como parte do processo, logo, eles têm determinada autonomia para negociarem quem irá participar, os objetivos da participação e as regras entre os participantes. Neste caso, a participação acontece de maneira horizontal, diferente da prescrição em que as relações de poder se expressam verticalmente.

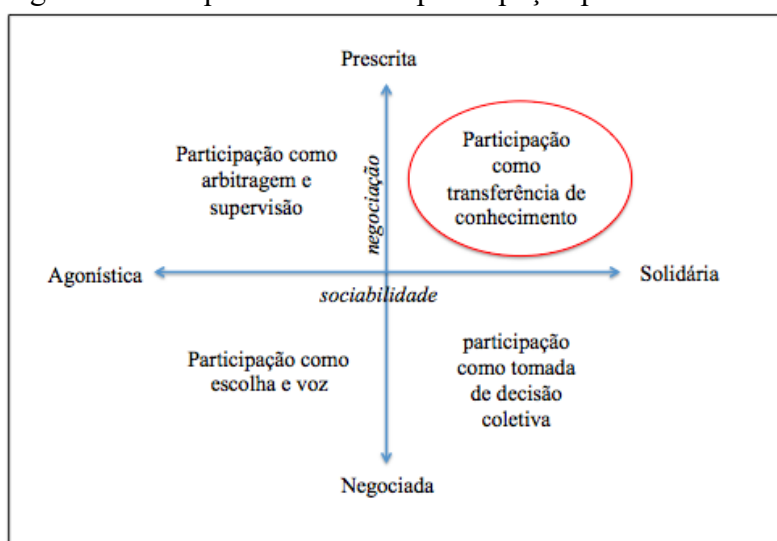
Tanto *sociabilidade* quanto *negociação* são dimensões importantes para pensarmos participação nas decisões políticas e essas aparecem, de alguma forma, nas teorias sobre democracia e de administração pública, influenciando os rumos da participação em diferentes espaços em que ela acontece (DEAN, 2016a). Assim, a tipologia de participação compreende quatro modos que foram construídos considerando essas dimensões com suas diferentes formas de participação que também se relacionam entre si (Figura 3.1). Os quatro modos são denominados pelo autor como: participação como transferência de conhecimento, participação como tomada de decisão coletiva, participação como escolha e

voz, participação como arbitragem e supervisão (DEAN, 2016a, tradução nossa)⁴⁵.

Fazendo a leitura da Figura 3.1 no sentido horário, nos deparamos com o modo de participação como transferência de conhecimento (situado no quadrante superior direito) que compreende formas de participação prescrita e solidária. Ou seja, os participantes são convidados a participarem do processo de decisão e trabalham com vistas a alcançarem um objetivo em comum, demonstrando haver uma solidariedade no processo. Seguindo à leitura da Figura 3.1, nos deparamos com o modo de tomada de decisão coletiva (situado no quadrante inferior direito), em que há uma participação negociada, onde os participantes têm autonomia para definirem quem participa e quem lidera o processo, além da construção da agenda ser também aberta à negociação. É possível perceber um mútuo respeito entre os envolvidos no espaço da participação, sendo os objetivos compartilhados entre eles como uma forma de solidariedade no processo. Ao lado deste modo, segue-se o modo de participação definido como escolha e voz (situado no quadrante inferior esquerdo), em que é possível perceber que a participação é negociada, assim como no modo anterior, mas ela ocorre entre os indivíduos e as instituições. Neste modo, há também o elemento agonístico em que os indivíduos se veem como independentes e possuem suas preferências conforme suas identidades, ou seja, não se percebe a busca por alcançar os mesmos objetivos como nos dois modos anteriores. E por fim, o modo participação como arbitragem e supervisão (situado no quadrante superior esquerdo), em que os participantes e a agenda são controlados fora do espaço de participação e há um elemento adversarial presente entre os participantes e outros grupos ou instituições, que estão em defesa de seus próprios interesses.

⁴⁵ Trecho original: *participation as knowledge transfer, participation as collective decision-making, participation as choice and voice, participation as arbitration and oversight.*

Figura 3.1: Os quatro modos de participação pública em decisão política.



Fonte: Dean, 2016a, p. 04, tradução nossa.

Aqui, iremos nos deter a ideia de participação como *transferência de conhecimento* ou *knowledge transfer*, pois esse modo de participação se aproxima do caso aqui estudado. Participação entendida como transferência de conhecimento, conforme Dean (2016a; 2016b) parte do princípio de que há aqueles que decidem sobre o processo e aqueles que participam como convidados, havendo uma distinção entre quem governa e quem é governado. Neste tipo de participação, é possível perceber que a transferência de conhecimento acontece pela consulta a um público ou a especialistas como forma de se conhecer as necessidades, preferências e valores das pessoas, obtendo, assim, maior efetividade nas tomadas de decisão. Não se trata de um direito à participação, mas sim de uma possibilidade de melhorar resultados (DEAN, 2016a). Dessa forma, o foco não é na participação em si, mas nos possíveis resultados positivos, advindos da participação, para uma política em questão.

Em relação aos definidores do processo, há aqueles que se posicionam como líderes que definem o que será do interesse geral, decidindo também o processo de construção de agenda que, neste tipo de participação, não se dá de forma coletiva. Além disso, há uma decisão prévia para se pensar sobre a necessidade ou não da presença de especialistas como uma forma de transferência de conhecimento. Dessa forma, a agenda é previamente esboçada sem contar com a participação dos convidados e os formuladores de política decidem quem vai participar e de que forma, como uma prescrição.

Há uma ideia de que os especialistas em determinados assuntos serão convidados pensando no interesse comum da população, assim como em sua pluralidade, considerando

suas necessidades e valores. Dessa forma, a participação desses especialistas faz-se necessária para que diversos assuntos possam ser abordados, já que a vida da elite burocrática não caminha como a de um cidadão comum, sendo preciso ter elementos mais próximos da população, visando alcançar um interesse geral (DEAN, 2016a). Ou seja, parte-se do princípio de que há especialistas que atuam como porta vozes da população. No entanto, a participação é limitada, já que cabe à elite política e burocrática o julgamento racional do que é apresentado pelos especialistas.

Apesar dos participantes terem, geralmente, pouco controle sobre o espaço destinado à participação, eles tendem a se ver como interdependentes. Assim, é possível haver uma solidariedade no processo. A ideia relacionada ao aspecto solidário diz respeito à parceria estabelecida entre especialistas e tomadores de decisão. E no caso do posicionamento dos especialistas, não se trata de dizer o que é melhor, pois os formuladores ou a elite burocrática irão julgar racionalmente o que deverá ser realizado. Ou seja, não se trata de dizer o que deverá ser feito, pois os participantes são apenas fontes de informação para tomadores de decisão. Neste modo de conceber a participação, os convidados tendem a ser induzidos a ver uns aos outros como parceiros, sendo desencorajada a estratégia de barganha e jogo (DEAN, 2016a).

Essa forma de definir participação nos trouxe elementos importantes para a análise do processo de construção da PNAISH, conforme buscaremos mostrar nos próximos capítulos.

4 PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DO HOMEM

Neste capítulo, iremos abordar o processo de construção da Política Nacional de Saúde do Homem pensada de uma maneira mais ampla, ou seja, não restrita somente ao processo de elaboração do documento da política.

Estamos considerando que analisar política é ir além de sua trajetória específica, pensando-a também situada em um contexto geral, conforme afirmam Baptista e Mattos (2015). Diante disso, e em primeiro lugar, iremos caracterizar, mesmo que de maneira breve, o cenário governamental brasileiro no período em que a Política Nacional de Saúde do Homem foi anunciada.

Em seguida, iremos descrever como foi o percurso de construção da política no Ministério da Saúde (MS). Para isso, iremos considerar como a Área Técnica de Saúde do Homem (ATSH) foi constituída no MS, assim como as escolhas realizadas para a construção do documento PNAISH. Em relação à constituição da Área Técnica, partiremos da ideia, conforme nos sugerem Baptista e Mattos (2015), de que há diferentes formas de se construir políticas públicas, não se reduzindo a um modo universal e único. Isso significa que, em cada Estado, as políticas são construídas conforme sua trajetória, sua expressão cultural e a prática de sua sociedade. Passaremos, então, para a trajetória de construção do documento da política, que envolveu também a presença de alguns agentes, desde este momento, e que deram um rumo para a construção da PNAISH.

Por fim, iremos explorar como surge a ideia de uma política de saúde do homem no Brasil. Neste item, daremos destaque tanto como esse tema entra como pauta para a construção de uma política, quanto enfatizaremos a presença de diversos agentes sociais que se envolveram no seu processo decisório. A análise realizada neste tópico foi possível, pois estamos pensando política, conforme definido por Ball, Bowe e Gold (1992) e Ball (1994), a partir de diferentes contextos e também considerando que diferentes agentes atuam nos diversos cenários que compõem esses contextos para a entrada de um tema na “agenda governamental”.

4.1 CENÁRIO GOVERNAMENTAL NO PERÍODO DE CONSTRUÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DO HOMEM

Como relacionado ao cenário governamental, este pode ser visto tanto no âmbito do

Ministério da Saúde quanto do Legislativo. Apesar de ambos serem reconhecidos como cenários específicos com suas institucionalidades próprias, conforme apontado no capítulo 2, podemos vê-los como parte de um cenário governamental, já que também fizeram parte dos contextos de influência e de produção de texto, ao produzirem discursos e textos que representam a política de saúde do homem.

O documento PNAISH foi elaborado durante o segundo mandato do Governo do então Presidente da República Luís Inácio Lula da Silva, compreendido no período de 2007 a 2010, tendo como Ministro de Estado da Saúde, José Gomes Temporão, que permaneceu no cargo durante todo este segundo mandato presidencial. Como características do Governo Lula, é importante mencionarmos alguns aspectos que podem ser vistos como fatores que influenciaram no processo político dessa política específica. Isso porque, segundo Ball, Bowe e Gold (1992) e Ball (1994), uma política pode ser influenciada ou entrar em contradição com outras, sendo isso uma forma de confrontação com diferentes possibilidades.

Dessa forma, o documento PNAISH foi elaborado e oficialmente lançado num momento de apresentação de algumas políticas de saúde que tiveram maior destaque nos dois mandatos do Governo Lula (correspondente ao período de 2003 a 2010) – como ‘Brasil Sorridente’, ‘SAMU’ (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência) e ‘Farmácia Popular’. Enquanto outras, como as políticas de alta institucionalidade associadas à Reforma Sanitária e ao SUS, com destaque para a Política Nacional de Saúde Mental, a Política Nacional de Combate à Aids e a Estratégia de Saúde da Família, foram expandidas (MACHADO; BAPTISTA, 2012; BAPTISTA; GOMES; NOGUEIRA, 2012).

As gestões ministeriais no Governo Lula foram compostas por quatro ministros distintos e por períodos de tempo variáveis⁴⁶, o que, por sua vez, refletiu em destaques diferenciados no que tange às políticas de saúde, podendo revelar preferências ou escolhas dos ministros e de outros altos dirigentes ministeriais nas respectivas gestões. Além disso, é importante se levar em conta a conjuntura específica de cada gestão, as quais podem ter-se construído ou não em bases institucionais sólidas, contando também (ou não) com redes de apoio social. Como as gestões mais longas foram a de Humberto Costa e de José Gomes Temporão, as ações desenvolvidas por eles se tornaram mais visíveis (MACHADO; BAPTISTA, 2012).

⁴⁶ As gestões ministeriais foram compostas por Humberto Costa no período de 01/2003 a 07/2005; José Saraiva Felipe entre 08/2005 e 02/2006; José Agenor A. da Silva entre 02/2006 e 03/2007; e José Gomes Temporão entre 03/2007 e 12/2010 (MACHADO; BAPTISTA, 2012).

Na gestão de Humberto Costa, o SAMU pode ser visto como uma estratégia de destaque, tornando-se uma prioridade governamental, devido à sua proximidade com os marcos gerais do governo. Enquanto na gestão de José Gomes Temporão, o destaque foi para o debate de saúde e desenvolvimento, com ênfase em dois temas principais: Promoção da Saúde (com expansão de estratégias de regulação do consumo de tabaco e de álcool) e Complexo Econômico- Industrial da Saúde (CEIS) (GADELHA; COSTA, 2012; MACHADO; BAPTISTA, 2012). Além disso, foi elaborado, nesta gestão, o Programa Mais Saúde (MACHADO; BAPTISTA, 2012).

Com o Programa Mais Saúde, o ministro José Gomes Temporão abraçou a ideia de Complexo Econômico-Industrial da Saúde, trazendo pela primeira vez essa discussão para a agenda da política de saúde. Em 2008, foi então lançada pelo presidente Lula a Política de Desenvolvimento Produtivo (PDP) incluindo o CEIS como uma das seis áreas estratégicas portadoras de futuro (GADELHA; COSTA, 2012; MACHADO; BAPTISTA, 2012).

Outro aspecto do Governo Lula, se refere à ampliação de Projetos de Lei aprovados pelo Legislativo, com redução de projetos provenientes do Executivo (BAPTISTA; GOMES; NOGUEIRA, 2012). Isso chama atenção se considerarmos que, em nosso percurso histórico, identificamos que o poder Executivo é tido como o “centro de gravidade” do regime político brasileiro (AMORIM NETO, 2007, p. 131) possuindo, em períodos anteriores, um quantitativo considerável de leis aprovadas sob sua autoria.

No entanto, se por um lado, o aumento de Projetos de Lei aprovados sob autoria do Legislativo deve ser visto de maneira positiva, já que “o debate legislativo deveria ser o espaço de controle e intermediação dos interesses da sociedade”, por outro, sua influência ainda foi insuficiente (BAPTISTA; GOMES; NOGUEIRA, 2012, p.286).

É possível afirmar, pois, que com o Governo Lula houve renovação expressiva do quadro parlamentar, o que permitiu a apresentação de novas e velhas demandas. Em termos de produção legal, identifica-se em média 500 novos Projetos de Lei por ano referentes à saúde, com uma variedade de temas. Além de apresentar Projetos de Lei, o Legislativo promoveu audiências públicas e seminários temáticos contando com convidados externos, especialistas e representantes do governo e de diferentes movimentos sociais (BAPTISTA; GOMES; NOGUEIRA, 2012). Dentre os Seminários temáticos, interessa destacar a realização dos Fóruns de Políticas Públicas de Saúde do Homem, com protagonismo da Sociedade Brasileira de Urologia (SBU) (ANEXO C – Programação dos Fóruns de Saúde do Homem).

Assim, podemos considerar que a política de saúde do homem não se restringiu somente ao Executivo, evidenciando que uma política acontece simultaneamente em diversos cenários e envolvendo distintos grupos de interesse. Não se trata de relacionar diretamente o processo de construção da PNAISH à existência de outras políticas, mas é importante perceber que uma política não é discutida de forma exclusiva e isolada, pois há outras que também estão sendo colocadas como prioridade e outras já em andamento. Essa é uma forma de explicitarmos e valorizarmos a dinamicidade de um processo político e perceber que este é um processo, dentre tantos outros, que pode (ou não) ser analisado. Aqui, iremos explorar como foi o processo de construção do texto da PNAISH, mas não iremos desconsiderar esses aspectos e como eles acabam cruzando com a construção do documento.

4.2 PERCURSO DA POLÍTICA DE SAÚDE DO HOMEM NO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Para que possamos compreender o processo de construção da PNAISH considerando a participação de diferentes agentes sociais, é importante compreender como o tema saúde do homem entrou para a “agenda governamental” e seguiu uma trajetória internamente no Ministério da Saúde.

Autores como Capella (2006) e Kingdon (1995) afirmam que um tema ao entrar para a agenda governamental subsidia a formulação de políticas públicas fazendo parte do processo de tomada de decisão. O conceito de agenda para os autores pode ser entendido como “um conjunto de assuntos sobre os quais pessoas do governo ou relacionadas a ele concentram sua atenção em um determinado momento”⁴⁷ (CAPELLA, 2006; KINGDON, 1995, p.166, tradução nossa).

Para sustentar a concepção da entrada de um tema na agenda governamental, Kingdon (1995) afirma ser necessário que três fluxos se interconectem entre si em um determinado momento. Este momento é denominado pelo autor como *policy windows* que pode também ser entendido como oportunidade (KINGDON, 1995). Para o autor, quando a *policy window* se encontra “aberta” a convergência entre os fluxos de problemas (*problems*), de soluções ou alternativas (*policies*) e de política (*politics*) pode acontecer (CAPELLA, 2006).

⁴⁷ Conforme Kingdon (1995, p.166) agenda é assim definida: “the list of subjects to which people in and around government are paying serious attention at any given point in time”.

Enquanto fluxo de problemas diz respeito à necessidade de ação frente à uma situação social, o de soluções se relacionam a comunidades geradoras de alternativas que, geralmente, relacionam as soluções aos problemas (CAPELLA, 2006; 2007). Essas comunidades podem ser compostas por especialistas, incluindo pesquisadores, acadêmicos, funcionários públicos, analistas de grupos de interesse, assessores de parlamentares, dentre outros. Contudo, essas alternativas ou soluções não são necessariamente específicas para os problemas, ou seja, não são geradas aos pares e podem, inclusive, permanecer latentes até que um problema se adeque à uma alternativa. E, por fim, o fluxo da dimensão da política se refere à dinâmica do próprio governo.

A junção dos três fluxos, segundo Kingdon (1995) é realizada pelos *policy entrepreneurs* ou empreendedores de política que conectam soluções a problemas, propostas ao momento político e eventos políticos em problemas de política. Geralmente, eles se encontram no governo, como em altos postos ou em funções burocráticas, ou fora dele, como grupos de interesse⁴⁸ ou comunidade acadêmica, por exemplo.

O modelo proposto por Kingdon (1995) pode nos auxiliar a compreender como um processo entra na pauta do governo, mas pode também engessar nossa forma de olhar para o processo decisório de uma política e dar a impressão que os fluxos convergem harmonicamente culminando na abertura de uma janela de oportunidade e, logo, permitindo a entrada de um tema na agenda governamental. Para nós aqui, interessa menos entender o processo de entrada na agenda e mais reconhecer os agentes sociais que se destacaram e como se relacionaram na construção da proposta de política, enfatizando aqueles que se tornaram invisíveis em parte do processo e que posicionamentos se tornaram vitoriosos, silenciando outros. Ou seja, se partimos do entendimento da política como um espaço de disputa e posicionamento, interessa-nos mais explicitar os conflitos, ganhos e perdas e menos explicar a construção de uma agenda. Por isso, interessa-nos como a saúde do homem foi sendo incorporada por gestores e técnicos do Ministério da Saúde e como o discurso da política foi sendo construído de maneira a seguir uma trajetória.

Nesse sentido, destacamos que não se trata de olhar para o processo inicial que originou a PNAISH como parte de uma relação de causa e efeito no processo decisório, como uma fase do processo de formulação da política. O que buscaremos enfatizar é o processo de construção da política como algo dinâmico, enfatizando os contextos de

⁴⁸ Esses podem ser categorias profissionais, grupos de interesse público, indústrias, etc.

influência e de produção de texto, ou seja, como se produziu um discurso em torno da “saúde do homem”. Ressalte-se que não teremos possibilidade no estudo de avançar numa análise do contexto de práticas, porque exigiria um esforço de reconhecimento dos efeitos e processos produzidos a partir da produção do texto da política, o que é uma tarefa a ser realizada futuramente.

Aqui, estamos considerando que pensar sobre a origem de uma Política Nacional de Saúde do Homem é diferente de pensar somente no documento PNAISH, ou seja, na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Isso porque, inicialmente, o que estava em questão era uma política de saúde do homem e não, necessariamente, que essa política fosse voltada para uma atenção integral ao homem. Esse aspecto será retomado em outra parte do estudo, no capítulo 5, quando formos abordar o processo de participação dos diferentes agentes sociais na construção do documento da política. Porém, para a presente parte, iremos considerar que o que estava sendo pensado, inicialmente, não era um documento em si, ou a política como texto, mas a política de uma forma mais ampla. Isso significa pensar que diversos cenários e agentes se envolveram para que a saúde do homem viesse se tornar uma política em um determinado momento. Ou seja, para além da junção de fluxos culminando na abertura de uma janela de oportunidades, conforme afirma Kingdon (1995), houve a mobilização de grupos de interesse que possibilitaram a sua ocorrência, disputando espaço político, ofertando ideias e exercendo pressão para a definição de estratégias governamentais para esta área.

Se olharmos para trajetória que a política percorreu, é possível perceber a presença cenários e agentes que se envolveram para a construção da política. No entanto, é importante considerar que a política de saúde do homem possui uma trajetória internamente ao Ministério da Saúde. Independente dos motivos de sua criação, ela seguiu uma trajetória interna e neste processo de construção temos aspectos relacionados ao trabalho realizado pelos agentes sociais que estiveram na Área Técnica de Saúde do Homem até a sua publicação oficial. Iremos abordar, então, como a Área Técnica se constituiu, assim como o percurso que teve no MS, para que possamos compreender as tensões entre posições sobre saúde do homem que foram se formando quando da construção da PNAISH.

4.2.1 Constituição da Área Técnica de Saúde do Homem (ATSH) no Ministério da Saúde

A constituição da Área Técnica de Saúde do Homem no Ministério da Saúde, analisada a partir dos documentos produzidos pelos Fóruns de Saúde do Homem (BRASIL, 2006a; 2006b; 2007; 2008b), parece não possuir uma origem única. Pelo contrário, parte de distintos agentes sociais que, inclusive, disputam, entre si, pela sua criação. Se analisarmos como esse tema aparece ao longo dos II⁴⁹ e III Fóruns de Políticas Públicas e Saúde do Homem e na Audiência Pública⁵⁰, ocorridos em 2006, 2007, 2008, respectivamente, é possível perceber que a Área Técnica foi criada a partir de uma iniciativa ora do Ministério da Saúde, ora da Sociedade Brasileira de Urologia.

No II Fórum (2006a; 2006b), a ideia de política de saúde do homem já é apontada como algo necessário ao público masculino. Além disso, o Deputado Rafael Guerra (PSDB/MG) menciona a importância de se criar uma coordenação de saúde do homem, acreditando que mulheres, idosos, indígenas e “minorias em geral” possuem um espaço no Ministério da Saúde. Ainda neste Fórum, Carlos Felipe D’Oliveira, representante da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do MS, afirma que, desde a gestão do ministro da saúde Saraiva Felipe que se começou a discutir a política de saúde do homem. Segundo informa, o MS havia lançado, juntamente ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), um edital para que as instituições acadêmicas pudessem agregar conhecimento.

Tratou-se de um momento importante, porque inclusive foi criada a possibilidade de um espaço, talvez uma Coordenação. Na verdade, num primeiro momento, não pensamos nisso no âmbito do Ministério. Começamos a chamar todas as áreas que promoviam ações para a população masculina, tais como a Coordenação de Hipertensão e Diabetes, a Coordenação de Média e Alta Complexidade e a de AIDS, para começar a compor uma proposta (Carlos Felipe D’Oliveira no II Fórum de Políticas Públicas em Saúde e Doenças do homem, BRASIL, 2006b, p. 24).

Ainda durante o II Fórum de Políticas Públicas em Saúde e Doenças do Homem, foi lido pelo então Presidente da SBU, Sidney Glina, um documento sobre o tema e debate

⁴⁹ Somente o I e II Fóruns foram intitulados como “Políticas Públicas em Saúde e Doenças do homem” e o V como “Políticas Públicas e Saúde Masculina” (ANEXO C– Programação dos Fóruns de Saúde do Homem).

⁵⁰ No mesmo dia em que ocorreu a audiência pública, organizada pela SBU e realizada pela Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados, no período da manhã, ocorreu o IV Fórum de Políticas Públicas e Saúde do Homem, no período da tarde. Este teve como título “A Saúde do Homem, aspectos urológicos e o SUS, situação atual e perspectivas” (ANEXO C – Programação dos Fóruns de Saúde do Homem).

do II Fórum intitulado “Carta em Defesa da Saúde do Homem”. Nesta carta, havia uma proposição de criação de um “órgão” ou “secretaria” no Ministério da Saúde que pudesse se dedicar ao “planejamento, implantação e avaliação de políticas de atenção à saúde do homem brasileiro”. Além disso, apresentavam a SBU como possível integrante para atuar como consultora técnica (BRASIL, 2006b).

No III Fórum, realizado em 31 de maio de 2007, há uma menção do Deputado Rafael Guerra (PSDB/MG) ao ministro da saúde José Gomes Temporão que havia incluído, em seu discurso de posse para ministro, a criação de uma coordenação de saúde do homem no MS. Ele se mostra surpreso com essa atitude e sugere que possa já ter sido uma influência dos Fóruns. O representante do ministro da saúde, Adson Roberto França dos Santos⁵¹, afirma que o mérito da criação da coordenação é do ministro Temporão. E complementa que trata-se de uma iniciativa fruto não só de um processo de discussão acumulado sobre o SUS, mas também e “acima de tudo” com as Sociedades Científicas. Além disso, neste, Fórum, o discurso de presença de um grupo de trabalho para a elaboração da Política Nacional de Atenção à Saúde do Homem contando com diversos participantes, já se encontrava presente.

Na Audiência Pública, ocorrida em 07 de agosto de 2008, a ideia sobre a criação da coordenação de saúde do homem retoma com um outro discurso havendo a contraposição entre os participantes. De um lado, há Adson França destacando que a política fez parte dos 22 pontos do compromisso do ministro Temporão e que foi feita uma proposta ao Presidente Lula para que este assumisse o desafio de se lançar uma política de saúde do homem. Esta, no momento da audiência pública, estava sendo intitulada pelo representante do MS como “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem” (BRASIL, 2008b). De outro lado, José Carlos de Almeida afirma que enviou um telegrama, no início da gestão do Presidente Lula, solicitando uma audiência, para que pudessem discutir “os problemas da urologia”. Segundo informa:

O Presidente perguntou-me, então, qual seria a pauta da discussão. Eu disse a S.Exa. que gostaria de solicitar um espaço, alguns metros quadrados no Ministério da Saúde voltados para o homem brasileiro. E

⁵¹ Ao longo da pesquisa, especialmente nos capítulos 4 e 5, a figura de Adson Roberto França dos Santos irá aparecer, pois atuou em diversos momentos como representante do Ministério da Saúde nos Fóruns de Saúde do Homem realizados na Câmara dos Deputados, principalmente nos 2007 e 2008. Em outros momentos, esteve como coordenador do Pacto Nacional pela Redução da mortalidade Materna e Neonatal do Ministério da Saúde em 2007 e 2008. E por fim, aparece como assessor especial do ministro da saúde Temporão em 2009. Apesar das inúmeras tentativas, não foi possível realizar a entrevista com o mesmo.

assim seguiu-se, em 3 dias, a convocação do então Secretário Temporão, criando a Coordenação da Saúde do Homem no Ministério da Saúde, convocando o então Presidente Sidney Glina, para demonstrar essa preocupação com a saúde do homem. E assim esses tijolos foram sendo colocados e iniciou-se a construção, que culmina com esta reunião hoje nesta Casa (José Carlos de Almeida na Audiência Pública, BRASIL, 2008b, p. 8).

Apesar da disputa por quem foi o responsável pela criação da Área Técnica de Saúde do Homem, é possível perceber que há um discurso oficial de que sua criação, no MS, ocorreu em 2007 (BRASIL, 2008i), e encontra-se relacionada à estratégia nacional proposta pelo governo federal denominada como Programa Mais Saúde, em 2008, que visava contemplar 73 medidas e 165 metas com um investimento de quase 90 bilhões de reais (LEAL; FIGUEIREDO; NOGUEIRA-DA-SILVA, 2012). Entre os Eixos de Intervenção, encontrava-se o de Atenção à Saúde, que, por sua vez, incluía a implantação de ações para a Atenção à Saúde do Homem – com recursos destinados ao triênio 2008 – 2011. Ressalva deve ser feita ao Programa Mais Saúde que, como vimos anteriormente, foi um dos destaques da gestão de Temporão.

Outros autores, como Carrara, Russo e Faro (2009) e Müller e Birman (2016), afirmam que a Área Técnica foi criada no âmbito do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPES) da Secretaria de Atenção à Saúde em março de 2008⁵². É possível perceber que não há uma exatidão, mesmo quando os diversos autores, como Carrara, Russo e Faro (2009), Leal, Figueiredo e Nogueira-da-Silva (2012) e Müller e Birman (2016), se pautam no discurso oficial sobre a criação da Área Técnica de Saúde do Homem. Aqui, iremos defender que há aspectos relacionados à sua criação que não estão visíveis através do discurso oficial ou mesmo pela disputa, ao longo dos diversos Fóruns e Audiência Pública realizados na Câmara dos Deputados, entre deputados, médicos urologistas e representantes do Ministério da Saúde.

Esse aspecto pode ser exemplificado pela maneira como um dos coordenadores da Área Técnica, assim como o primeiro técnico, foram identificados como agentes com potencial para ocupar o cargo seja de coordenador, seja de técnico. A partir do processo de constituição da Área Técnica de Saúde do Homem, é possível perceber algumas características do nosso modo de fazer política no país.

⁵² Em 03 de abril de 2008, o Secretário de Atenção à Saúde, José Carvalho de Noronha, encaminha ao ministro da saúde, José Gomes Temporão, um memorando informando que a Área Técnica de Saúde do Homem havia sido instalada no âmbito da SAS/DAPES (BRASIL, 2008e).

Eduardo Chakora menciona que, a partir de sua experiência como psicólogo clínico em grupos de homens, foi identificado como alguém com potencial para atuar na Área Técnica de Saúde do Homem por Neidil Espíndola da Costa⁵³ que atuava no Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas (DAPES) da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS). Essa pessoa que o identificou o fez pelo contato que tinha com sua avó, já que esta era gerontóloga e atuou de alguma forma na formulação da política de Saúde do Idoso no Brasil⁵⁴. Segundo informa:

A Neidil, ela tinha uma relação muito próxima com a minha avó porque ela era gerontóloga, minha avó também era uma grande gerontóloga e minha avó falou para ela que eu era psicólogo e trabalhava com homens, tinha um trabalho específico com gênero e com homens. (Eduardo Chakora, entrevista em 25 de outubro de 2017)⁵⁵.

Dessa forma, Eduardo Chakora foi identificado como uma pessoa com potencial para trabalhar na construção da política de saúde do homem devido à sua trajetória profissional, mas também pela relação pessoal que possuía com alguém já ligado ao MS. Segundo o entrevistado, quando *caiu* no Ministério da Saúde, ele não tinha conhecimento do contexto de inserção da política de saúde do homem, ou seja, do SUS. Mas quando entendeu a importância do SUS, relata ter se tornado militante, sendo *uma causa fortíssima de defesa* (Eduardo Chakora, entrevista em 09 de junho de 2016).

Pelo que refere, a Área Técnica não aparece como um pontapé inicial, se constituindo enquanto área posteriormente. Inicialmente, também não havia um coordenador e quem realizava os trabalhos de consultoria era o próprio Eduardo Chakora. Segundo informa: *Eu trabalhava na Saúde do Adolescente, eu tinha uma baia e eu trabalhava ali. A Área Técnica era ali* (Eduardo Chakora, entrevista em 09 de junho de 2016).

Dessa forma, o lugar que ocupava não era ainda denominado como uma Área Técnica de Saúde do Homem, pois naquele momento apenas precisavam de uma pessoa

⁵³ Médica, especialista em gerontologia e em Saúde Pública e atuou, por um tempo, na Área Técnica de Saúde do Homem.

⁵⁴ As informações deste parágrafo foram obtidas a partir da entrevista realizada com Eduardo Chakora em 09 de junho de 2016.

⁵⁵ As falas dos agentes entrevistados serão apresentadas em itálico quando forem utilizadas exatamente como constam nas entrevistas e serão referenciadas imediatamente pelos nomes dos entrevistados juntamente com a data de realização da entrevista. Quando forem indiretas ou apenas palavras citadas conforme as entrevistas, as informações irão aparecer em nota de rodapé.

para realizar alguns levantamentos. Porém, afirma que, apesar de não haver uma Área Técnica de Saúde do Homem, seu trabalho era destinado a uma futura saúde do homem e por isso, afirma que seu contrato *foi feito como estratégia mesmo [...] foi tudo planejado. [...] Nunca foi uma coisa aleatória* (Eduardo Chakora, entrevista em 25 de outubro de 2017). Isso porque Temporão, com seu *perfil muito mais técnico, sanitarista*, aliado ao MS ter uma abordagem ligada à prevenção e promoção da saúde, precisavam de alguém com o perfil de Eduardo Chakora. O perfil de quem deveria atuar na Área Técnica de Saúde do Homem foi algo pré-definido e com recomendações do então secretário de atenção à saúde Temporão. Assim, deveria haver um médico que pudesse manter a interlocução com as sociedades médicas, especialmente com a SBU, e alguém que pudesse equilibrar o peso das sociedades médicas, a partir de um olhar da Saúde Coletiva (MÜLLER; BIRMAN, 2016). Pelo que parece, esse equilíbrio deveria ser feito por Eduardo Chakora.

Segundo Eduardo Chakora, a política começa a ser construída no final do primeiro Governo Lula em 2006. Neste momento, já havia uma intenção do então secretário da SAS, José Gomes Temporão, em construir uma política de saúde do homem⁵⁶. Essa informação é importante, para dar sustentação à ideia, conforme veremos, de que a origem dessa política não nasce do discurso de posse proferido por Temporão em 2007. Aqui, acreditamos que por mais que ele tenha anunciado oficialmente a política como uma de suas metas, o discurso por trás deste anúncio era composto por outros sujeitos, como a SBU, por exemplo, mas parece haver uma necessidade de esconder essa influência. Isso pode ser percebido quando nos III e IV Fóruns, com a presença de Adson França, há um reforço quanto ao mérito da saúde do homem ser de Temporão. Parece haver uma tentativa de assim desvincular a SBU como um grupo de pressão e buscar a partir de evidências científicas um respaldo na literatura sobre o tema. Essa dualidade aparece quando Eduardo Chakora anuncia que:

[...] a primeira vez que eu fui para o Ministério, quando eu estava lá, há menos de uma semana, eu tive uma reunião já com o Temporão, com a Cristina [Boaretto], com a Neidil. E nós recebemos a Sociedade Brasileira de Urologia lá e já fomos conversar. (Eduardo Chakora, entrevista realizada em 25 de outubro de 2017).

Então, é neste contexto que, conforme Eduardo Chakora, começa-se a se compor a Área Técnica de Saúde do Homem, a partir de setembro de 2006 (Figura 2.3 – Linha do

⁵⁶ Informações obtidas a partir da entrevista realizada com Eduardo Chakora em 09 de junho de 2016.

Tempo). Neste momento, Eduardo Chakora deveria realizar um levantamento sobre o que era necessário para se compor uma Área Técnica e, segundo relata, foi contratado, via OPAS, para prestar uma consultoria no Ministério da Saúde e desenvolver dois produtos. Um desses se relaciona ao mapeamento de diversas instituições do país que realizavam ações voltadas a homens e mulheres. Por meio de um questionário, pôde identificar, aproximadamente, 60 instituições de sociedade civil e de pesquisa que desenvolviam ações para homens e mulheres. A partir deste levantamento, pôde selecionar algumas organizações que desenvolviam ações para homens no país. Como um segundo produto, Eduardo Chakora afirma ter realizado um levantamento da produção bibliográfica do Brasil e do mundo sobre saúde do homem. A partir deste levantamento, conforme descreve, procedia à leitura do material e, simultaneamente, fazia comentários e separava, a partir dos resumos, os principais temas das publicações. Ele menciona que eram publicações relacionadas à saúde do homem, mas destaca as publicações *relacionadas às masculinidades* (Eduardo Chakora, entrevista em 09 de junho de 2016). Dessa forma, pôde ter acesso a quem produzia e identificar quem pertencia à sociedade civil e quem não era⁵⁷.

É possível perceber que, pelos documentos arquivados na Coordenação Nacional de Saúde do Homem (CNSH) do MS, há textos referentes ao número temático da Revista Ciência & Saúde Coletiva lançado em 2005⁵⁸. Isso nos sinaliza que Eduardo Chakora se pautou no debate sobre homens e Saúde Pública desta Revista para realizar o levantamento da produção acadêmica sobre saúde do homem.

Em 2007, ainda segundo Eduardo Chakora, quando José Gomes Temporão foi empossado ao cargo de ministro da saúde, este assumiu *a saúde do homem como uma de suas metas principais. Então, isso entra como uma prioridade do Governo* (Eduardo Chakora, entrevista em 09 de junho de 2016). A partir daí, formou-se uma equipe em que Neidil Espíndola da Costa foi coordenadora por um curto período de tempo e, então, com sua saída, Ricardo Cavalcanti assumiu a coordenação da Área Técnica de Saúde do Homem por, aproximadamente, seis meses⁵⁹.

Para Ricardo Cavalcanti, a *história* se inicia quando o então assessor do ministro da

⁵⁷ As informações deste parágrafo foram obtidas a partir da entrevista realizada com Eduardo Chakora em 09 de junho de 2016.

⁵⁸ A consulta aos documentos arquivados na CNSH foi realizada em 10 de junho de 2016 na própria CNSH no Ministério da Saúde.

⁵⁹ Conforme informações obtidas a partir da entrevista realizada com Eduardo Chakora em 09 de junho de 2016.

saúde, Adson França, o convida para ser coordenador da Área Técnica de Saúde do Homem do MS que era composta por algumas pessoas, dentre elas, Eduardo Chakora e outras de quem não se recorda os nomes. Em um primeiro momento, Ricardo Cavalcanti afirma ter estranhado o convite devido à sua formação em ginecologia. Mas, segundo informa, houve uma insistência por parte de Adson França que argumentou⁶⁰:

“olha Ricardo, eu queria que você fosse fazer isso”. Eu digo: “Adson, eu sou ginecologista de origem”. (Embora hoje em dia eu não faça ginecologia mais. Eu fui titular, etc., mas hoje eu faço antropologia, porque que sou antropólogo também e fui titular de antropologia). Eu digo, “olha, como é que um ginecologista vai saber saúde do homem?” [Adson França diz] “Olha, quem melhor sabe de homem é mulher. Você foi ginecologista, sabia da mulher, então você sabe do homem. Vai fazer o troço”. Eu então fui. (Ricardo Cavalcanti, entrevista em 23 de novembro de 2016).

Ricardo Cavalcanti se tornou, então, o *primeiro* coordenador da Área Técnica de Saúde do Homem no Brasil, conforme ele mesmo menciona. Para compor parte da equipe de trabalho, ele afirma ter convidado Baldur Schubert⁶¹ que já havia sido seu colega de trabalho em outros momentos no Ministério da Saúde.

Assim, como vimos que a entrada de Eduardo Chakora no MS parte de um contato pessoal, o mesmo pode ser visto em relação a Ricardo Cavalcanti. Isso porque conforme este afirma, Adson França foi seu aluno de pós-graduação e possuíam uma relação de amizade e admiração um pelo outro⁶². Adson França, em sua participação na Audiência Pública, ocorrida em 07 de agosto de 2008, se refere publicamente a Ricardo Cavalcanti como “amigo e professor”.

Podemos pensar que o aspecto pessoal e impessoal estão presentes na constituição da Área Técnica. Se por um lado, podemos pensar que a política de saúde do homem parte de uma certa impessoalidade, a contratação dos agentes que a ocuparam, inicialmente, advém de relações pessoais. Destaque deve ser dado à trajetória de Eduardo Chakora e de Ricardo Cavalcanti que não tinham uma trajetória de atuar pensando a Saúde do Homem

⁶⁰ As Informações deste parágrafo e do seguinte foram obtidas a partir da entrevista realizada com Ricardo Cavalcanti em 23 de novembro de 2016.

⁶¹ Conforme Brasil (2008e), Baldur Schubert era médico e especialista em Saúde Pública, e atuou como coordenador substituto de Ricardo Cavalcanti em alguns momentos.

⁶² A partir de um contato telefônico com Adson França, no dia da entrevista realizada junto a Ricardo Cavalcanti, foi possível obter tal informação. Este foi o único contato realizado com esse agente social.

em seus mais diversos aspectos. Conforme Benedito Medrado afirma na entrevista realizada em 19 de agosto de 2016: *esses lugares nunca foram lugares políticos, sempre foram lugares técnicos* e que deveria ser ocupado por alguém que tivesse *uma trajetória de ter pensado esse objeto antes* e não apenas por técnicos.

DaMatta (1981) é um autor que nos ajuda a entender o aspecto das relações pessoais como um dos fatores estruturantes da realidade social brasileira. Isso porque, para ele, nós brasileiros temos uma tendência a fazer prevalecer a *pessoa* em detrimento do *indivíduo* nos momentos em que as regras ou leis se apresentam como impessoais. Para o autor, o *indivíduo* remete ao igualitarismo, à universalidade das regras ou leis, enquanto *pessoa* não. Pela leitura de DaMatta (1993), é possível perceber que nós brasileiros atuamos de maneira complementar quando lidamos com o impessoal, universal, acionando, simultaneamente, o universo pessoal, da amizade, do parentesco. Para o autor, é preciso dar visibilidade às relações entre o universo da “rua” – aquele relacionado ao impessoal – e da “casa” – aquele relacionado ao familiar, pessoal – para que possamos compreender a realidade social brasileira. Isso é uma característica que ao mesmo tempo que sugere uma ambiguidade, é algo também que não deve ser visto sob uma perspectiva negativa, pois são “*traços constitutivos de nossa tradição*” (DAMATTA, 1993, p. 146, grifo do autor).

Esse aspecto não reduz a importância e o direcionamento que os agentes, Ricardo Cavalcanti e Eduardo Chakora, deram para a construção da política. Isso porque é possível perceber que a presença de ambos foi fundamental para que a política fosse construída conforme dois pesos: um biomédico e outro ligado à Saúde Coletiva.

4.2.2 Percurso de construção da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH)

Após a constituição da Área Técnica de Saúde do Homem considerando a entrada de Ricardo Cavalcanti como coordenador e os trabalhos já realizados por Eduardo Chakora, seguiu-se à construção do documento da política. Segundo Eduardo Chakora e Ricardo Cavalcanti, a partir de 2007, a equipe começou a desenvolver estratégias para essa construção. Ricardo Cavalcanti afirma que precisava saber, inicialmente, quais eram as principais causas de morte e de adoecimento da população masculina compreendida em uma determinada faixa etária. Para isso, realizaram, segundo Eduardo Chakora, em primeiro lugar, um levantamento das principais causas de morbimortalidade dos homens

no país através de sistemas de informação do próprio MS⁶³.

Há, no entanto uma divergência entre ambos sobre as principais causas de morbimortalidade encontradas. Para Ricardo Cavalcanti, a primeira causa de morte encontrada foram as causas externas, seguida das doenças da próstata, como o câncer de próstata, e doenças cardiovasculares. Depois, afirma que seguiram-se as endocrinopatias e doenças pulmonares. Enquanto para Eduardo Chakora, foram identificadas cinco principais causas que estavam relacionadas à cardiologia, às causas externas, à endocrinologia, às neoplasias e à saúde mental.

É interessante perceber como no discurso de Ricardo Cavalcanti as doenças ganharam maior visibilidade, algo que pode ser exemplificado pela menção às doenças da próstata ou cardiovasculares. Apesar de reconhecer que as causas externas são as primeiras causas de morbimortalidade de homens, ele afirma que essas representam algo muito amplo, algo que fugia ao seu âmbito de atuação. Para ele, poderia ser sugerido educação, mas ao mesmo tempo afirma que:

[...] educação é coisa muito genérica. Educação de que? Para o trânsito? Educação pra quê? Pra evitar agressão? Pra ficar com um temperamento mais tranquilo? Quer dizer, é uma coisa muito ampla. Educação é uma palavra mágica que serve pra qualquer coisa. E é vacina pra qualquer coisa (Ricardo Cavalcanti, entrevista em 23 de novembro de 2016).

Enquanto para Eduardo Chakora, o que ganha maior visibilidade são áreas relacionadas aos agravos, sejam a cardiologia, endocrinologia, saúde mental para atuar frente aos agravos identificados, para Ricardo Cavalcanti são as doenças que acometem os homens. Este é um exemplo de distinção no modo de conceber a saúde do homem, principalmente, quando Eduardo Chakora evoca a saúde mental e não a psiquiatria isoladamente – talvez até pela sua formação como psicólogo – para lidar com o quadro de morbimortalidade masculina. Isso nos sinaliza a necessidade de demarcar um espaço, ao incluir a saúde mental em meio às demais especialidades médicas. Esta diferença é aqui mencionada, pois ela foi algo que permeou todo o processo de construção da PNAISH, como não temos pretensão de encontrar a versão verdadeira, iremos apontar essas divergências como parte do processo de uma dada política que antecedeu a participação de

⁶³ As informações deste parágrafo e no seguinte foram obtidas a partir das entrevistas realizadas com Eduardo Chakora em 09 de junho de 2016 e com Ricardo Cavalcanti em 23 de novembro de 2016.

outros agentes sociais. Isso porque faz parte do pensar política para além do discurso oficial, considerarmos os conflitos de interesse e de posições no jogo político (BAPTISTA; MATTOS, 2015). No caso deste estudo, os conflitos de interesses se expressaram, sobretudo, como uma diferença de concepção sobre saúde. Voltaremos a este aspecto mais à frente quando formos abordar o processo de participação na construção da PNAISH.

A partir do levantamento das principais causas de morbimortalidade, perceberam, então, a necessidade de se ouvir alguns especialistas médicos, conforme Ricardo Cavalcanti, ou *instituições*, na visão de Eduardo Chakora.

Assim, foram realizados cinco *grandes seminários* (Eduardo Chakora, entrevista em 09 de junho de 2016) que tiveram duração de três dias e ocorreram separadamente, conforme se recorda Ricardo Cavalcanti. Nesses seminários, a equipe da Área Técnica teve a intenção de ouvir o que os diferentes especialistas acreditavam em relação ao *que os homens mais morrem e por que os homens não procuram os serviços de saúde* (Eduardo Chakora, entrevista em 09 de junho de 2016) ou para Ricardo Cavalcanti (entrevista em 23 de novembro de 2016) *por que que o homem não vai ao ambulatório fazer prevenção? E por que que o homem se nega a ir ao ambulatório?* Novamente, podemos perceber o destaque dado por um e por outro e acrescentar que enquanto Eduardo Chakora coloca homens no plural, para Ricardo Cavalcanti homem está no singular. Além disso, o primeiro abrange os serviços de saúde – onde diversos profissionais médicos e não médicos atuam – enquanto o outro se restringe aos ambulatórios – onde há predominância de especialistas médicos.

Segundo Ricardo Cavalcanti, foram convidados, então, médicos das especialidades de urologia, cardiologia, e cada especialidade, que apesar de não terem sido explicitadas por ele ao longo da entrevista, é possível supor que se referem às especialidades médicas que atuavam frente às doenças que mais atingiam os homens. Ou podemos pensar que ele se lembrou justamente das especialidades que, de alguma forma, se fizeram (ou se fazem) presentes no Ministério da Saúde, ou seja, aquelas que atuaram, em algum momento, como um grupo de pressão para que seus interesses pudessem ser atendidos. O convite foi, então, direcionado aos presidentes das respectivas Sociedades Médicas dessas especialidades. Para ele, o processo deveria ocorrer *de baixo para cima* diferentemente do que acreditava ser costume no Ministério da Saúde, já que, para ele, a maioria das políticas do Ministério

da Saúde são propostas em gabinete⁶⁴. *O Ministério sempre, sempre, foi muito de fazer a política lá sentadinha no gabinete e lá na ponta que se dane pra poder cumprir a política feita no gabinete, que é muito fácil fazer no gabinete* (Ricardo Cavalcanti, entrevista em 23 de novembro de 2016).

Então, para ele, o processo que denominou como de *baixo para cima* se refere a ouvir a opinião, a experiência de médicos de diferentes regiões do Brasil para que pudesse visualizar a situação do país como um todo. Neste ponto, é interessante retomar o conceito de participação como transferência de conhecimento. O que estava em jogo, não era a participação em si, mas sim uma possibilidade de ampliar o conhecimento dos gestores, a partir do olhar dos médicos de diferentes especialidades, como se estes pudessem atuar como porta vozes da população.

Segundo informa, houve uma confluência de ideias entre os convidados de que homem *não vai* [a ambulatório] *porque ambulatório do SUS é ambulatório feito pra criança, mulher e velho. Não é feito pra homem* (Ricardo Cavalcanti, entrevista em 23 de novembro de 2016). A partir desse dado, Ricardo Cavalcanti, como antropólogo, conforme ele mesmo afirma, julgou pertinente propor uma política em que este aspecto sociocultural fosse levado em consideração. E acreditou que era preciso, naquele momento, propor ambulatórios que os homens pudessem frequentar sem ameaças à sua virilidade e nos quais esses homens pudessem realizar exames de PSA (*Prostate Specific Antigen* ou Antígeno Específico Prostático), além do toque retal, assim como fazer exames ligados à cardiologia. Dessa forma, ele poderia atender às duas especialidades que, em seu ponto de vista, eram prioritárias para a prevenção de agravos ao homem. E que assim pudesse *descaracterizar totalmente o que era o ambulatório do SUS*, já que seria um serviço ofertado por homens, com atendentes homens e na sala de espera haveria homens (Ricardo Cavalcanti, entrevista em 23 de novembro de 2016). Para ele, essa se referia a parte da implementação da política. É interessante perceber como apenas um dos aspectos relacionado às masculinidades entra para justificar a necessidade de um local para atendimento exclusivo ao homem prestado por somente duas especialidades médicas, a urologia e cardiologia.

Neste estudo, é importante destacarmos os diferentes posicionamentos dos membros que compunham a ATSH, pois eles revelam modos distintos de conceber a atenção à saúde do homem. Essas diferenças os fizeram adotar, inclusive, estratégias para que a concepção de saúde a qual defendiam, naquele momento, pudesse se destacar,

⁶⁴ Informações obtidas a partir da entrevista realizada com Ricardo Cavalcanti em 23 de novembro de 2016.

disputando um espaço no campo.

Eduardo Chakora oferece um outro olhar sobre os convidados que participaram dos Seminários. Ele introduz outros agentes que não foram explicitados por Ricardo Cavalcanti. Segundo informa, houve um momento com a urologia, com a cardiologia, com a saúde mental, com a Medicina de Família e Comunidade. Esta última, ele afirma ter conseguido integrar ao processo posteriormente, já que, em um primeiro momento, essa sociedade médica não estava incluída. Para ele, era preciso contemplar a Medicina de Família e Comunidade, mas não só esta. Era preciso que outros grupos ou instituições que tivessem uma abordagem mais voltada a uma perspectiva biopsicossocial também estivessem presentes. Aqueles que trabalhassem, por exemplo, com *tecnologias mais suaves, muito mais sutis [...] e ligadas a questões de gênero* ou que não eram de *medicalização* (Eduardo Chakora, entrevista em 09 de junho de 2016) deveriam fazer parte da construção da política. Isso significava, para ele, ampliar a visão da política para que não ficasse restrita às doenças⁶⁵.

Outros agentes que Eduardo Chakora destaca são as Organizações Não-Governamentais (ONGs) que foram identificadas no início de seu trabalho como consultor quando a Área Técnica de Saúde do Homem ainda não possuía um coordenador oficial. Segundo afirma, a participação das ONGs ocorreu *onde podia, pois não fazia sentido a ONG estar dentro da questão da urologia [...] nem da cardiologia*, apesar de acreditar também que a discussão de gênero perpassava a discussão de diversos riscos para adoecimento dos homens. Dessa forma, as ONGs entraram na discussão sobre causas externas que foi abordado no Seminário da Saúde Mental, já que *os distúrbios de comportamento estão na saúde mental*. Esse seminário ocorreu durante dois dias e foram abordados diversos temas, como *álcool, drogas, violência, pulsões de morte* com especialistas e pesquisadores que ficaram responsáveis também em sistematizar o que foi discutido em cada subgrupo. No Seminário de Saúde Mental, informa também que foram incluídas as questões socioculturais.

Eduardo Chakora acredita que foi preciso convencer o então Coordenador da Área Técnica, Ricardo Cavalcanti, para poder incluir esses outros participantes no processo de construção do documento e, dessa forma, ampliar o texto da política. No entanto, Müller e Birman (2016) afirmam que essa também fez parte da orientação do próprio Temporão.

Até aqui, a construção do processo se centrou em dois agentes sociais que possuem

⁶⁵ As informações contidas neste parágrafo e nos seguintes foram obtidas a partir da entrevista realizada com Eduardo Chakora em 09 de junho de 2016.

olhares, mesmo que de forma sutil, distintos sobre o processo de construção da PNAISH. Porém, o processo está centrado em ambos, pois foram eles que se tornaram as figuras de referência para aqueles que participaram do processo, seja por valorizarem de certa forma as ações empreendidas por Ricardo Cavalcanti, seja percebendo os movimentos realizados por Eduardo Chakora como importantes para dar um peso diferente ao documento da política.

Porém, recorremos a outros agentes, como Shirlei Bastos, que oferece um panorama sobre outras ações que foram realizadas para a construção do documento da política. Shirlei Bastos, assistente social e técnica do Ministério da Saúde desde 2003, afirma que foi necessário estabelecer parcerias tanto da própria Área Técnica quanto internas ao MS. Em relação à Área Técnica, ela afirma que os membros da equipe estudaram, se prepararam para *militar e brigar* pela política. Internamente ao MS, informa que houve diversas reuniões com as áreas dentro do próprio DAPES, seguida de reuniões com outros departamentos como o Departamento de Atenção Básica e, por fim, com outras secretarias do MS, como as Secretarias de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) e de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE). Essas reuniões, segundo Shirlei Bastos, eram programadas e organizavam uma agenda de trabalho. Afirma que não houve dificuldades de interlocução com essas áreas, porém refere que foi preciso sensibilizá-las sobre a importância de uma política de saúde do homem⁶⁶.

Quando concluíram o texto PNAISH, Eduardo Chakora afirma que este ficou por três semanas em consulta pública⁶⁷ (ver Figura 2.3 – Linha do Tempo). Este momento é considerado, por ele, como importante para que a política pudesse ser *ventilada e ampliada*. A consulta pública consistiu de comentários e sugestões e teve como objetivo ampliar a participação de sociedades científicas, academia e sociedade civil que, porventura, não haviam participado do seu processo de elaboração, mas que tinham interesse em contribuir com o texto da política (BRASIL, 2008d). Após essa consulta pública, tanto o Ricardo Cavalcanti quanto Eduardo Chakora ficaram responsáveis pela consolidação das sugestões⁶⁸.

⁶⁶ Informações obtidas a partir de entrevista realizada com Shirlei Bastos em 10 de junho de 2016.

⁶⁷ Conforme e-mail enviado por Adson Roberto França Santos a Rede Feminista de Saúde e coordenadores de programas de Estados e municípios do Brasil, em 12 de setembro de 2008, a consulta pública ficaria aberta até o dia 30 de setembro de 2008.

⁶⁸ Parte das informações deste parágrafo foram obtidas a partir da entrevista realizada com Eduardo Chakora em 09 de junho de 2016.

Segundo Adson França, em apresentação na Audiência Pública, a “consulta pública demora 30 dias e é necessária para a sociedade brasileira. [...] E se não passar pela Câmara Tripartite é letra morta. Se não for pactuada com os gestores estaduais e municipais deste país, não temos garantia de execução” (BRASIL, 2008b, p.20).

Em seguida, o documento da política passou pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) e pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT), sendo lançado em 2009. Este trâmite, segundo demonstra Adson França, era uma ideia do ministro Temporão que acreditava ser este o processo pelo qual a política deveria passar (BRASIL, 2008b). Neste ponto, é fundamental perceber que havia todo um percurso que a política deveria seguir, como passar por comissões e órgãos do Estado para receber o selo oficial, uma forma de garantir a legitimidade da política. Segundo Shirlei Bastos (Entrevista realizada em 10 de junho de 2016), é possível resumir este processo da seguinte forma: *tem todo esse trabalho de interlocução com as áreas, de ouvir, de consultar, de aprender. Ai, depois valida*. Essa validação aconteceu, segundo informa, pela aprovação da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e pelo Conselho Nacional de Saúde.

O documento PNAISH foi apresentado por Adson França⁶⁹ como 2º item na 190ª reunião do CNS realizada nos dias 08 e 09 de outubro de 2008 (ver Figura 2.3 – Linha do Tempo). A apresentação incluiu: a justificativa da política de saúde do homem; os dados de morbimortalidade masculino e as diferenças frente à população feminina; os princípios; as diretrizes; o objetivo geral e os objetivos específicos que constam no documento. A política foi apresentada como parte das 22 metas apresentadas por José Gomes Temporão em seu discurso de posse para ministro da saúde e relacionada à Atenção Básica à Saúde e aos princípios do Sistema Único de Saúde com destaque à integralidade da atenção à saúde. Neste momento, a PNAISH foi apresentada ao CNS apenas para conhecimento da existência dessa política e, por isso, não houve debate (BRASIL, 2008c).

Na 199ª reunião do CNS, ocorrida nos dias 08 e 09 de julho de 2009 (ver Figura 2.3 – Linha do Tempo), Adson França⁷⁰, junto com Baldur Schubert⁷¹ e Helena Peres⁷² foram

⁶⁹ Nesta época, estava ainda como Coordenador do Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal/SAS/MS (conforme Ata da 190ª reunião do CNS/MS).

⁷⁰ Neste momento, Adson França estava como assessor especial do ministro da saúde José Gomes Temporão.

⁷¹ Não há referência na Ata da da 199ª reunião do CNS/MS quanto ao cargo ocupado por Baldur Schubert. Conforme Carrara; Russo e Faro (2009), em dezembro de 2008, após nove meses da criação da Área Técnica de Saúde do Homem, Ricardo Cavalcanti foi substituído por Baldur Schubert, especialista em seguridade social e saúde do trabalho, e era até então assessor da equipe.

apresentar novamente a PNAISH para o CNS. A apresentação foi a mesma que a do ano anterior, com apenas algumas atualizações de dados. Alguns conselheiros se manifestaram indagando com quem a política havia sido debatida, se tratava-se de uma política ou de apenas uma verba destinada à saúde do homem; além disso, se apresentaram preocupados sobre a política não considerar a existência de outras políticas ligadas às populações vulneráveis; ou de se restringir à cura de doenças; e também apontaram ser mais uma política específica no MS, com grande risco de segmentar ainda mais o olhar para a população usuária do SUS. Como sugestões, apontaram a necessidade em trabalharem com metas e indicadores de impacto e definição de financiamento; além de pontuarem a necessidade de interlocução com movimentos sociais. Como crítica, um conselheiro mencionou que a construção da política deveria ter passado por um processo de discussão mais aprofundado (BRASIL, 2009b).

Adson França respondeu aos comentários, sugestões e críticas. Em primeiro lugar, afirmou que a política passou por uma divulgação via Canal Saúde. Quanto à questão do financiamento, frisou que este estava sendo acordado com a CIT. Além disso, voltou a enfatizar, como fez na apresentação da política, que o enfoque seria a Atenção Básica e que haviam sido realizados encontros com os diferentes especialistas a fim de “convencê-los” de que não seriam criados centros especializados. Defendeu que a política foi realizada em dois anos com realização de seminários e outros envolvendo movimentos sociais. Por fim, mencionou que o Plano de Ação seria construído pelo governo e que este poderia contar com contribuições das entidades representadas no CNS (BRASIL, 2009b).

Mesmo que, na apresentação e em sua resposta aos conselheiros, Adson França tenha defendido a política como em consonância com a Atenção Básica, assim como com os princípios do SUS, sobretudo em relação à integralidade, enfatizando que a necessidade de se considerar as questões relacionadas a masculinidades, é possível perceber um deslize. Este se refere à ideia de que as mulheres consultam o ginecologista e que há menos homens que vão ao urologista. Talvez possamos supor que as preocupações dos conselheiros estejam relacionadas a esse descuido por parte do assessor. Pois implicitamente, há, aí, um discurso de que o médico de referência ao homem é o urologista e isso se torna uma contradição, pois se a política tem um olhar integral e com ênfase na Atenção Básica, como direcionar o homem ao urologista e não ao generalista da Estratégia de Saúde da Família? Ainda que com debate e questionamentos, a política foi aprovada por

⁷² Neste momento, ela estava como diretora substituta do Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas/ SAS/ MS.

unanimidade pelo Conselho Nacional de Saúde em julho de 2009 (ver Figura 2.3 – Linha do Tempo).

Ressalte-se que, apesar de sua aprovação no CNS ocorrer em 2009, a primeira versão do documento Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (princípios e diretrizes) foi lançada pela Área Técnica de Saúde do Homem em agosto de 2008 (CARRARA; RUSSO; FARO, 2009; LEAL; FIGUEIREDO; NOGUEIRA-DA-SILVA, 2012). Isso nos mostra que a aprovação ao CNS representa mais um trâmite pelo qual o documento PNAISH deveria passar, demonstrando também que essa instância serviria, posteriormente, para a legitimação da política.

Em agosto de 2009, a política foi oficialmente lançada por meio de publicação de Portaria Ministerial (CARRARA; RUSSO; FARO, 2009; LEAL; FIGUEIREDO; NOGUEIRA-DA-SILVA, 2012) (ver Figura 2.3 – Linha do Tempo).

4.3 SOBRE A ORIGEM DA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DO HOMEM

Diante do que foi exposto sobre o Percurso da Política Nacional de Saúde do Homem no Ministério da Saúde, em que disputas em torno da trajetória da política puderam se mostrar presentes entre agentes do MS ou da SBU, torna-se pertinente, agora, pensarmos sobre a origem da política. De antemão, podemos dizer que esta pode ser entendida a partir de distintas versões, algo que pode ser apreendido pelos diferentes pontos de vista dos participantes do processo e também do discurso que se formou sobre o propósito da política.

Dentre essas versões, tem-se, de um lado, um discurso que enfatiza o protagonismo do ministro da saúde, José Gomes Temporão, na definição da política, destacando desde questões de foro íntimo e pessoal, como a influência exercida pela esposa, Liliane Penello, com a oferta da leitura winnicotiana sobre desenvolvimento infantil e o papel do pai no desenvolvimento infantil⁷³ ou a intuição do mesmo no reconhecimento do problema⁷⁴, até aspectos de sua trajetória profissional, na interação com outros pesquisadores da Saúde Coletiva, com o reconhecimento de uma ausência de políticas de saúde para os homens e uma preocupação do ponto de vista epidemiológico em relação à violência e os direitos

⁷³ Essas informações foram obtidas a partir das entrevistas realizadas com Eduardo Chakora em 09 de junho de 2016 e com José Gomes Temporão em 19 de julho de 2016.

⁷⁴ Conforme mencionado pelo Deputado Jorge Silva na entrevista realizada em 18 de outubro de 2016.

sexuais e reprodutivos⁷⁵.

Ainda na linha de entendimento do protagonismo do ministro na definição da política, se apresentam discursos em torno da institucionalidade da política que teria sido construída como uma política de gabinete, numa proposta de *cima para baixo*, sem o envolvimento e atuação de movimentos sociais, como percebido por Benedito Medrado e Jorge Lyra⁷⁶. Ou mesmo desenhada no período de atuação do ministro Temporão que estaria no cargo por tempo limitado, conforme menciona Simione Silva⁷⁷.

Nessa linha argumentativa, o fato do ministro ter anunciado como meta a instituição de uma política de saúde do homem em seu discurso de posse – dentre os 22 princípios e propostas apresentados, havia no 10º ponto: “Instituir a Política Nacional de Atenção à Saúde do Homem” (TEMPORÃO, 2007) –, reforça o argumento de reconhecimento de Temporão como o responsável pela proposição dessa política. Ou seja, produziu-se uma ideia de que foi ele quem oficializou, tornou visível a necessidade de uma política de saúde do homem em 2007.

Mas há também entre os discursos dos entrevistados e nos documentos produzidos indícios importantes que denotam a presença de diferentes agentes sociais no processo de construção da política e estratégias de influência operadas no debate político constituindo o discurso de sua relevância, antes mesmo da entrada de Temporão como ministro. Essa seria outra versão possível para explicar a origem da política. Ou seja, uma estratégia utilizada para convencimento de uma nova ação da saúde nessa área foi a difusão da ideia de que havia uma lacuna no Ministério da Saúde em relação à saúde do homem, pois já existiam políticas ou programas destinados às mulheres, crianças e idosos, mas não havia para homens⁷⁸.

Nesse sentido, que é importante reconhecer o papel exercido por Eduardo Chakora na construção desse argumento. Conforme vimos anteriormente, Eduardo Chakora trabalhou desde 2006 no mapeamento de diversas instituições, públicas ou privadas do país que realizavam ações de saúde voltadas aos homens, além de realizar um levantamento da

⁷⁵ Conforme afirma José Gomes Temporão na entrevista realizada em 19 de julho de 2016.

⁷⁶ Conforme apontam nas entrevistas realizadas separadamente com ambos em 19 de agosto de 2016.

⁷⁷ A partir da entrevista realizada em 09 de junho de 2016.

⁷⁸ Gustavo Gusso na entrevista realizada em 02 de dezembro de 2016 demonstra acreditar que esse aspecto explica a necessidade de uma política de saúde do homem no Ministério da Saúde.

produção bibliográfica sobre saúde do homem⁷⁹. Esses produtos foram encomendados a ele como um trabalho de consultoria e deveriam estar prontos, antes de Temporão tomar posse como ministro da saúde, como forma de oferecer *um embasamento para a formulação de uma política* para a Área de Saúde do Homem (Eduardo Chakora, entrevista em 09 de junho de 2016). Isso ocorreu antes mesmo da criação da Área Técnica de Saúde do Homem (ATSH) no Ministério da Saúde. Ou seja, a saúde do homem não surge somente no discurso de posse de Temporão, mas possui relação com uma demanda que surgiu no final do primeiro mandato do Governo Lula quando ele ainda era secretário de atenção à saúde.

Segundo Carrara, Russo e Faro (2009, p. 676), Temporão, quando ainda era secretário de atenção à saúde do MS, “tentou criar centros de atenção à saúde no setor privado para melhorar a assistência à saúde do homem”.

Até aqui, podemos pensar ainda que a entrada da saúde do homem esteve centrada em José Gomes Temporão, mas antes mesmo deste assumir o cargo de ministro da saúde, essa ideia de saúde do homem já se encontrava presente no MS. Isso nos mostra que o discurso em torno do protagonismo de Temporão na proposição de uma Política Nacional de Saúde do Homem precisa ser mais explorado. Se tomássemos as contribuições de Kingdon (1995) sobre abertura de uma janela de oportunidades, poderíamos acreditar que a mudança de gestão ministerial teria sido algo fundamental para a entrada do tema na agenda governamental. Porém, a partir do que expusemos até aqui, parece que a influência de Temporão acontece mesmo antes de se tornar ministro, quando ainda atuava como secretário de atenção à saúde.

Aí, podemos nos questionar: a demanda de saúde do homem no Ministério da Saúde surge a partir de quem? Por que a busca ativa por argumentos em levantamento bibliográfico?

Carrara, Russo e Faro (2009) e Müller e Birman (2016) indicam, em seus estudos, o movimento e a pressão exercida pela Sociedade Brasileira de Urologia (SBU) junto ao MS, antes mesmo de Temporão assumir o cargo de ministro da saúde.

Segundo Sidney Glina, a SBU, desde os anos 2000, já havia iniciado uma política mais voltada ao câncer de próstata, realizando campanhas de esclarecimento contando com participação de artistas de televisão, jogadores de futebol em campeonato brasileiro, por

⁷⁹ De maneira complementar às entrevistas concedidas por Eduardo Chakora, essas informações foram obtidas pelo acesso ao contrato de serviços estabelecido entre Eduardo Chakora e Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), em 2006, para atuar no Ministério da Saúde e sua cópia foi disponibilizada pelo próprio Eduardo Chakora em 25 de outubro de 2017.

exemplo, para dar visibilidade ao câncer de próstata⁸⁰. Outra ação realizada foi o Simpósio sobre Saúde do Homem promovido pelo chefe da clínica urológica, na época, do Hospital das Forças Armadas (HFA), José Carlos de Almeida, em 2004, contando com a presença de médicos e com objetivo de dar visibilidade à especialidade considerada *escondida e estigmatizada*. Ainda, conforme José Carlos de Almeida, esse Simpósio foi o pontapé inicial para plantar essa semente da saúde do homem no Brasil⁸¹ (Figura 2.3 – Linha do Tempo).

Segundo Aguinaldo Nardi, outras ações também foram realizadas pela SBU, como o envio a Temporão, quando este era secretário da SAS, em 2005, de um dossiê sobre um estudo epidemiológico sobre câncer de próstata realizado pela seccional São Paulo, na sua gestão como presidente da SBU neste estado⁸².

A partir do simpósio realizado no HFA, foram criados, posteriormente, os Fóruns de Saúde do Homem assumidos pela Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados na pessoa do Deputado José Rafael Guerra (PSDB/MG). A interlocução com a Câmara dos Deputados, segundo Sidney Glina, foi uma iniciativa de José Carlos de Almeida que, juntamente com ele, quando estava como presidente da SBU durante os anos 2006 e 2007, articularam para que o tema pudesse entrar na pauta de discussão no Poder Legislativo⁸³. Dessa forma conseguiram com que o II Fórum, intitulado de Políticas Públicas em Saúde e Doenças do Homem, pudesse ser realizado, em 30 de maio de 2006, na Câmara dos Deputados (Figura 2.3 – Linha do Tempo). Este fórum teve um enfoque nas doenças urológicas e nos urologistas, sendo presidido por Sidney Glina (BRASIL, 2006a; 2006b). Além disso, uma carta foi lida ao final do evento como de autoria da SBU, Comissão de Seguridade Social e Família e Frente Parlamentar de Saúde solicitando a criação no Ministério da Saúde de uma área que pudesse pensar a política de saúde do homem, havendo a participação da SBU.

Ainda em 2006, José Carlos de Almeida afirma que, como presidente eleito da SBU, envia um telegrama ao presidente Lula para que pudesse realizar uma audiência

⁸⁰ Informação obtida a partir da entrevista realizada com Sidney Glina em 02 de dezembro de 2016.

⁸¹ Informações obtidas a partir da entrevista realizada com José Carlos de Almeida em 17 de outubro de 2016.

⁸² Informações obtidas a partir da entrevista realizada com Aguinaldo Nardi em 01 de dezembro de 2016.

⁸³ Informações obtidas a partir da entrevista realizada com Sidney Glina em 02 de dezembro de 2016.

sobre assuntos relacionados à saúde masculina. A audiência não ocorreu, conforme informa José Carlos de Almeida. No entanto, ele afirma que a assessoria do presidente da República, encaminhou uma resposta ao telegrama afirmando que a solicitação seria atendida e que, para isso, seria encaminhada ao Ministério da Saúde uma solicitação para que pudessem estudar a possibilidade de criação de uma coordenação de saúde do homem⁸⁴. É interessante ressaltar que foi neste mesmo ano que Eduardo Chakora foi contratado para iniciar o trabalho de consultoria que dizia respeito à saúde do homem.

Dessa forma, José Carlos de Almeida explicita:

(...) a gente que... [nós] fomentamos esse documento, esse documento foi criado e foi editado, por uma pressão positiva e um fomento da própria Sociedade [Brasileira de Urologia] que começou em 2006. (...) o Ministério da Saúde sentiu na obrigação de dar uma resposta à Sociedade, esse documento surgiu com a semente plantada em 2006. Então, mudamos tabela, alteramos alguns itens de procedimento da própria tabela do SUS. (...) mudamos a vasectomia para, para a cirurgia esterilizadora masculina, algumas coisinhas mínimas foram feitas, mas muito pouco diante da dimensão do problema. (José Carlos de Almeida, entrevista em 17 de outubro de 2016).

Além disso, segundo Sidney Glina, quando José Gomes Temporão já estava no cargo de ministro da saúde, a SBU se reuniu com ele para que pudesse dar visibilidade aos Fóruns, além de solicitar apoio do MS para realização de campanhas, como a de prevenção de câncer de pênis realizada em 2007 no Estado do Maranhão. Apesar do Ministério da Saúde não ter entrado como parceiro desta campanha, conseguiram outra forma de parceria com o Ministério da Defesa e, assim, realizaram uma campanha de prevenção ao câncer de pênis no estado do Maranhão. A escolha deste estado foi justificada, tanto por José Carlos de Almeida quanto por Sidney Glina, pelo número significativo de casos confirmados da doença. Ainda para Sidney Glina, essas campanhas podem ser vistas como o *embrião* do Novembro Azul⁸⁵.

Apesar de todo esse movimento, alguns dos urologistas entrevistados, como Aguinaldo Nardi e Deputado Jorge Silva (PHS/ES), afirmam que o mérito da política é de José Gomes Temporão, o que é interessante destacar, pois, apesar da importante atuação da classe médica para a definição de ações para a saúde do homem, manter o mérito da

⁸⁴ Informações obtidas a partir da entrevista realizada com José Carlos de Almeida em 17 de outubro de 2016.

⁸⁵ Informações obtidas a partir da entrevista realizada com Sidney Glina em 02 de dezembro de 2016.

política na figura do ministro é uma forma de depositar no Estado aquilo que é sua característica, apresentar-se como um interesse universal (BOURDIEU, 2014).

Pelo que parece o movimento realizado, em anos anteriores, pela SBU foi acolhido por Temporão, desde quando ocupava o cargo de secretário de atenção à saúde e mais ainda quando assumiu o cargo de ministro da saúde, mesmo que tal influência não tenha sido mencionada por ele na entrevista realizada. Isso nos sugere que tenha havido, por parte dele, considerando sua trajetória no campo da saúde como médico, mas também gestor e pesquisador da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), e tendo atuado no movimento da Reforma Sanitária nos anos 1970 e 1980, uma tentativa de equilibrar dois pontos de vista sobre a saúde do homem. Um deles, que não é explicitado em suas falas, está relacionado à medicina, representada pela SBU, e outro baseado no discurso da Saúde Coletiva. Conforme veremos, isso foi suficiente para tensionar, posteriormente, o debate sobre a saúde do homem, nos mostrando que, longe de se tratar de um processo de construção de política harmônico e consensual, houve conflitos entre os agentes que ora se identificam a diferentes racionalidades.

Se olharmos para o discurso posterior à construção da PNAISH, é possível perceber, pelos relatos de Simione Silva, que há uma ideia de que se tratou de uma política, cuja demanda partiu do então Presidente da República que questionava a existência de *saúde pra mulher* e a ausência de *saúde pra homem*, além de que a política deveria possuir um enfoque para além da próstata⁸⁶. Esses questionamentos, segundo ela mesma informa, encontraram eco em Temporão, devido à *alguma coisa ligada à profissão da esposa na época* no que tange aos *processos de gestação, parto e puerpério, muito vinculada a essa coisa da paternidade consciente, responsável, presente* e também pela sua *proximidade* com o presidente Lula (Simione Silva, entrevista em 09 de junho de 2016). Enfim, são registros que demonstram como a versão da política ligada à figura de Temporão, tal como apresentada por ele, tende a deslocar para um aspecto até pessoal como forma de tornar invisível as influências da SBU.

No entanto, os movimentos da SBU continuaram ser feitos, conforme Carrara, Russo e Faro (2009), ao longo de 2008, a SBU passou exercer uma forte pressão junto a diferentes setores do governo, a parlamentares, aos conselhos de saúde (CONASS e CONASEMS) e a outras sociedades médicas, para o lançamento de uma política voltada à saúde do homem. Uma ressalva é feita pelos autores em relação à SBU, que apesar da

⁸⁶ Neste caso, se trata de um discurso posterior, pois Simione Silva ingressou na Área Técnica de Saúde do Homem, em 2011, permanecendo aí por alguns meses.

urologia não ser uma especialidade voltada apenas para os homens, já que cuida do trato urinário de homens e mulheres em qualquer faixa etária⁸⁷, a própria SBU tende apresentá-la como tal. Isso reflete o peso das questões relacionadas à saúde masculina em seu âmbito. Além do estabelecimento de diretrizes dessa política, estavam em jogo questões corporativas como o valor pago aos urologistas pelo SUS ou a obrigatoriedade de os urologistas vinculados ao SUS serem credenciados à sociedade (CARRARA; RUSSO; FARO, 2009).

A partir do exposto, não podemos desprezar a intensa mobilização da SBU e como estrategicamente ela se articulou a agentes do Estado com poder de decisão. Ao mesmo tempo, não podemos reduzir a ideia de construção de uma política a apenas um agente ou a um evento. Isso porque houve todo um movimento paralelo, ao que era feito pelo Ministério da Saúde, sendo realizado pela SBU como a realização das campanhas de prevenção ao câncer de próstata e de pênis, além de um movimento direto como envio de um telegrama ao então presidente Luiz Inácio Lula da Silva (Figura 2.3 – Linha do Tempo). Isso nos sinaliza que houve diversos cenários e agentes atuando em prol da saúde do homem e como veremos no capítulo 5, pesquisadores e acadêmicos também podem ser vistos dessa forma ao publicarem um número temático na Revista Ciência & Saúde Coletiva (2005). Neste caso, podemos pensar que a SBU atuou como um agente social que, naquele momento, utilizou todo o seu capital social para mobilizar políticos do Ministério da Saúde e da Defesa e, assim, buscou se firmar como uma especialidade interessada na saúde do homem. Agindo dessa forma, a SBU conseguiu legitimar seus interesses, ao se apoiar em órgãos do Estado para que seu discurso pudesse ser proferido e sendo, ao mesmo tempo, disseminado como desinteressado, neutro. E Temporão – desde quando era secretário de atenção à saúde deu os rumos para o seus argumentos como futuro ministro da saúde – preferiu não assumir a pressão da SBU e toma para si a prioridade da política. Ao fazer isso, Temporão direciona a política para um caminho que levará a uma disputa de racionalidades, conforme veremos, sendo instaurado alguns conflitos no processo de construção da PNAISH.

Essa é apenas uma forma de entender o processo de forma a considerar o envolvimento e a influência de outros agentes sociais, no contexto de influência para definição e construção de uma política de saúde, que extrapola o cenário governamental, ou seja, está para além de ministros e gestores.

⁸⁷ Conforme nos informa também José Carlos de Almeida em entrevista.

5 A PARTICIPAÇÃO NA CONSTRUÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM (PNAISH)

A medicina é uma ciência social e a política nada mais é do que medicina em grande escala.

Virchow, apud Maria Cecília Donnangelo e Luiz Pereira

No capítulo 4, vimos como a Política Nacional de Saúde do Homem foi se conformando enquanto tal desde sua concepção até que, envolvendo diversos convidados, pudesse se tornar um texto de política. Esses convidados, conforme apontamos, participaram de diversos seminários promovidos pela Área Técnica de Saúde do Homem (ATSH) e foram ora convidados ou selecionados por Ricardo Cavalcanti, que estava atuando como coordenador, ora por Eduardo Chakora que acreditava ter uma visão diferente sobre quem deveria estar presente.

Neste capítulo, iremos focar nos agentes sociais que participaram do processo de construção da política e aqueles que estiveram presentes na construção do documento PNAISH. Iremos considerar como a participação de cada um deles aconteceu. Para isso, é importante colocar em questão de que participação estamos falando. Afinal, não se trata de uma participação conforme as institucionalizadas nos Conselhos e Conferências de Saúde, sejam locais, municipais ou estaduais. Tampouco estamos nos referindo a ações realizadas ativamente por diversos movimentos sociais.

Dessa forma, este capítulo está dividido em duas sessões. A primeira irá apresentar a participação em si no processo de construção da PNAISH, assim focaremos nos agentes sociais individuais e coletivos e nos seus discursos sobre o processo. E depois, teceremos algumas considerações sobre essa participação retomando as contribuições dos diferentes autores que compõem esta tese e introduzindo outros que nos ajudam a pensar o processo no âmbito da Saúde Coletiva.

5.1 A PARTICIPAÇÃO DOS DIVERSOS AGENTES SOCIAIS NO PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DA PNAISH

O processo de participação dos diferentes agentes sociais na construção da PNAISH ocorreu a partir de um convite para que pudessem participar de Seminários. Estes

foram organizados pela Área Técnica de Saúde do Homem para ocorrerem no período de abril a maio de 2008 (BRASIL, 2008f). Dessa forma, como especialistas em diversos assuntos, os participantes poderiam contribuir para a construção do documento da Política Nacional de Saúde do Homem.

Assim, para que o documento da PNAISH pudesse ser elaborado, de acordo com o coordenador da Área Técnica de Saúde do Homem da época, Ricardo Cavalcanti, foi necessário se pautar, em grande parte, no conhecimento de especialistas médicos para a construção do documento. Isso pode ser compreendido pela postura do coordenador frente ao processo de construção do documento, quando diz:

[...]“*eu vou convocar para um seminário de três dias aqui os urologistas, os cardiologistas, os... Eu quero saber deles, qual é a opinião deles e não a minha*”. (...) “*Eu quero ouvir a opinião deles*”. Então, eu fiz chamado... Chamei o presidente da Sociedade de Urologia, que era um professor... Me esqueci o nome dele. Zé Carlos. Zé Carlos, que é uma pessoa encantadora por sinal. Depois, ficamos muito amigos. Chamei o professor de cardiologia da USP, que era o presidente da Sociedade de Cardiologia. Enfim, [convidei] os presidentes das sociedades antes e disse, “*olha, eu quero fazer com você, cardiologista, um seminário de três dias, aqui*”. “*O ministério vai pagar passagem das pessoas que você indicar*”. “*Agora, eu quero cardiologista do norte e do sul. Me arrume cardiologista do Amazonas, de Rondônia, por aí, naquelas bandas de lá, e lá no Rio Grande do Sul, eu quero ver todas as opiniões e no meio você enxerga*”. (Ricardo Cavalcanti, entrevista em 23 de novembro de 2016).

Esse pode ser um exemplo de como o documento da política deveria ser construído. Assim, podemos enxergar que Ricardo Cavalcanti, como líder do processo decisório, convidou especialistas médicos e que, em sua visão, poderiam deter conhecimento sobre a população brasileira sobre as questões que desejava entender sobre a saúde do homem.

Dessa forma, os Seminários foram organizados conforme as especialidades médicas, exceto o de Saúde Mental que foi realizado nos dias 25 e 26 de abril de 2008, conforme o planejamento inicial⁸⁸. Este Seminário contou com a participação do Instituto Papai e da ONG Promundo, assim como da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP),

⁸⁸ Em nota técnica de 25 de março de 2008, o coordenador da Área Técnica de Saúde do Homem, Ricardo Cavalcanti, solicita passagens, hospedagens e alimentação, assim como infra-estrutura para que os convidados pudessem comparecer às respectivas reuniões denominadas como Saúde Mental, Urologia, Pneumologia, Cardiologia, Gastroenterologia. Esta nota técnica contém o planejamento para realização dos Seminários que deveriam ocorrer em dois dias entre o período de abril e maio de 2008. No entanto, parece que o Seminário de Pneumologia e Tisiologia ocorreu em 06 e 07 de junho de 2008.

pesquisadores e ativistas sociais⁸⁹. Segundo informações contidas no Relatório Síntese deste Seminário, os encontros ocorreram em 3 turnos. Em um primeiro momento, a equipe da ATSH fez uma explanação sobre o perfil de morbimortalidade masculina no Brasil e apresentaram também as linhas gerais da Política Nacional de Saúde do Homem. A explanação foi realizada por Ricardo Cavalcanti sob direção de Adson França. Em seguida os 46 convidados foram divididos em 4 subgrupos, assim definidos: Adesão a Programas de Saúde; Agressões; Suicídios; Acidentes de Transportes. O objetivo era produzir reflexões éticas, políticas, conceituais e metodológicas em torno desses quatro temas. Ao final do Seminário, um representante de cada subgrupo apresentou a síntese das discussões e proposições que foram realizadas em cada grupo de trabalho para todos os convidados⁹⁰.

Depois, seguiu-se à realização do Seminário com a Sociedade Brasileira de Urologia (SBU) ocorrido no período de 09 e 10 de maio de 2008 abordando temas como: Hiperplasia Prostática Benigna; Câncer de próstata e de pênis; Planejamento Familiar Masculino; e Medicina Sexual⁹¹. Houve Seminários também com a Sociedade Brasileira de Cardiologia ocorrido no período de 23 e 24 de maio de 2008⁹²; com a Federação Brasileira de Gastroenterologia realizado em 30 e 31 de maio de 2008⁹³; e por fim, com a Sociedade de Pneumologia e Tisiologia ocorrido em 06 e 07 de junho de 2008⁹⁴. Além dessas Sociedades Médicas, houve a participação também da Sociedade Brasileira de Família e Comunidade (SBMFC) que, por sinal, não é mencionada nem nos documentos consultados, nem por Ricardo Cavalcanti, mas segundo Eduardo Chakora, a Saúde da

⁸⁹ Acredita-se esses ativistas sociais se referem aos representantes da Associação Brasileira de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais (ABGLT).

⁹⁰ As informações e relatórios do Seminário de Saúde Mental foram obtidos através de arquivos pessoais de Benedito Medrado e adquiridos no mesmo dia da entrevista concedida a esta pesquisa (ANEXO D – Relatório Síntese do Seminário de Saúde Mental).

⁹¹ Conforme Relatório Final do Seminário realizado com a Sociedade Brasileira de Urologia no Ministério da Saúde obtido junto à Coordenação de Saúde do Homem do Ministério da Saúde em 10 de junho de 2016.

⁹² Conforme lista de presença do Seminário realizado com a Sociedade Brasileira de Cardiologia no Ministério da Saúde obtida junto à Coordenação de Saúde do Homem do Ministério da Saúde em 10 de junho de 2016 (BRASIL, 2008g).

⁹³ Conforme relatório final do Seminário realizado com a Federação Brasileira de Gastroenterologia no Ministério da Saúde obtido junto à Coordenação de Saúde do Homem do Ministério da Saúde em 10 de junho de 2016.

⁹⁴ Conforme relatório final do Seminário da Especialidade de Pneumologia, Brasília, DF, realizado em 06 e 07 de junho de 2008, obtido junto à Coordenação de Saúde do Homem do Ministério da Saúde em 10 de junho de 2016.

Família era um agente importante para estar no processo de construção do documento⁹⁵.

Para cada Seminário foram previstos 55 participantes divididos da seguinte maneira: 27 presidentes estaduais das Sociedades Médicas; 5 membros da diretoria dessas sociedades; 7 representantes de Universidades; 6 representantes do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS); 10 representantes de áreas do Ministério da Saúde, como Secretaria Executiva (SE), Secretaria de Vigilância à Saúde (SVS), Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP), Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPES), Departamento de Atenção Básica (DAB), Departamento de Atenção Especializada e Temática (DAET), Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas (DRAC) e Instituto Nacional do Câncer (INCA)⁹⁶ (BRASIL, 2008g).

Dessa forma, os diversos especialistas foram chamados para compor os eventos em momentos distintos. Isso significa que, por exemplo, a cardiologia ou a urologia foram convidadas para discutirem aspectos relacionados às duas questões iniciais: uma delas relacionada ao motivo dos homens não frequentarem os serviços de saúde e a outra sobre as causas de adoecimento e mortalidade dos homens, conforme aquelas especialidades. O que chama atenção é que o evento em que as ONGs, pesquisadores e ativistas foram convidados para debater foi em um evento intitulado de Saúde Mental.

É possível reconhecer que Eduardo Chakora percebeu um peso forte tanto para as doenças, quanto para as especialidades, principalmente, de cardiologia e de urologia. O que fez foi atuar nessa mediação convidando as ONGs, ativistas e pesquisadores. Isso nos mostra que se havia essa necessidade de mediar significa que a tal integralidade, tal como consta no título da PNAISH e o olhar para o homem não eram assim tão valorizados.

Isso nos mostra, de antemão, que havia uma racionalidade biomédica guiando o processo, já que esta tende a dividir não só o corpo humano em sistemas, mas também de fazer uma correspondência de cada sistema (ou problema) a uma especialidade médica (CAMARGO JR., 2005). Assim, enquanto a Saúde Mental entrou como um campo com a presença de diversos agentes sociais, os demais Seminários foram guiados pelas especialidades médicas. Porém, todos os Seminários se pautaram nos agravos e doenças que, naquele momento, acometiam os homens, explicitando-nos que são as doenças que

⁹⁵ Conforme afirma na entrevista realizada em 09 de junho de 2016.

⁹⁶ Conforme a Nota Técnica de 25 de março de 2008 da ATSH/ DAPES/ MS, o INCA deveria estar presente somente nos Seminários que envolviam a SBU (BRASIL, 2008g).

tinham que conduzir a atenção integral à saúde do homem.

Para que o leitor possa compreender melhor esses aspectos, neste capítulo, serão apontadas as formas como cada uma dessas especialidades, médicas ou não, entraram para a construção do documento PNAISH. No entanto, nem todas as Sociedades Médicas que foram convidadas e participaram ao longo dos Seminários, realizados em Brasília/DF, foram entrevistadas para este estudo, tendo em vista que, em seu enfoque inicial, a pesquisa se restringiu, à participação da sociedade civil no processo de construção do documento da política. No decorrer do estudo e à medida que as entrevistas foram sendo realizadas e os documentos consultados, foi possível perceber alguns conflitos existentes entre os diversos participantes em relação, sobretudo, ao modo como a SBU concebia a saúde do homem naquele momento. Esses conflitos demonstram duas concepções em jogo e que se relacionam, por sua vez, a pelo menos duas racionalidades. Uma delas se refere à racionalidade médica ou biomédica, ligada às especialidades médicas com o discurso de doenças que acometem os homens, com destaque ao câncer de próstata. E a outra se refere a um discurso pautado pela Saúde Coletiva, dando ênfase às masculinidades, às relações de gênero e à saúde mental, e que não contou, exclusivamente, com a participação de profissionais médicos, mas também de pesquisadores médicos e não médicos, ONGs e ativistas. Voltaremos a esses aspectos ao final do capítulo.

Como estamos pensando que o discurso médico extrapola o que cada especialidade traz, ou seja, ele se faz presente na sociedade como um todo, consideramos importante dar visibilidade às ideias daqueles que atuaram como uma forma de resistência ao discurso médico e, por isso, as ONGs e acadêmicos foram entrevistados. No entanto, não deixaremos de explicitar o discurso de algumas especialidades médicas que participaram do processo como a de urologia, de cardiologia e de Medicina de Família e Comunidade.

Assim, abordaremos em um primeiro momento como ocorreu a participação dessas três especialidades. Em seguida, será apresentada a dos pesquisadores e acadêmicos e, por fim, a das ONGs Papai e Promundo e do representante da Associação Brasileira de Associação Brasileira Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais (ABGLT).

5.1.1 A participação das Sociedades Médicas brasileiras

5.1.1.1 Participação da Sociedade Brasileira de Urologia (SBU)

No caso específico dos urologistas, esse estudo nos permitiu compreender sua

participação a partir de duas formas distintas. Uma delas, já apontada anteriormente, se refere a uma participação ativa, em que eles como agentes individuais e como um coletivo se mobilizaram junto à Câmara dos Deputados e ao Ministério da Saúde para que a urologia ganhasse visibilidade como especialidade médica de referência para a saúde do homem. A outra forma de participação, menos evidenciada por eles nas entrevistas, é aquela em que atuaram como *consultores* do MS para a construção do documento PNAISH.

Como agentes que atuaram ativamente do processo de construção da política, é possível destacar, dentre as ações já citadas no capítulo 4, a organização de um dossiê em 2008 que foi entregue diretamente ao então ministro da saúde José Gomes Temporão. Neste dossiê, conforme afirma José Carlos de Almeida, os problemas urológicos mais frequentes da população masculina foram relatados. Esses problemas são mencionados, por ele, como *doenças impactantes* e estão relacionadas ao câncer de próstata, à disfunção erétil e sexual e ao câncer de pênis⁹⁷.

A saúde do homem parece se resumir, na perspectiva dos urologistas, à uma preocupação com as doenças ligadas à especialidade médica sendo vista como *situação urológica* do homem. Isso nos mostra como a noção de doenças impactantes e a especialidade se misturam para se referir à saúde do homem. Assim, apesar de alguns estudos apontarem que, dentre as causas de morbimortalidade, as que mais acometem os homens são as causas externas, há uma ideia de que essas causas fogem ao âmbito de atuação da medicina e, por isso, passam a não se prioridade, conforme afirma José Carlos de Almeida:

Porque nós tínhamos algumas prioridades. Isso envolve lidar com... As causas externas, isso aí envolve a parte psicológica, a parte social, a educação, envolve uma série de agentes muito mais complexa de demonstrar causa e efeito e nós não podíamos perder o foco. Nós temos uma especialidade, nós temos uma Sociedade Brasileira de Urologia, onde nosso foco eram as doenças impactantes do homem e como fazer para proteger esse homem no sentido de ter acesso, de ter medicamentos garantidos, de acolher esse homem e evitar mais transtornos. (José Carlos de Almeida, entrevista em 17 de outubro de 2016).

O argumento utilizado em relação à especialidade sugere que a prática médica deve ter um foco na técnica, que se reduz à cura de enfermidades, como se a própria medicina

⁹⁷ Informações obtidas a partir de entrevista realizada com José Carlos de Almeida em 17 de outubro de 2016.

não pudesse ser vista também como prática social e também política⁹⁸. Dessa forma, o discurso da SBU em torno da saúde do homem vai se construindo, conforme a ideia de doenças urológicas e vai ganhando outros espaços, começando pelo Hospital das Forças Armadas (HFA) com o I Fórum de Políticas Públicas em Saúde e Doenças do Homem realizado pela Sociedade Brasileira de Urologia, no período de 21 a 24 de março de 2005, com o objetivo “despertar a atenção da população masculina no aspecto da própria saúde” (ANEXO C – Programação dos Fóruns de Saúde do Homem) e coordenado pelo General-de-Brigada, o Médico Milton Braz Pagani e o próprio José Carlos de Almeida⁹⁹. Seguindo para a Câmara dos Deputados, cujo exemplo é a criação dos Fóruns sobre Saúde do Homem.

Nesses Fóruns, o Ministério da Saúde, o INCA, o HFA além de deputados e senadores e outras especialidades médicas, como a cardiologia, foram convidados a debater sobre “doenças” que acometem os homens (BRASIL, 2006a; 2006b; 2007; 2008a; 2008b; 2009a). Se analisarmos do II ao V Fóruns, é possível perceber como a centralidade dos mesmos concernem às doenças urológicas que acometem os homens e à atuação dos urologistas frente a essas doenças. No III Fórum, conforme sua programação (ANEXO C – Programação dos Fóruns de Saúde do Homem), é possível perceber que há outros temas que foram considerados, como DST e violência, além de contarem com a presença de um conferencista da ONG Papai para abordar “Direitos sexuais/reprodutivos e o homem”.

Os II, III, IV e V Fóruns foram promovidos pela Comissão de Seguridade Social e Família e pela Frente Parlamentar da Saúde da Câmara dos Deputados, mas foram conduzidos por José Carlos de Almeida. A composição dos mesmos variou de um Fórum a outro.

O II Fórum foi presidido por deputados representantes da Comissão de Seguridade Social e Família e da Frente Parlamentar de Saúde que, na época, tinham como presidentes os deputados Simão Sessim (Partido Progressista/ Rio de Janeiro - PP/RJ) e Rafael Guerra (PSDB/MG), respectivamente. Ambos não estiveram presentes no primeiro turno de realização do Fórum sendo representados pelos Deputados Eduardo Barbosa (PSDB/MG) e Ronaldo Caiado (Democratas/ Goiás – DEM/GO), respectivamente, e representantes do

⁹⁸ Ver Maria Cecília F. Donnangelo e Luiz Pereira, especialmente Parte I “Medicina e Estrutura Social” composta pelos capítulos 1 e 2 intitulados, respectivamente, por Medicina: prática técnica, prática social e Medicina na sociedade de classes.

⁹⁹ Conforme informações obtidas junto à secretaria do escritório da SBU de Brasília, não há registros como atas, documentos, gravações, etc. do I Fórum, já que este foi realizado no HFA e nesta época não era a mesma secretaria.

Ministério da Defesa. Além desses, estavam presentes o Presidente da SBU, Sidney Glina, alguns médicos urologistas e outros também atuantes tanto na urologia em diferentes subespecialidades quanto na docência em universidades. Como representantes do Ministério da Saúde, houve a presença de Elizabeth Hernandez e Neildil Espíndola da Costa (BRASIL, 2006a; 2006b).

O II Fórum constituiu-se de apresentações dos médicos urologistas, com intervenções breves por parte dos deputados presentes. É possível perceber que a ênfase dada por esses participantes, ao longo do Fórum, é diversa. Podemos interpretá-las a partir de aspectos que ora se relacionam com a saúde do homem, pensada na redução da mortalidade masculina por problemas urológicos, ora pensando no trabalho e remuneração dos urologistas, ou mesmo refletindo sobre a necessidade de se educar a população leiga quanto às doenças urológicas. As apresentações consistiam em mostrar as diversas doenças urológicas, como neoplasias, incluindo a de próstata, de pênis e de rim e situações relacionadas à sexualidade, como a disfunção erétil. Essas apresentações foram realizadas a partir de um discurso técnico que abordam as causas, os fatores de risco, assim como o tratamento das doenças e as cirurgias para os casos apontados. As apresentações se pautaram em vivências dos urologistas, assim como dos deputados, na prática cotidiana. No âmbito da racionalidade médica, é possível identificar algumas contradições. Um delas se refere à tendência da experiência individual do médico ser muito valorizada, ao mesmo tempo em que há uma intenção de tornar suas teorias como gerais e universais (CAMARGO JR., 2005).

Essa ideia de saúde do homem foi reforçada por representantes do Ministério da Defesa com o discurso de que a saúde dos militares era uma das preocupações para as Forças Armadas e que, para isso, tinham a intenção de propor um protocolo entre o Ministério da Defesa e a SBU para estabelecerem diretrizes gerais para as atividades de saúde e assistência das Forças Armadas apontando a necessidade de aumentarem a detecção do câncer de próstata.

O III Fórum de Políticas Públicas e Saúde do Homem, ocorrido em 31 de maio de 2007, foi composto por: deputado Ribamar Alves (Partido Socialista Brasileiro/ Maranhão – PSB/MA), como 2º vice-presidente da Comissão de Seguridade Social e Família; e deputado Rafael Guerra (PSDB/MG), como presidente da Frente Parlamentar da Saúde; deputados Clodovil Hernandez (Partido Trabalhista Cristão/ São Paulo – PTC/SP) e Jair Bolsonaro (Partido Progressista/ Rio de Janeiro – PP/RJ); Capitão de Mar e Guerra e Médico Alexandre Sherman, gerente da Divisão de Saúde do Ministério da Defesa; José

Carlos de Almeida, presidente eleito da gestão 2008-2009 da Sociedade Brasileira de Urologia e Coordenador do Fórum; Adson Roberto França dos Santos – como representante do ministro da saúde, José Gomes Temporão – aparecendo, pela primeira vez, representando o MS no Fórum. Este Fórum teve como objetivos divulgar e informar sobre a importância da prevenção e tratamento de doenças que acometiam os homens. A organização foi da SBU e os deputados os apoiaram como forma de conscientizar a sociedade, visando à implantação de políticas públicas para o homem (BRASIL, 2007).

Adson França, neste Fórum, anunciou o lançamento da Política Nacional de Planejamento Familiar, afirmando que era um ganho para a sociedade brasileira poder decidir sobre os diversos métodos contraceptivos. Destacou que a vasectomia foi incorporada à política “como um dos itens mais importantes” (BRASIL, 2007). E ressaltou uma conversa com o presidente da SBU, Sidney Glina, sobre os avanços com o aumento da realização das vasectomias no país, afirmando como uma novidade o rompimento do teto para cada estado do país realizar o procedimento. Houve também apresentação de aspectos relacionados às doenças que acometiam os homens, com ênfase ao câncer de próstata e de pênis, além de apontarem a dificuldade de acesso ao tratamento de doenças pelo SUS. Destacaram de maneira enfática a importância de parcerias entre a SBU, MS e com o Legislativo. Neidil Espíndola estava como responsável pela Área Técnica de Saúde do Homem, neste momento, que havia sido recém criada no MS. Afirmou que, para o então ministro da saúde Temporão, a saúde do homem era uma de suas prioridades trabalhando-a visando a promoção de saúde, algo que teria que levar em consideração a qualificação dos profissionais de saúde, a elaboração de protocolos e tendo como porta de entrada no sistema a Atenção Básica.

O IV Fórum de Políticas Públicas e Saúde do Homem, ocorreu em 07 de agosto de 2008 e, no mesmo dia houve também, no período da manhã uma Audiência Pública sobre Políticas Públicas e Saúde do Homem realizada pela Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados. Esta audiência teve como participantes médicos urologistas, tais como Valdemar Ortiz, José Carlos de Almeida, Aguinaldo Nardi e Ubirajara Ferreira. Como deputados, estavam presentes Rafael Guerra (PSDB/MG), Jofran Frejat (Partido Trabalhista Brasileiro/ Distrito Federal – PTB/DF) e Rita Camata (Partido do Movimento Democrático Brasileiro/ Espírito Santo – PMDB/ES). Além desses, representando o MS, estava presente o então diretor do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas da Secretaria de Atenção à Saúde do MS, Adson França e Ricardo Cavalcanti como coordenador da ATSH (BRASIL, 2008a; 2008b).

É possível perceber que, tanto a Audiência Pública quanto o IV Fórum, houve permanência da ideia de que a saúde do homem tinha como aspecto principal o câncer de próstata e houve ênfase na assistência prestada por médicos urologistas. A ideia de mercado de trabalho estava acompanhada do discurso de que era preciso melhorar os salários dos médicos. Junto a isso, foi trazida a ideia de que os hospitais precisavam acompanhar os “avanços tecnológicos” para permitir que os urologistas pudessem atuar (BRASIL, 2008a; 2008b).

Houve uma comparação feita pelo médico urologista Valdemar Ortiz entre a assistência prestada à mulher e ao homem. Para ele, o câncer de mama se relacionava à saúde da mulher, assim como o de próstata à saúde do homem. Ainda, é possível perceber uma ênfase dada às neoplasias como as que mais acometiam os homens, sendo destacados o câncer de rim, de pênis e de testículo (BRASIL, 2008b).

Para o Presidente da SBU, José Carlos de Almeida, era preciso dar uma ênfase às doenças da próstata que incluía o câncer de próstata e a hiperplasia benigna da próstata. Apesar de reconhecer que existiam outros problemas, ele enfatizou que as prioridades deveriam ser essas. Aguinaldo Nardi fez sua apresentação dando ênfase a esses aspectos e afirmando que era preciso rever os honorários dos médicos. Além disso, apresentou as possibilidades de resolução dos problemas masculinos com a expectativa de:

criação de Centros de Saúde do Homem, locais preparados para oferecer atendimento integral à saúde masculina, em relação, por exemplo, a câncer de próstata, a doenças sexualmente transmissíveis, a planejamento familiar, a hiperplasia de próstata, além da disfunção erétil (Aguinaldo Nardi na Audiência Pública Políticas Públicas e Saúde do Homem, BRASIL, 2008b, p. 14).

É possível a partir dessa fala de Aguinaldo Nardi que o discurso sobre atenção integral foi incorporado pelos médicos. No entanto, a integralidade, aqui, está se referindo à integração de doenças ou de algumas ações que pudessem ser realizadas em locais específicos para os homens e com abordagem dos urologistas. Enquanto o discurso dos representantes do MS era de que a atenção ao homem fosse feita pela Atenção Básica ou com interlocução com ela e com olhar para a promoção da saúde e prevenção de agravos, alguns urologistas, como Sidney Glina, defendem a porta de entrada pela disfunção erétil via esses centros de saúde do homem (BRASIL, 2008b). Ricardo Cavalcanti, apesar de se intitular como “cônsul da urologia dentro do ministério”, faz uma crítica sobre a atuação dos urologistas frente à disfunção erétil que tem como causa aspectos psicogênicos e que

seria um dever dos urologistas compreenderem essas causas e não apenas medicar.

O tema “Planejamento Familiar” foi retomado, na Audiência Pública, sendo defendida a vasectomia, apesar de não ser considerada como primeiro recurso, para Adson França, que estava ali representando o MS. O discurso sobre a necessidade de que os pacientes do SUS tivessem o mesmo atendimento dos que acessavam a saúde pela Saúde Suplementar foi retomado tanto por parte dos urologistas presentes como do Deputado Rafael Guerra (PSDB/MG). Apenas a Deputada Rita Camata (PMDB/ES) discordou da ideia de que o SUS era para pobres e justificou que a questão problemática do Sistema de Saúde se referia ao seu financiamento. Enfim, José Carlos de Almeida apontou a importância do urologista ser incluído no SUS e reforçou a necessidade de sua valorização.

Novamente, é possível perceber que os palestrantes se mobilizaram e se sensibilizaram frente às doenças que eram mencionadas quando as situações aconteciam no meio familiar ou na experiência imediata deles. Os deputados em defesa da SBU demonstraram, como no caso de Rafael Guerra, de que com a defesa de Temporão em relação à política de saúde do homem seria possível acelerar o processo de implantação de políticas públicas voltadas aos homens. A audiência pública e o IV Fórum foram realizados tendo como contexto a construção da PNAISH e seu encaminhamento para a consulta pública.

Por fim, o V Fórum de Políticas Públicas e Saúde Masculina, realizado em 20 de agosto de 2009, teve como participantes a Deputada Elcione Barbalho (PMDB/ Pará – PA), presidente da Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara de Deputados; Deputado Darcísio Perondi (PMDB/ Rio Grande do Sul – RS), médico e presidente da Frente Parlamentar da Saúde; Baldur Schubert como coordenador da Saúde do Homem no Ministério da Saúde; Ricardo Cavalcanti já como ex-coordenador da ATSH; Sidney Glina e Walter Koff ex-presidentes da Sociedade Brasileira de Urologia; Fernando Diaz, presidente da Comissão de Assuntos Políticos e Urológicos da SBU; Ronaldo Correa e Silva, como representante do INCA; um representante o CONASEMS; José Luiz Telles, como representante do ministro da saúde e diretor do Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas do Ministério da Saúde (BRASIL, 2009a). Este Fórum, assim como os demais, foi conduzido por José Carlos de Almeida que estava como presidente da SBU.

Este Fórum foi realizado no momento em que a PNAISH havia acabado de ter sido colocada em consulta pública, com aprovação do Conselho Nacional de Saúde e próximo ao seu lançamento pelo MS. Além disso, já se falavam na construção do Plano de Ação da política.

Assim como nos demais fóruns, houve apresentação com a retomada de temas como as campanhas realizadas pela SBU e as doenças urológicas mais comuns entre os homens. Foram apontadas, com certa indignação, as dificuldades encontradas pelos urologistas no tratamento de pacientes do SUS em comparação com aqueles prestados para pacientes dos planos privados de saúde. Para José Carlos de Almeida, os problemas estavam relacionados ao acesso à instituição hospitalar e ambulatorial pelo paciente urológico, assim como a falta de resolutividade somada à dificuldade do homem procurar pelo serviço de saúde. A ideia de prevenção vai se conformando nos fóruns para os urologistas e tende a se referir à atuação precoce do urologista frente às doenças urológicas. Discutem também como poderia ser “a política de inclusão do homem no SUS”, tendo em vista a necessidade de prevenção de doenças (urológicas) e redução das desigualdades no tratamento a essas doenças (BRASIL, 2009a).

Podemos pensar, a partir do envolvimento da SBU com os Fóruns realizados na Câmara dos Deputados, que a urologia se mostra também como um forte agente político, ao tentar difundir o seu discurso para diversos cenários buscando incluir a saúde do homem na pauta de discussão do Legislativo ou mesmo *mostrar para a sociedade brasileira a necessidade de consolidar essa política* (José Carlos de Almeida, entrevista em 17 de outubro de 2016). Além de apresentar o dossiê ao ministro da saúde, este foi também procurado pela especialidade como uma forma de divulgar os Fóruns, bem como buscar apoio para campanhas promovidas pela SBU, como a de prevenção ao câncer de pênis. Tinham, também, o interesse que o MS pudesse assumir a disfunção sexual como um problema de saúde e que, a partir disso, houvesse a distribuição gratuita de medicamentos, conforme menciona Sidney Glina¹⁰⁰. Para ele, pela disfunção sexual seria possível o homem acessar não somente o médico, mas também o sistema de saúde. Dessa forma, podemos ver como as doenças levam ao médico, enquanto o tratamento e os medicamentos permitem a entrada dos homens no sistema de saúde. *Se o homem entrar por aí [pela disfunção sexual], avalia a próstata e vê o coração. Aí, a gente começou a falar do urologista como médico do homem* (Sidney Glina, entrevista em 02 de dezembro de 2016).

É importante destacar as diversas ações da SBU frente ao MS, já que buscavam se apresentar como o médico de referência do homem. Para isso, segundo José Carlos de Almeida, tentaram também incluir a saúde do homem na Atenção Básica, sugerindo a

¹⁰⁰ Conforme afirma na entrevista realizada em 02 de dezembro de 2016.

inserção do urologista para atender a população masculina excluída¹⁰¹.

No entanto, apesar dos esforços junto ao Ministério da Saúde e de perceberem que o ministro Temporão *se mostrou aberto*, isso não foi algo suficiente para fazer *avançar* a política, conforme afirma José Carlos de Almeida. Ainda segundo ele, isso ocorre pois há uma ideia de que o MS, composto em sua maioria por epidemiologistas e profissionais de saúde não médicos, não possui abertura em relação às demandas levadas por médicos especialistas. Isso é algo que aponta, mesmo que de forma preliminar, para a existência de um possível conflito entre posições e que o MS não é uma instituição neutra, sendo também marcado, em parte, por interesses relacionados à lógica sanitária. *A relação Ministério da Saúde é sempre truncada, é sempre difícil, porque nós sabemos que o Ministério da Saúde, infelizmente, ele tem na sua pauta coisas que não gastam, que não geram despesa* (José Carlos de Almeida, entrevista em 17 de outubro de 2016). O Deputado Jorge Silva também menciona que houve uma *dificuldade inicial* na relação entre MS e SBU, que se deve ao enfoque inicial da SBU em focar o câncer de próstata¹⁰².

Assim, podemos perceber que há um conflito existente entre concepções de saúde e de cuidado que cria uma polaridade entre médicos e “não médicos”/sanitaristas. Isso nos mostra como o Ministério da Saúde, principalmente, quando se posiciona frente à medicina em defesa de pensar a saúde com base na Atenção Básica, por exemplo, é visto como contrário aos médicos especialistas.

A partir disso, podemos compreender como Ricardo Cavalcanti, médico e coordenador da ATSH, se tornou o agente que possibilitou a participação dos urologistas no processo, uma vez que promoveu um Seminário para ouvir os urologistas. Segundo Sidney Glina, Ricardo Cavalcanti tinha as mesmas intenções que a SBU¹⁰³.

Dessa forma, conforme Aguinaldo Nardi, para a construção do documento PNAISH, a ATSH contou com a presença de diversos urologistas em reuniões ocorridas em Brasília/DF sob coordenação de José Carlos de Almeida que era o presidente da SBU na época. Ainda segundo ele, as reuniões consistiram na organização de grupos de estudos

¹⁰¹ As informações contidas neste parágrafo e parte do próximo são provenientes da entrevista realizada com José Carlos de Almeida em 17 de outubro de 2016.

¹⁰² Conforme afirma na entrevista realizada em 18 de outubro de 2016.

¹⁰³ Conforme afirma na entrevista realizada em 02 de dezembro de 2016.

entre os urologistas que discutiam câncer de próstata e planejamento familiar¹⁰⁴. Sidney Glina reconhece que sua participação se restringiu em *dar aulas e falar sobre* as doenças que acometiam os homens, sendo as mesmas contribuições oferecidas à Câmara dos Deputados durante os Fóruns. Ele não se vê como um protagonista na construção do documento PNAISH. Afirma que, apenas, forneceu subsídios para sua construção, sendo José Carlos de Almeida, Aginaldo Nardi e o próprio Ricardo Cavalcanti aqueles que tiveram um papel mais relevante na escrita do documento¹⁰⁵.

José Carlos de Almeida, no entanto, reconhece o documento PNAISH como o *Programa da Saúde Integral, Saúde do Homem, cuidados da saúde do homem no Brasil* que foi lançado em agosto de 2009. E afirma que ofereceram ao MS dados sobre o *paciente urológico*, conforme a experiência vivida no consultório, e que idealizaram a criação de *Centros de Atenção à Saúde do Homem vinculados ao Posto de Saúde* junto a outras especialidades, como cardiologia e gastroenterologia¹⁰⁶.

É interessante perceber que quando a PNAISH é mencionada, José Carlos de Almeida aparenta não ter familiaridade com a sigla e acredita que não ajudaram, pois ele já havia saído da presidência da SBU e com sua saída houve uma lacuna de ações tanto em relação ao MS quanto em relação à Câmara dos Deputados. Depois, quando a PNAISH é mencionada como documento, ele afirma que participaram do lançamento da política e, neste caso, teve a participação da SBU.

Orientamos sim, ajudamos de uma forma tímida, eu diria para você, mas fomos sim, fomos... participamos de uma forma assim, não tão efetiva, mas ajudamos a compor o documento sim. [...] o documento ele tinha por objetivo minimizar a taxa de mortalidade do homem, gerar um acesso melhor a esse homem, dar a ele uma segurança maior nas doenças crônicas e combater essa doença de impacto como o câncer de próstata, câncer de pênis, disfunção sexual, a hiperplasia prostática que são doenças de massa na população masculina e o documento tinha por objetivo minimizar esse cenário. (José Carlos de Almeida, entrevista em 17 de outubro de 2016).

Há uma ideia de que o que foi discutido ao longo dos Seminários realizados pela ATSH, assim como o que foi produzido de conhecimento sobre saúde do homem, de

¹⁰⁴ Conforme afirma na entrevista realizada em 01 de dezembro de 2016.

¹⁰⁵ Conforme afirma na entrevista realizada em 02 de dezembro de 2016.

¹⁰⁶ As informações contidas neste parágrafo e no próximo são provenientes da entrevista realizada com José Carlos de Almeida em 17 de outubro de 2016.

alguma forma está presente. Contudo, há quem acredite que o processo não se concretizou. *Ele tá nesse documento final, genericamente, mas ele não tá do ponto de vista de realização, entendeu?* (Aguinaldo Nardi, entrevista em 01 de dezembro de 2016).

Para Aguinaldo Nardi, um dos objetivos do documento possui relação em reduzir o quadro de mortalidade masculina, principalmente, no que diz respeito às doenças urológicas, assim como possibilitar um acesso a Centros Especializados de Saúde do Homem¹⁰⁷. Novamente, podemos ver que a especialidade se faz presente, extrapolando a urologia e se ampliando para outras especialidades médicas, já que:

o grande, se a gente puder chamar do “pulo do gato” dessa história da construção do documento, tão bacana como esse, é ter ouvido a psiquiatria, ter ouvido a urologia, a cardiologia, pneumologia, entendeu? Quer dizer, são as especialidades médicas que puderam trazer informações pra esse grupo, realmente, depois, escrever a política. (Aguinaldo Nardi, entrevista em 01 de dezembro de 2016).

5.1.1.2 Participação da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC)

A cardiologia foi uma especialidade citada tanto por Ricardo Cavalcanti quanto por Eduardo Chakora como participante do processo de construção da PNAISH. No documento da PNAISH, há menção ao presidente da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) da época, Antônio Carlos Palandri Chagas. Segundo este, a atuação da SBC na construção da PNAISH decorre de um acordo firmado, previamente, entre essa Sociedade, durante sua gestão como presidente, e o Ministério da Saúde, na gestão de José Gomes Temporão como ministro da saúde¹⁰⁸. Esse acordo tinha por objetivo estabelecer a SBC como *consultora* do MS para aspectos relacionados à prevenção e ao tratamento de doenças cardiovasculares. Essa seria uma forma de influenciar as políticas de saúde do Ministério da Saúde para a doença cardiovascular, trabalho reconhecido como feito *a quatro mãos* (Antônio Carlos Palandri Chagas, entrevista em 30 de novembro de 2016). Algo que, para ele, extrapolaria o papel da SBC de prestar somente a capacitação de cardiologistas alocados em distintas regiões do país, pois haveria uma relação de levar o conhecimento da SBC ao MS.

¹⁰⁷ Conforme afirma na entrevista realizada em 01 de dezembro de 2016.

¹⁰⁸ As informações sobre a participação da SBC, conforme serão apresentadas neste item 5.1.1.2, foram obtidas pela entrevista realizada com Antônio Carlos Palandri Chagas em 30 de novembro de 2016.

Podemos perceber como a ideia de *consultoria* prestada por médicos especialistas parece ser uma prática comum no Ministério da Saúde, principalmente para algumas políticas ou áreas que envolvem um possível mercado às diferentes especialidades ou que se relacionam a protocolos clínicos. Podemos pensar que a Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher também contou – a despeito de haver a presença marcante do Movimento de Mulheres, do Movimento de Mulheres Negras e de trabalhadoras rurais – com a presença de especialistas para a construção de seus princípios e diretrizes (BRASIL, 2014a). A Coordenação Geral de Média e Alta Complexidade (CGMAC) do Departamento de Atenção Especializada e Temática (DAET)¹⁰⁹ da SAS também menciona a importância do apoio técnico prestado por sociedades médicas e outras entidades de classe para o planejamento de suas políticas e programas que envolvem a média e alta complexidade (BRASIL, 2014b). Mesmo que não seja explicitado pela Coordenação Geral de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas (CGAPDC) do DAET/SAS a presença de especialistas médicos como parte das políticas e programas, Antônio Carlos Palandri Chagas afirma que a SBC pode ser vista como *carro chefe* no estabelecimento de parcerias com o MS, principalmente, se considerarmos que nessa coordenação se encontram as doenças cardiovasculares.

Neste contexto em que a SBC já era parceira do MS, surgiu, para ele, a necessidade de se criar uma política de saúde do homem e, novamente, atuaram como parceiros a partir de grupos de estudos. Segundo informa, esses grupos foram formados pelos cardiologistas Emílio César Zilli, João Fernando Monteiro Ferreira, Miguel Antônio Moretti e Rui Fernando Ramos. Ricardo Cavalcanti afirma que solicitou junto a Antônio Carlos Palandri Chagas a indicação de cardiologistas *do norte e do sul*, pois desejava obter *todas as opiniões*¹¹⁰.

Antônio Carlos Palandri Chagas demonstra que sua participação foi como presidente da SBC que intermediou os contatos com os médicos que compuseram os grupos de estudo no momento da construção da PNAISH. Além disso, afirma que devido aos seus inúmeros trabalhos, já que atuava como presidente da SBC, como médico e também como professor, precisou delegar a uma comissão a participação nas reuniões ocorridas no Ministério da Saúde. Segundo nos informa ainda, esse trabalho foi feito junto à urologia e à psiquiatria. E isso fez com que o processo pudesse ser visto como

¹⁰⁹ Onde se encontra, atualmente, a Coordenação de Atenção à Saúde do Homem.

¹¹⁰ Conforme afirma Ricardo Cavalcanti na entrevista realizada em 23 de novembro de 2016.

democrático, já que os diferentes interesses foram considerados igualmente.

Colocando-se isso em valores, ninguém pode ser superior ao outro e eu vejo que foi bem adequado, foi uma construção, na realidade se construiu um documento, sem que eu fosse melhor do que o próximo (...) Eu vejo de uma forma democrática. Eu acho que o grande problema do projeto, honestamente, na minha opinião, não foi o projeto em si, foi a não operacionalização da propostas. Esse foi, eu acho, o grande problema. (Antônio Carlos Palandri Chagas, entrevista em 30 de novembro de 2016).

Pelo seu discurso, não é possível perceber a existência de conflitos entre a cardiologia e outros participantes, algo que, para Eduardo Chakora, se deve ao reconhecimento dessa especialidade na sociedade como um todo, algo que a garante no mercado da saúde¹¹¹. Neste ponto, podemos pensar que a disputa em jogo se dá tanto pelo reconhecimento que possa garantir um mercado na saúde, como no caso da urologia, quanto por um saber sobre o tema saúde do homem, como no caso dos demais participantes.

5.1.1.3 Participação da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC)

Outra especialidade médica que esteve presente para a construção do documento PNAISH, porém com uma ideia um pouco distinta das demais, foi a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) que contou com a presença de Gustavo Gusso para participar dos encontros, em 2008, quando ele se encontrava como presidente da SBMFC.

Gustavo Gusso afirma que o processo de construção da PNAISH ocorreu no período de um ano ou de um ano e seis meses até o lançamento da política em 2009¹¹². Demonstra não se recordar muito deste momento, mas acredita que ocorreram, aproximadamente, três encontros separados das demais sociedades médicas e outros encontros juntos com diversos participantes como pesquisadores sanitaristas, como Wagner Figueiredo, algumas ONGs, das quais não se lembra o nome, além de pessoas vinculadas ao MS. Segundo informa, esses encontros aconteciam na OPAS ou no MS em Brasília/DF.

¹¹¹ Conforme afirma Eduardo Chakora na entrevista realizada em 25 de outubro de 2016.

¹¹² As informações sobre a participação da SBMFC, conforme serão apresentadas neste item 5.1.1.3, foram obtidas pela entrevista realizada com Gustavo Gusso em 02 de dezembro de 2016.

Ele acredita que, apesar da presença desses diversos participantes, as sociedades médicas *eram muito mais fortes*. Mencionar esses aspectos decorrentes dessa entrevista nos faz perceber que não há uma exatidão dos fatos, mas há uma marca da presença das sociedades médicas participantes.

Gustavo Gusso divide os encontros da seguinte forma: uma fase conceitual, em que os participantes apresentavam sugestões a partir de algumas questões previamente colocadas; outra fase para se debater ideias; outra de discussão sobre o documento da política; e fóruns envolvendo um público de 50 pessoas, mas com apresentação de poucos.

Ele ressalta a importância da presença de Ricardo Cavalcanti e de Baldur Schubert na condução e mediação dos trabalhos, os quais permitiram, ao mesmo tempo, uma discussão mais ampla sem que houvesse uma verticalização como ocorre em outras áreas do Ministério da Saúde. E isso o faz acreditar que Ricardo Cavalcanti e Baldur Schubert conduziram o processo de maneira democrática e participativa, por terem conseguido criar um ambiente harmônico e de escuta dos participantes. Porém, ele questiona os critérios de escolha dos participantes, já que a escolha partiu do MS e não era representativo de um todo, ou seja, do homem para quem se destina a política. Assim,

[...] eles chamaram cinco ou seis sociedades, especialidades, entendeu? Três ONGs. Enfim, eles delimitaram lá num campo X que não era enorme, porque também é difícil de trabalhar também com cem entidades, mas enfim, trabalharam com um campo delimitado que eles escolheram. Então assim, vamos dizer assim, a opção das entidades não foi muito democrática. (Gustavo Gusso, entrevista em 02 de dezembro de 2016).

Contraditoriamente ao seu questionamento, reflete que não dava para ter sido diferente e encerra sua reflexão afirmando que, por fim, os participantes foram bem escolhidos.

Essa forma de trabalhar, segundo informa, permitiu que a campanha de divulgação da política, lançada em 2009, não se restringisse somente a próstata ou realização de exames, enfocando a importância também de hábitos saudáveis e mostrando agravos diversos como hipertensão, diabetes, alcoolismo, cirrose. E mostra, em seu celular, a propaganda da campanha:

Figura 5.1: Propaganda de divulgação da PNAISH



Fonte: Google imagens, 2016.

Para ele, essa campanha representa um avanço, pois, naquele momento de construção do documento PNAISH, havia uma pressão da urologia e da cardiologia em defender os interesses de ambas especialidades, mas, por fim, outros agravos e condições entraram para a divulgação da política (ver ANEXO A – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes). Isso porque a urologia tinha um posicionamento sobre a realização de exames de PSA, enquanto a cardiologia se direcionava para aspectos relacionados às doenças do coração, como infarto. É possível perceber que, para Gustavo Gusso, esses interesses da urologia e da cardiologia se referem à própria construção histórica do sistema de saúde brasileiro que, ao longo do tempo, priorizou uma assistência privada de saúde focada na rotina de consultas a diferentes especialistas – que também almejam atuar como generalistas – e na realização de exames. Aspectos que podem ser vistos como relacionados fortemente à racionalidade biomédica. Ele acredita ainda que, apesar disso não ter sido criado pelas sociedades médicas e, logo, não ser da responsabilidade delas, afirma que elas próprias alimentam isso e assim, *elas se aproveitam de uma situação que não foram elas que criaram* (Gustavo Gusso, entrevista em 02 de dezembro de 2016). Apesar de ter um olhar crítico à medicina e às suas diversas

especialidades, os agentes que se destacaram, para ele, no processo são ligados às sociedades médicas, como de urologia, cardiologia e Medicina de Família e Comunidade e, *talvez*, a psiquiatria.

Ao mesmo tempo em que evidencia a pressão das sociedades médicas, principalmente, de urologia e de cardiologia, ele afirma que os sanitaristas que estudam *só a saúde do homem* também não conseguem *transportar aquilo para uma coisa que realmente ajude* e que também não se destacaram no processo de construção da PNAISH.

Assim, ele percebe que a SBMFC se encontra *no meio* da discussão ou do conflito. Em relação à sua participação, Gustavo Gusso afirma que ela se pautou no Ministério da Saúde, já que o MS tem uma posição que é relacionada a uma discussão mais ampla.

Então, a gente [da SBMFC] era um aliado do Ministério na medida em que a gente tentava provocar sempre discussões mais amplas. Ah, homem não é só PSA. Homem não é só infarto. [...] E então, a gente acabava atuando assim, tentando ampliar a discussão. (Gustavo Gusso, entrevista em 02 de dezembro de 2016).

Ele reage dizendo que não estava ali defendendo o interesse da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, o interesse desta é em defender *a demanda da pessoa* que deve ser escutada com as suas necessidades. E acredita que essa ideia entrou de alguma forma no documento da política. Esse posicionamento se contrapõe ao que ele acredita haver entre as demais especialidades médicas que possuem a própria *agenda*, como realização de exame de PSA, algo que entende como agenda da SBU e não da *pessoa*. Porém, seu posicionamento frente às demais sociedades médicas se dá de maneira contraditória, visto que ele se recorda e valoriza a participação dos diversos médicos especialistas na construção da PNAISH.

A partir dessa participação é possível perceber como o discurso de estar “no meio”, de defender a “pessoa” com suas demandas, sugere também uma certa neutralidade da Medicina de Família e Comunidade, mas mesmo essa especialidade não está isenta de um processo de medicalização da vida. Ou seja, a medicalização perpassa a vida como um todo e onde quer que estejamos não é possível estarmos em um lugar que não remeta ao saber médico. Isso porque, conforme afirma Foucault (2004; 2011), a medicina moderna, pelo menos desde o século XVIII, começou a atuar fora do seu campo de atividade, ou seja, não se restringindo às demandas dos doentes ou dos sintomas ou mesmo do sofrimento. Dessa forma, via Estado, a medicina passa atuar como uma autoridade social em diversos âmbitos da vida. Como vemos até os dias de hoje, a medicina passou a tomar

decisões a respeito não só do indivíduo, mas de aspectos que dizem respeito à cidade, às instituições.

Na situação atual, o diabólico é que, quando queremos recorrer a um domínio que acreditamos exterior à medicina, nos damos conta de que ele foi medicalizado. E quando queremos objetar à medicina suas fraquezas, seus inconvenientes e seus efeitos nocivos, isso se faz em nome de um saber médico mais completo, mais refinado e mais difuso (FOUCAULT, 2011, p. 386).

5.1.2 A Participação dos “outros”

5.1.2.1 Participação de acadêmicos/ pesquisadores

A participação da academia ocorreu de duas formas, uma se deu de maneira indireta via publicação de artigos, resenhas, debates em uma Revista de grande circulação nacional, a *Ciência & Saúde Coletiva* (2005), e que foram, de certa forma, utilizados por Eduardo Chakora em seus trabalhos iniciais no MS¹¹³. E outra, que podemos considerar direta, em que pesquisadores e acadêmicos foram ao Seminário de Saúde Mental ou se dedicaram ao texto da Consulta Pública para registro de suas ideias.

Em relação à participação indireta, é possível percebermos os discursos presentes, já em 2005, a partir do primeiro número do décimo volume da Revista *Ciência & Saúde Coletiva*, que dedicou parte de suas publicações destinadas ao tema “homens e saúde” (CIÊNCIA & SAÚDE COLETIVA, 2005). Neste número, Romeu Gomes, Lília Blima Schraiber e Márcia Thereza Couto atuaram como editores convidados. Segundo Romeu Gomes, o convite para serem editores do número temático da revista possui relação com um artigo de opinião sobre sexualidade masculina e publicado por ele em 2003. Acredita que esse artigo teve *uma repercussão muito grande* e aliado a isso havia um grupo que estava realizando um projeto já pensando na atenção à saúde do homem, que acredita não ter relação com a política¹¹⁴. A revista encontra-se organizada da seguinte forma: editorial, artigo para debate, sete debatedores, sete artigos, um artigo de opinião e três resenhas. Além dessas publicações há outras, cujos temas são diversos e não se relacionam à

¹¹³ Conforme apontado no capítulo 4, foram encontrados nos registros da Coordenação de Saúde do Homem do Ministério da Saúde, artigos referentes a essa Revista.

¹¹⁴ Essas informações foram obtidas em entrevista realizada com Romeu Gomes em 16 de novembro de 2016.

discussão proposta sobre homens e saúde.

O editorial intitulado “O homem como foco da Saúde Pública”, assim como o artigo para debate intitulado “Homens e saúde na pauta da Saúde Coletiva” foram escritos pelos editores deste número da Revista. No editorial, é possível perceber uma defesa de que abordar o homem nos estudos de Saúde Pública não é ir contra aos estudos de gênero, mas, pelo contrário, é uma forma de considerar a dimensão relacional de gênero, já que entendem que feminino e masculino só podem ser vistos um em relação ao outro. Essa, para os autores, seria uma forma de buscar, inclusive, a "ressignificação" do masculino (GOMES; SCHRAIBER; COUTO, 2005, p.04). Os autores acreditam, então, que olhar para o homem não significa oferecer mais poder a eles. Acreditam que o problema não se trata de uma invisibilidade dos homens, uma vez que, como sujeitos ou alvo de ações em Saúde Pública, sempre estiveram presentes, de alguma forma, ou seja, sempre usufruíram de direitos. No entanto, afirmam que a temática ganhou um contorno diferenciado, nos anos 90, já que os estudos passaram a considerar, por uma perspectiva sociocultural, a posição de poder e as singularidades entre os gêneros, inclusive no que se refere à saúde e adoecimento de homens. Diante disso, apontam que o olhar para o homem, a partir das ciências sociais, parte de uma problematização sobre “masculinidade hegemônica”¹¹⁵ que, para eles, é uma forma de colocar em risco tanto os homens quanto as mulheres. Além dos estudos sobre o tema homens e saúde, acreditam que os serviços têm ampliado as ações programáticas, incluindo os homens em temas como sexualidade, paternidade, reprodução e violência.

Seguindo por uma perspectiva sociocultural e pensando homens de maneira relacional às mulheres, Schraiber, Gomes e Couto (2005) desenvolvem o debate sobre “Homens na pauta da Saúde Coletiva”. Para isso, introduzem três aspectos relacionados a “homens e saúde”. Um deles são os aspectos de morbimortalidade masculina; o outro se relaciona à saúde reprodutiva, sendo esta analisada conforme temas como violência, Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), aids e contracepção; por fim, abordam, em separado, o tema da violência. O que chama atenção é que em todos esses aspectos a “masculinidade hegemônica” é acionada para problematizar os riscos que os homens têm para adoecer ou morrer.

¹¹⁵ O que os autores estão chamando de masculinidade hegemônica possui relação com características ideais que os homens aprendem, desde crianças, como precisam se comportar frente à sociedade. Dentre essas características predominam ser provedor, ter força física, ser viril, suprimir os sentimentos, ter uma sexualidade exacerbada e instintiva, enfim características que tendem a exarcerbar o lado violento dos homens (FIGUEIREDO, 2005; GIFFIN, 2005; SOUZA, 2005).

Os debatedores tecem críticas e sugestões diversas sobre o artigo apresentado ao debate. O que parece ser transversal a todos os debates é a ideia de se pensar os homens a partir de uma perspectiva sociocultural, algo que pode ser percebido pela inserção, direta ou indireta, dos diferentes debatedores nas Ciências Sociais e Humanas¹¹⁶. Além disso, os debates partem de uma discussão de gênero que considera a existência de diferentes tipos de masculinidades ou de suas múltiplas dimensões (NASCIMENTO, 2005b; VILLELA, 2005), além da “masculinidade hegemônica” que reconhecem como um risco à saúde (KNAUTH; MACHADO, 2005; AQUINO, 2005; MINAYO, 2005; NASCIMENTO, 2005b; VILLELA, 2005) ou mesmo como uma forma de não cuidar de si (CARRARA, 2005). No entanto, algumas considerações são feitas para que o olhar para as masculinidades seja também associado a variáveis como raça/etnia, classe, geração, sexualidade como formas possíveis para se repensar gênero (AQUINO, 2005; VILLELA, 2005) de maneira a se considerar as subjetividades em termos de riscos e de proteção à saúde (VILLELA, 2005).

Está presente a ideia de que é necessário se demarcar as especificidades dos homens, conforme defende Nascimento (2005b) e os autores que propõem o debate. Outros já acreditam que os estudos de homens e masculinidades devem ser pensados como uma forma política e não instrumental, que tende a olhar os homens somente como sujeitos dos diversos agravos à saúde (CARRARA, 2005). Isso implica em abordar saúde e masculinidade de maneira abrangente, incluindo pensar não somente nos homens, mas em todos, incluindo mulheres, homens e gays (CARRARA, 2005; VILLELA, 2005).

Os temas dos debates não variam muito, pois o norte foi dado pelos editores convidados. Dessa forma, Minayo (2005), por exemplo, se dedica em aprofundar questões relacionadas à violência. Enquanto Villela (2005) enfatiza a relação entre masculinidade, sexualidade, aids e homens.

Outros autores tencionam o debate trazendo à tona aspectos relacionados à medicalização. Knauth e Machado (2005) tecem uma crítica aos autores Schraiber, Gomes e Couto (2005) que, ao mencionarem o cuidado aos homens, há uma tendência em comparar com as mulheres que vão ao ginecologista, aproximando-os a um olhar biomédico. Villela (2005) também se questiona sobre como a demanda por levar os homens aos serviços de saúde pode conduzir os corpos masculinos à uma medicalização,

¹¹⁶ Os debatedores quando não são formados em sociologia ou antropologia, ocupam cargos em Instituição de Ensino Superior ou de Pesquisa em Medicina Social ou Saúde Coletiva ou mesmo tiveram alguma passagem pelas Ciências Sociais.

como as mulheres se tornaram. E Aquino (2005), por sua vez, é quem mais se dedica a essa discussão sobre medicalização, pois problematiza que colocar a expressão saúde do homem como complementar à saúde da mulher suscita algumas implicações. Isso porque, conforme a autora, a ideia de saúde da mulher não foi cunhada pelas mulheres, mas, sim, por médicos (AQUINO, 2005). A autora justifica que isso remonta ao século XIX, momento em que a ginecologia foi associada às mulheres e, que durante o século XX, houve uma expansão da medicalização dos corpos das mulheres e, somente nas décadas de 1970 e 1980, que o movimento feminista passou a questionar a expressão de maneira a ressignificá-la (AQUINO, 2005). Assim, para a autora, é preciso questionar essa “saúde do homem”, pois as intervenções voltadas com grande destaque para disfunção sexual de homens, por exemplo, podem reforçar tanto uma medicalização de agravos, como também uma masculinidade hegemônica que reduz os homens a aspectos sexuais. É interessante perceber que esses autores colocam em questão a racionalidade da Saúde Coletiva propagada pelos próprios editores.

A partir dos posicionamentos dos debatedores, Schraiber, Gomes e Couto (2005) percebem que os diversos autores apontam para uma abordagem em construção no campo da Saúde Coletiva. Continuam defendendo a importância em se trabalhar as singularidades, mas sem que isso leve a um essencialismo que separe homens de mulheres, e por isso defendem que a integralidade pode ser um caminho para se escapar a essa separação, assim como pensar em gênero de maneira relacional. Dessa forma, afirmam que:

se o campo da Saúde Coletiva deseja participar de uma abordagem em construção sobre a saúde do homem, deve, antes de tudo, focalizar o *masculino no plural*, contemplando os múltiplos desdobramentos, a diversidade de contextos, a singularidade dos atores e a polissemia das abordagens, além de relacioná-los com a diversidade de femininos também presente na vida social, promovendo uma *forma integrada* de abordar a saúde. (SCHRAIBER; GOMES; COUTO, 2005, p.34, grifos dos autores).

Esse argumento é interessante, porque parece indicar que há algo em construção e que se a Saúde Coletiva não se mobilizasse poderia ficar externa ao debate. Isso nos remete, por sua vez, ao uso que Eduardo Chakora faz ao se referir aos homens no plural, nos mostrando que não só se pautou nas publicações da Revista, como também percebeu haver uma necessidade de se posicionar no debate sobre a saúde do homem. E neste aspecto, podemos pensar que de certa forma, Eduardo Chakora mediou para que alguns aspectos relacionados à integralidade pudessem estar presentes na política.

Após, todo este debate, seguem os artigos que foram escritos por autores com distintas formações e inserções, o que nos faz perceber a multiplicidade de enfoques para se pensar o tema Homens na Saúde Pública. No entanto, há alguns aspectos que os aproximam, já que todos eles possuem em seus descritores alguma referência ao tema. Assim, há aqueles que se referem à saúde do homem ou saúde masculina (BRAZ, 2005; LAURENTI; JORGE; GOTLIEB, 2005); homens e masculino (ASSIS; CONSTANTINO, 2005; GIFFIN, 2005); subjetividade e identidade masculina (BRAZ, 2005; SOUZA, 2005); masculinidade e gênero (BATISTA, 2005); e somente gênero (GOLDENBERG, 2005).

Outra aproximação ao tema se refere à ideia de que há uma maior mortalidade masculina em comparação com a feminina ou mesmo em comparação a grupos mais vulneráveis como homens negros, conforme observado nos estudos de Batista (2005), Braz (2005) e Laurenti, Jorge e Gotlieb (2005). As razões para tais diferenças são entendidas como relacionadas ao acesso diferenciado aos serviços de saúde ou de prevenção, aliado aos fatores socioculturais (ASSIS; CONSTANTINO, 2005; BRAZ, 2005) ou comportamentais (BATISTA, 2005; LAURENTI; JORGE; GOTLIEB, 2005). Esses fatores, por sua vez, são compreendidos como algo relacionado à identidade masculina hegemônica que tendem a colocá-los em situações de risco (BRAZ, 2005; GIFFIN, 2005), que geralmente, são associadas às situações de violência, sejam física ou simbólica (SOUZA, 2005; GIFFIN, 2005; GOLDENBERG, 2005) ampliando assim a morte por causas externas (BRAZ, 2005; LAURENTI; JORGE; GOTLIEB, 2005). No entanto, o discurso relacionado às masculinidades, incluindo também a hegemônica, é acompanhado da ideia de que elas não se expressam de maneira homogênea entre os diversos homens da sociedade, pois varia conforme a classe, raça, geração, orientação sexual (GIFFIN, 2005). Braz (2005), Giffin (2005) e Souza (2005) pontuam, ainda, como esses aspectos transcendem os próprios homens e chegam a se relacionar à política econômica, assim como às condições socioculturais que tendem a exercer uma dominação em homens de diferentes nações e classes sociais. Ou seja, as autoras defendem que a masculinidade hegemônica tende a ser uma forma de opressão aos próprios homens.

O artigo de opinião escrito por Wagner Figueiredo (2005) apresenta um discurso de que é preciso que os serviços incluam os homens conforme suas necessidades e isso não implica em serviços exclusivos aos homens, nem mesmo a mudança do perfil dos trabalhadores da saúde. Mas sim estarem mais atentos às questões de gênero, implicando, dessa forma, em mudança de posturas. E exemplifica, a partir da experiência vivenciada no Centro de Saúde-Escola Professor Samuel B. Pessoa de que, desde 2002, perceberam, a

partir das demandas trazidas pelas mulheres, a necessidade de olhar para os parceiros, ou seja, de abordar também as necessidades de saúde dos homens. Incluíram, então, os homens em discussões sobre sexualidade e faziam debate sobre gênero. Começaram também a pensar em um programa de atenção integral à saúde do homem com reflexões sobre gênero e em interação com a saúde da mulher (FIGUEIREDO, 2005). É interessante perceber que os acadêmicos tendem a pensar a integralidade considerando a saúde do homem a partir da relação com a saúde ou as condições da mulher.

Quanto às resenhas publicadas na Revista Ciência & Saúde Coletiva de 2005, uma delas é de autoria de Nascimento (2005a) sobre o livro “Violência e estilos de masculinidade: violência, cultura e poder” que busca compreender a produção das violências de jovens em espaços de lazer no contexto das masculinidades juvenis. A outra é de autoria de Gomes (2005) sobre o livro “Masculinidades” que apresenta como objetivo analisar a pluralidade do masculino. E por fim, a de autoria de Costa (2005) do livro “A confraria da esquina. O que os homens de verdade falam em torno de uma carne queimando: etnografia de um churrasco de esquina no subúrbio carioca” o qual aborda uma pesquisa etnográfica sobre o masculino.

Podemos resumir que os discursos que perpassam essas publicações têm como central a ideia de que os homens não podem ser abordados de maneira uniforme sem levar em consideração as diferenças entre eles próprios e entre eles e outros sujeitos da sociedade. Além disso, parece central a ideia de que masculinidades influenciam no viver e morrer dos homens, mas algo que não é aprofundado pelos autores e apenas mencionado como um aspecto importante para se levar em consideração ao se pensar em homens e saúde. Por fim, é perceptível a predominância do olhar para os agravos que acometem os homens para as questões que dizem respeito à violência e às causas externas.

Esse aspectos são importantes para o entendimento dos diferentes discursos que se formaram em torno da saúde do homem. Eduardo Chakora chegou ao Ministério da Saúde, em 2006, tendo como uma de suas atividades o “levantamento contendo a produção bibliográfica em saúde da população masculina” e conforme ele mesmo menciona,

foi um levantamento bem amplo, foi bem bacana. Eu fazia um levantamento da bibliografia (...) sobre questões que eram afetas à saúde do homem. (...) Que eram relacionadas à masculinidade. Ai, com isso, eu tive acesso a muita coisa. Com isso, eu descobri todo mundo que trabalhava com saúde do homem no campo nos últimos vinte, trinta anos. Porque eu mapeei tudo, quem era do campo da sociedade civil, mapeei quem eram os autores, quem eram os... então, isso abriu um leque muito

grande de, de conhecimento, de campo mesmo. Eu falei: “olha, olha o campo”. Pra mim, foi uma grande experiência... (Eduardo Chakora, entrevista em 09 de junho de 2016).

Dessa forma, podemos perceber como as publicações tiveram uma influência na concepção da política, pois foi uma forma de *ampliar o olhar* ou mesmo compreender o que a academia estava ali discutindo, mesmo que de forma incipiente. Afinal, qual a importância de se reconhecer a discussão do cenário acadêmico e ter alguém na ATSH com o perfil de Eduardo Chakora? Conforme Müller e Birman (2016), é possível perceber que a consultoria com esse perfil foi prevista como forma de dar outro peso à pressão da SBU.

Porém, é preciso olhar para essas publicações como um tipo de participação, que conduziu a uma outra forma que podemos dizer mais direta, já que exigiu que parte desses acadêmicos, conforme menciona Eduardo Chakora, fossem ao Ministério da Saúde para participarem da construção do documento. Eduardo Chakora afirma ainda que para ampliar a visão da política ele foi se apoiar:

na Sociedade Brasileira de Família e Comunidade, no Promundo, no Papai. Em ONGs que já tinham um trabalho mais consolidado, mais sólido com a questão dos homens e das mulheres para que eles pudessem participar. E alguns grandes pesquisadores, como Márcia Thereza Couto, Romeu Gomes. Gente que, de alguma maneira, já desenvolvia trabalhos no campo das masculinidades e faziam um trabalho... Como Figueiredo. E faziam uma leitura crítica de como é que os homens frequentavam ou não frequentavam os serviços, quais eram as questões principais, ou qual eram os desafios para as equipes de saúde, para os profissionais. Enfim, faziam esse diálogo entre os homens e os serviços. (Eduardo Chakora, entrevista em 09 de junho de 2016).

A participação dos acadêmicos, contudo, ocorreu em momentos específicos e de formas diferentes. Enquanto Márcia Couto e Wagner Figueiredo participaram presencialmente do processo de construção do documento PNAISH indo aos Seminários organizados pela ATSH¹¹⁷, Romeu Gomes participou somente, via website, no processo de consulta pública. Ele justifica que essa participação ocorreu, neste momento, já que percebeu que, no documento, havia os princípios e diretrizes da política, mas com uma ênfase em aspectos epidemiológicos principalmente no que se refere às doenças cardiovasculares e ao câncer de próstata. Diante disso, percebeu lacunas no documento em relação a gênero. Além disso, Romeu Gomes se define como acadêmico e pesquisador e afirma não possuir um olhar de movimento ou mesmo do Ministério da Saúde, por isso não

¹¹⁷ Informações obtidas em entrevistas realizadas, separadamente, com Márcia Couto e Wagner Figueiredo em 26 de agosto de 2016.

teve interesse em se envolver na construção do documento em um primeiro momento¹¹⁸.

Se analisarmos as contribuições oferecidas durante a consulta pública, é possível perceber que as sugestões e comentários possuem aspectos diversos. Há aqueles que parabenizam a iniciativa do MS, por se tratar de uma política que considera a população masculina sob um olhar de gênero. Outros mencionam a importância de se ter a Atenção Básica como porta de entrada do SUS para a garantia de seus princípios, principalmente no que se refere à integralidade, pensando o homem conforme suas necessidades. Outros perceberam um documento que, ora valoriza a Atenção Básica como porta de entrada, ora enfatiza a atenção secundária e terciária. Ou seja, identificam uma contradição no documento. E mesclada a essas sugestões, tem-se aqueles que demonstram a importância de se ter a disfunção erétil como uma abordagem inicial ao homem, já que por ela é possível se identificar precocemente doenças cardiovasculares. São apresentadas referências com o argumento de que a disfunção erétil é um sinal clínico prévio de doença cardiovascular (BRASIL, 2008d).

Em relação aos seminários, Márcia Couto e Wagner Figueiredo se recordam, que ocorreram várias reuniões, em Brasília, com participação da sociedade civil, representada pelas ONGs Papai e Promundo, assim como de Beto de Jesus, representando a ABGLT, e acadêmicos, já que essa era uma preocupação de Eduardo Chakora e do coordenador da área técnica, Ricardo Cavalcanti. Márcia Couto afirma ter participado de várias discussões. Uma delas contou com as diferentes secretarias do MS que apresentavam temas específicos, depois participou de um encontro com a SBU e, por fim, de outros dois grandes seminários em que um deles estavam presentes representantes da psiquiatria. Além dos encontros presenciais, Márcia Couto contribuiu tanto com a sistematização dos textos oriundos dos seminários que, por sua vez, resultou nas diretrizes da política que foram à consulta pública; como também fez ponderações no texto da consulta pública como pesquisadora¹¹⁹.

Podemos perceber que a participação desses agentes sociais ligados à academia ocorreu a partir de uma interlocução com Eduardo Chakora. Isso porque foi ele quem fez o mapeamento de pessoas que poderiam contribuir com a construção da política, conforme afirmam Márcia Couto e Wagner Figueiredo. Segundo informa Wagner Figueiredo, o

¹¹⁸ Essas informações foram obtidas em entrevista realizada com Romeu Gomes em 16 de novembro de 2016.

¹¹⁹ As informações deste parágrafo e do seguinte foram obtidas em entrevistas realizadas, separadamente, com Márcia Couto e Wagner Figueiredo em 26 de agosto de 2016.

número temático da Revista Ciência & Saúde Coletiva de 2005 também foi um meio de se mapear as pessoas para participarem da construção do documento.

Como os acadêmicos, as ONGs e o representante da ABGLT foram incluídos para participarem do Seminário de Saúde Mental, em que contou também com a presença de médicos psiquiatras, foi possível perceber posicionamentos distintos. Assim, conforme se recorda Wagner Figueiredo, houve, ao longo desse Seminário, a formação de dois grupos como parte de uma estratégia, criada no local do evento, para que pudessem discutir a saúde do homem a partir de uma perspectiva mais complexa e ampla e não tão pragmática como as sociedades médicas tendem a pensar. Um desses grupos foi representado pelas sociedades médicas e “os outros” representado pelas ONGs, incluindo a sociedade civil, e os pesquisadores. Enquanto para Wagner Figueiredo, os médicos representantes das diversas Sociedades Médicas tinham uma postura mais pragmática, pensando nas doenças ou nos problemas e quais ações poderiam ser desenvolvidas, “os outros” pensavam a partir de uma perspectiva de gênero e de uma abordagem sócio-antropológica, buscando problematizar as questões relacionadas aos homens. Isso, para ele, representou uma forma de embate. Para lidar com esses embates, Wagner Figueiredo afirma que foram adotadas estratégias para poderem pensar de que homens se estava falando, a partir de contribuições levadas por Beto de Jesus, por exemplo, que tentava colocar a questão dos gays e homens transexuais¹²⁰.

Ressalva deve ser feita à participação de Wagner Figueiredo que ocorreu no Seminário de Saúde Mental, em que havia a presença da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), representada por médicos psiquiatras. No entanto, é interessante perceber como a divisão em grupos os coloca em oposição às “Sociedades Médicas” no plural. É como se houvesse um discurso médico único, que como vimos, não é homogêneo, dado que os posicionamentos frente ao cuidado são distintos, mas que também não são tão discrepantes já que não é possível se escapar da medicalização. É como se mesmo na ausência de um contato direto entre acadêmicos e os médicos urologistas, cardiologistas ou de Família e Comunidade, fosse possível um embate no âmbito das ideias. Então, aqui, podemos ver, mais uma vez, como o conflito se instaura para a construção da política. É o discurso, que transcende a presença física de médicos, que faz pensar em uma posição contrária, e por isso a divisão em um grupo intitulado “os outros”. No entanto, este grupo estava se opondo, no Seminário de Saúde Mental, aos médicos psiquiatras, já que eles

¹²⁰ Informações obtidas em entrevista realizada com Wagner Figueiredo em 26 de agosto de 2016.

eram os médicos ali presentes.

Além dessa diferença de grupos, “os outros” estavam ali em defesa de que o atendimento ao homem se pautasse predominantemente na Atenção Primária à Saúde, seguindo, dessa forma, a lógica do SUS, e não a partir de um serviço exclusivo ao homem, conforme defendem Márcia Couto e Wagner Figueiredo. Porém, para Márcia Couto, a saúde do homem e a ATSH deveriam ter sido pensadas como parte da saúde da mulher, pois defende uma perspectiva de gênero pensada de maneira relacional¹²¹. Segundo Romeu Gomes, haviam várias perspectivas sendo defendidas pelos envolvidos com o tema da saúde do homem, no entanto, ele se posiciona dizendo que estava ali debatendo a partir de uma visão sócio-antropológica. Aqui, é possível perceber a existência de posicionamentos distintos entre os próprios acadêmicos, que na visão de Romeu Gomes tinham *um chão em comum* algo que permitiu a eles se tornarem interlocutores sobre o tema em questão¹²². Dessa forma, apesar das diferenças, eles se agruparam como um grupo equivalente, nas palavras de Laclau e Mouffe (2015) para defenderem uma posição oposta à das Sociedades Médicas e em busca de um posicionamento frente aos médicos.

Se atentarmos à uma das falas de Márcia Couto, podemos pensar que essa marcação de posições partiu da própria ATSH, pois quando foi convidada a participar se recorda que, tanto Ricardo Cavalcanti quanto Eduardo Chakora, disseram que:

“você tem que vir, porque você é a pessoa que mais publica e que mais tem estudado a Atenção Primária, e a gente quer que a política tenha a atenção... a gente tem que privilegiar a política na Atenção Primária para ela não ser muito refém da atenção mais especializada”, sobretudo uma preocupação com a Sociedade Brasileira de Urologia. (Márcia Couto, entrevista em 26 de agosto de 2016).

Para Romeu Gomes, a presença de Eduardo Chakora se tornou um contrapeso, devido ao seu enfoque maior ligado às questões de gênero. Isso porque a origem da política se associa às Sociedades Médicas de Cardiologia e de Urologia que têm um interesse em atuar na saúde do homem sob uma perspectiva epidemiológica. Ainda segundo Romeu Gomes, isso se reforçou pela presença de um médico na coordenação da ATSH, na pessoa de Ricardo Cavalcanti. Assim, para ele, há uma tendência dos médicos pensarem a partir

¹²¹ Conforme informações obtidas em entrevista realizada com Márcia Couto em 26 de agosto de 2016.

¹²² Conforme entrevista realizada com Romeu Gomes em 16 de novembro de 2016.

de uma perspectiva epidemiológica¹²³. Para Márcia Couto, as Sociedades Médicas possuem um lado que é da ciência e outro que é do mercado e, acredita que, talvez seja essa sua força maior, a do mercado, algo que a academia não possui¹²⁴.

Assim, mesmo reconhecendo os esforços de Eduardo Chakora para envolver diversos especialistas no debate sobre gênero como uma forma de delimitar um espaço e não deixar que a SBU se tornasse a referência exclusiva da saúde do homem, uma vez que esta queria que essa área fosse de sua alçada, os acadêmicos entrevistados afirmam que as sociedades médicas tiveram uma participação marcante na construção da política, muito em função da *força* política que possuem no país. Essa participação é vista como uma forma possível para se *alavancar a saúde do homem* (Márcia Couto, entrevista em 26 de agosto de 2016). Para ela, a academia tem o papel de fazer críticas sobre a atuação da medicina, sobre como ela se apropria da saúde do homem como uma possibilidade de mercado, mas tem *pouco poder* de intervir na atuação de gestores seja do MS, seja dos estados e municípios. Acredita ainda, que isso ocorreu diferentemente com a atuação da SBU que exerceu uma pressão não só na ATSH, mas também em outras áreas do MS, como atenção ambulatorial e no nível terciário.

Apesar de reconhecerem a importância da participação das sociedades médicas, os pesquisadores reconhecem que o MS teve que se apoiar também nas ONGs, por exemplo, para que elas pudessem apresentar questões relacionadas à população masculina, já que a política não partia de um movimento organizado de homens. Além desses participantes, os pesquisadores se reconhecem também como uma forma de sustentação para a política.

É possível perceber como houve um tensionamento nessa participação dos pesquisadores em relação à atuação dos médicos, sobretudo, da urologia. Houve duas formas de conflito: uma que perpassa um aspecto ideológico de olhar para a saúde do homem que não ocorreu de forma aberta e direta; e outra que se deu nos encontros presenciais, sobretudo, no Seminário de Saúde Mental, momento em que estiveram presentes com médicos psiquiatras.

Em relação à primeira forma, é possível perceber que há, de um lado, a defesa de um olhar para a saúde de maneira integral, considerando saúde do homem a partir de uma perspectiva sócio-antropológica a qual consideram as questões relacionadas a gênero. Porém, associada à saúde da mulher. Junto a essa perspectiva há a ideia de que o acesso

¹²³ Conforme entrevista realizada com Romeu Gomes em 16 de novembro de 2016.

¹²⁴ Conforme entrevista realizada com Márcia Couto em 26 de agosto de 2016.

dos homens deveria ocorrer via Atenção Primária para os homens entrarem no sistema de saúde, conforme afirmam, em entrevista, Márcia Couto e Wagner Figueiredo. Essa pode ser vista como uma forma ideológica de olhar para a saúde que vai além de uma perspectiva “mercadológica” seguida pelas Sociedades Médicas.

Em relação ao “embate” direto, este pode ser analisado a partir do contato entre pesquisadores, membros das ONGs ou da Associação Brasileira de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais (ABGLT), com médicos da psiquiatria que parecem ter adotado uma visão mais pragmática, conforme define Wagner Figueiredo:

Porque, assim, tinha um grupo grande de pessoas que achava que gênero tinha que entrar nesta discussão e tinha que, de certa forma, cortar transversalmente toda a discussão da política. Para a sociedade [médica], de uma maneira geral, eu acho que eles eram muito mais pragmáticos de pensar ações muito específicas. (Wagner Figueiredo, entrevista em 26 de agosto de 2016).

Apesar das divergências entre os participantes e pensando sobre o discurso de que a PNAISH parte de um processo democrático, Márcia Couto acredita que a construção do documento se tratou de um processo democrático e participativo, devido ao envolvimento de diferentes representantes como das sociedades médicas, acadêmicos e sociedade civil. A ideia de sociedade civil não é algo fácil de se demarcar a partir do ponto de vista da academia. Porém, é possível perceber que as ONGs foram as que se destacaram nesse processo como sociedade civil tanto para Márcia Couto quanto para Wagner Figueiredo. Ao mesmo tempo, as sociedades médicas e as ONGs, conforme afirma Romeu Gomes, podem representar a sociedade civil que se envolveu no processo¹²⁵.

A ideia de democracia encontra-se relacionada à representação e de que o público para o qual se destina a política precisa ser representado. Porém, no caso específico da política de saúde do homem, conforme menciona Wagner Figueiredo, não partiu de um movimento de homens, ou seja, os homens não foram ouvidos. Outro aspecto que Wagner Figueiredo afirma sobre democracia é de que todos devem ser incluídos, mesmo que haja discordância¹²⁶.

Para Romeu Gomes, uma política de Estado não se restringe a partidos ou a quem está no poder, mas envolve também representações e sociedade civil. Ele demonstra ser

¹²⁵ As informações deste parágrafo foram obtidas em entrevistas realizadas, separadamente, com Márcia Couto e Wagner Figueiredo em 26 de agosto de 2016 e com Romeu Gomes em 16 de novembro de 2016.

¹²⁶ Conforme entrevista realizada com Wagner Figueiredo em 26 de agosto de 2016.

importante envolver o grupo para o qual se destina uma política e acredita ser uma contradição a política afirmar que os homens não participam, mas os fazer representar por meio de ONGs, acadêmicos e sociedades médicas. Ao mesmo tempo, ele afirma que *é uma dificuldade muito grande você ter a voz daqueles [a quem] a política se destina* (Romeu Gomes, entrevista em 16 de novembro de 2016).

5.1.2.2 Participação das Organizações Não-Governamentais (ONGs)

5.1.2.2.1 Participação do Instituto Papai

A participação do Instituto Papai ocorreu em vários momentos da Política Nacional de Saúde do Homem, contando com a presença de Benedito Medrado, de Jorge Lyra e de Mariana Azevedo. A participação desses agentes ocorreu de forma diferente, já que Benedito Medrado participou no processo de construção da PNAISH, indo aos Seminários organizados pela ATSH. Enquanto Mariana Azevedo e Jorge Lyra estiveram presentes em outros momentos, como na elaboração do Plano de Ação da Política¹²⁷. Como esta pesquisa tem como recorte o processo de participação na construção da PNAISH, iremos nos basear, sobretudo, nos relatos de Benedito Medrado, já que foi ele quem foi aos Seminários promovidos pela ATSH para a construção do documento. Porém, todos eles contribuíram para a pesquisa, já que explicitam o discurso que se formou sobre o processo de participação e construção do documento da política.

Segundo Benedito Medrado e Mariana Azevedo, o convite para participar do processo de construção da política foi feito por causa da trajetória profissional do Instituto Papai que inclui diversas publicações sobre gênero e masculinidades, realização de Seminários e Congressos com temas relacionados à saúde sexual e reprodutiva de homens, além de ser uma organização vinculada a movimento social.

Essa trajetória é algo que justifica o peso dado pelas ONGs no Seminário de Saúde Mental, para a discussão de masculinidades, conforme afirma Benedito Medrado:

como a gente já vinha com essa discussão, então esses aqui [aponta para os nomes dos acadêmicos e pesquisadores], provavelmente, eram os que mais falavam, eram os que, nos grupos menores, mais produziam, mais escreviam, mais construíram. (Benedito Medrado, entrevista em 19 de

¹²⁷ As informações apresentadas neste item 5.1.2.2.1 foram obtidas a partir das entrevistas realizadas com Mariana Azevedo em 17 de agosto de 2016 e, separadamente, com Benedito Medrado e Jorge Lyra em 19 de agosto de 2016.

agosto de 2016).

Assim como mencionado por Wagner Figueiredo, Benedito Medrado se recorda que adotaram uma estratégia, no momento da reunião dos subgrupos, de se *espalharem* para poder *tensionar* o debate, pois tinham receio que a política ficasse *vazia de conteúdo*. Dessa forma, Márcia Couto, Wagner Figueiredo, Beto de Jesus e ele foram compor grupos distintos com o objetivo de que o debate, tanto de gênero, quanto de masculinidades pudessem perpassar os diversos grupos. Depois desse encontro, afirma que outros ocorreram, de maneira pontual, com as diferentes sociedades médicas. Segundo informa, havia a expectativa de ocorrerem outras reuniões para a construção de um relatório, mas isso não aconteceu, devido a falta de verbas.

Do encontro de Saúde Mental, resultou um Relatório Síntese elaborado pelo próprio Benedito Medrado que ficou responsável em fazer a relatoria. Segundo informa, ele teve intenção em ser relator para que pudesse *cuidar do material*. Dessa forma, após as reuniões dos subgrupos, ele teve acesso a todos os documentos e apresentações. Isso porque, ao final da reunião, ele pediu a cópia dos documentos que foram gravados em seu *pen drive*. Essa foi uma forma encontrada por ele para que suas ideias estivessem presentes no documento. Então, *depois, eu peguei isso tudo que estava mal organizado, aí é o ditado, e fui juntando, mas na hora de juntar, eu ia dando uma cara* (Benedito Medrado, entrevista em 19 de agosto de 2016).

Assim, Benedito Medrado contribuiu, a partir desse Relatório Síntese (ANEXO D – Relatório Síntese do Seminário de Saúde Mental), para a construção do *documento-diretriz* enviado à equipe da ATSH do MS. Ou seja, ao fazer um relatório do Seminário de Saúde Mental, Benedito Medrado pôde escrever uma parte do documento que se seguiu, posteriormente, para consulta pública e que se tornou na PNAISH. Nos encontros, não havia um documento a priori e os membros da equipe da Área Técnica, segundo informa, *aceitavam tudo* o que era proposto. No entanto, veremos que isso não foi visto da mesma forma por todos os participantes, já que há aqueles que acreditam que havia um texto prévio (mesmo que não estivesse escrito).

As demais reuniões foram menores e com grupos específicos, como as reuniões que ocorreram somente com a Sociedade Brasileira de Urologia, por exemplo.

Dessa forma, a participação de Benedito Medrado parece não ter ocorrido somente nas reuniões, mas também na organização e revisão do documento que foi gerado no encontro com os participantes do Seminário de Saúde Mental. Segundo informa, não

contribuiu com a consulta pública, por acreditar que não teria muito sucesso, pois acredita que ela foi: *PRO-FORME. Ela não é uma consulta pública de fato. Consulta pública você faz, fazendo conferência, você faz dialogando, você vai nas bases, você cria um debate* (Benedito Medrado, entrevista em 19 de agosto de 2016).

Isso porque, para ele, seria necessário um envolvimento da *base*, considerando os diversos movimentos sociais existentes no país. Assim, ele acredita que, enquanto *a Política da Saúde da Mulher se constrói no diálogo, a Política de Saúde do Homem se constrói num suposto diálogo* (Benedito Medrado, entrevista em 19 de agosto de 2016). O que o leva a pensar que a participação da sociedade civil foi muito limitada, se restringindo somente às ONGs Papai e Promundo.

Diante disso, a sua ideia sobre participação nesse processo tem oscilação. Ao mesmo tempo em que considera que participou ativamente na construção do texto da PNAISH, ele acredita que isso não foi suficiente, pois, para ele, participação na construção de política envolve conhecer as necessidades e as demandas dos homens, seja por meio de conferências locais, estaduais ou nacional, seja pelos movimentos sociais ou quem está na *ponta*. Algo que considera como de *baixo para cima* para, a partir daí, se construir conjuntamente os seus princípios. Essa é uma forma de discordar com a participação, proposta pela Área Técnica de Saúde do Homem, que se restringiu a um convite a um público determinado.

Ele acredita que não houve essa mobilização para envolver a sociedade civil, devido à formação técnica dos gestores, mas também *porque a questão da saúde do homem não tomou o lugar que a gente gostaria que ela tomasse* (Benedito Medrado, entrevista em 19 de agosto de 2016). Isso porque a saúde do homem: *foi incorporada rapidamente como mais um grupo de população que tem questões específicas, como se fossem específicas, e não é. A questão de saúde da mulher é uma questão para todos, a saúde do homem, deveria ser pensada como para todos também* (Benedito Medrado, entrevista em 19 de agosto de 2016).

Ele acredita, no entanto, que isso seria diferente se tivessem envolvido na coordenação da Área Técnica alguém da militância ou que tivesse uma trajetória de debate no campo das masculinidades e de gênero. Para ele, era fundamental que o debate tivesse ocorrido pela Conferência das Mulheres, por exemplo, tal como fazia o Instituto Papai.

É interessante perceber como a ideia de que a construção da política se deu de *cima para baixo* é percebida tanto por Jorge Lyra quanto por Benedito Medrado. Para ambos, isso se justifica pelo fato de que não se tratou de uma demanda proveniente de um

movimento organizado de homens, mas sim de ONGs que estavam pensando os homens na saúde, algo que não se caracteriza em um movimento de homens. Podemos pensar que o discurso oficial sobre a participação das ONGs seja uma forma também de legitimar a política.

Outra forma de participação no processo de construção da política, pensando-a para além da construção da PNAISH, foi o lançamento por um grupo – envolvendo o Instituto Papai, a Promundo e a Rede de Homens por Equidade de Gênero – de um documento, identificado por Mariana Azevedo como *marco de referência*, que foi lançado no mesmo mês e ano em que a PNAISH foi divulgada oficialmente, ou seja, em agosto de 2009. Segundo Jorge Lyra, esse documento, intitulado *Diretrizes para uma Política de Atenção Integral à Saúde do Homem*, teve como inspiração o movimento de mulheres quando este propõe o *relatório-sombra da sociedade civil*. Ele acredita que esse documento era para mostrar o que esse grupo acreditava ser importante para se pensar a saúde do homem, uma forma de *conseguir marcar posição*.

O conflito entre distintos pontos de vista no que tange à saúde do homem também aparece para os representantes do Instituto Papai. Para Mariana Azevedo, esses pontos de vista se expressaram em distintos momentos da política. Enquanto o documento PNAISH, é visto como mais abrangente, no momento que seguiu-se ao documento, ela percebe como *mais amarrado a fazer exames [...]. Essa perspectiva que eu tava falando mais da doença* (Mariana Azevedo, entrevista em 17 de agosto de 2016).

A gente sempre teve uma perspectiva muito muito clara de que a gente não podia ter uma visão reducionista sobre do que é se promover saúde dos homens. A gente tentava o tempo todo combater esse nome saúde do homem, por exemplo. Pensava em atenção integral aos homens na saúde pra tentar trazer sempre uma visão muito mais ampliada do que é saúde, do que é promover saúde junto aos homens e a população masculina. E sempre pensando também [...] que a gente não devia [...] tá focando na questão curativa, na doença (Mariana Azevedo, entrevista em 17 de agosto de 2016).

Conforme os integrantes do Instituto Papai, houve uma tensão entre vários olhares. Esses são percebidos a partir de uma oposição entre um olhar mais *técnico, biomédico, com um horizonte muito limitado*¹²⁸ ou mais *reducionista*, focado na *questão curativa da*

¹²⁸ Conforme afirma Benedito Medrado na entrevista realizada em 19 de agosto de 2016.

*doença*¹²⁹ ou que defendiam que os homens morrem mais por câncer de próstata ou doença cardiovascular¹³⁰. Por outro lado, para Benedito Medrado e Mariana Azevedo havia um outro olhar mais voltado à promoção da saúde do homem, a aspectos socioculturais e a gênero; a uma forma de olhar mais ampla sobre saúde, com ênfase na Educação em Saúde, nas reflexões críticas sobre masculinidades, na equidade de gênero. Para Benedito Medrado (Entrevista em 19 de agosto de 2016), *a política não era pro pênis, a política não era pro corpo, a política era para promoção à saúde da população masculina. E o principal problema de saúde dos homens, é exatamente ser homem.*

Segundo ele, havia ainda em jogo uma concepção de saúde, já que as propostas eram ora instrumentais, como montar serviços de saúde voltados somente para homens, ora mais reflexiva, pensando o lugar do ser homem na saúde. Para Jorge Lyra, a polarização de concepções se expressa também pelo fato de que haviam pessoas que estavam, há anos, discutindo o tema sob uma perspectiva de gênero e de outro lado, as Sociedades Médicas que defendiam câncer de próstata, doença cardiovascular, ou seja, *cada um que queria puxar para o seu pedaço* (Jorge Lyra, entrevista em 19 de agosto de 2016). Então, percebe-se que, para eles, havia um posicionamento para o debate de gênero, paternidade e o debate da *galera das doenças*, conforme aponta Mariana Azevedo, que era mais limitado e com interesses econômicos e de mercado.

Apesar do embate proveniente de posicionamentos distintos, Mariana Azevedo consegue reconhecer a voz do Instituto Papai no documento PNAISH, devido a presença de aspectos ligados à paternidade e ao pré-natal do parceiro, mesmo que a referência ao Instituto não esteja referenciada explicitamente. Ao mesmo tempo, apesar da crítica que tem frente ao posicionamento da SBU em relação à saúde do homem, reconhece que ela também foi importante para o processo de construção, deixando *sua marca*.

É interessante perceber que, para Benedito Medrado e Jorge Lyra, o reconhecimento dos agentes que participaram do processo se referem a “pessoas” como Márcia Couto, Wagner Figueiredo, Beto de Jesus, Marcos Nascimento, que são vistos como aqueles que tinham uma trajetória de discussão e produção sobre homens ou masculinidades e que se mantiveram nesse debate após o encontro. Apesar de Benedito Medrado acreditar que a equipe da Área Técnica construiu a discussão sobre homens estando no Ministério da Saúde, a figura de Eduardo Chakora é destacada por Mariana

¹²⁹ Conforme afirma Mariana Azevedo na entrevista realizada em 17 de agosto de 2016.

¹³⁰ Conforme afirma Jorge Lyra na entrevista realizada em 19 de agosto de 2016.

Azevedo como uma pessoa muito importante no processo, já foi ele quem deu certa *identidade*, a partir de estratégias *mais claras* no processo de implementação da política. Isso nos mostra como a política vai se construindo a partir das afinidades entre os participantes e a equipe da ATSH e ocorre de maneira diferenciada e bem marcada entre eles.

A demanda para que a Área Técnica fosse composta, inicialmente, por alguém que tivesse *uma trajetória de ter pensado esse objeto antes* (Benedito Medrado, entrevista em 19 de agosto de 2016) se pauta na experiência do movimento de mulheres que, para Benedito Medrado e Mariana Azevedo, além de terem apresentado a demanda por uma política de saúde integral, ocuparam também um cargo na Coordenação de Atenção à Saúde da Mulher no Ministério da Saúde. Além disso, essa seria, para Jorge Lyra, uma forma de dar um contrapeso à visão biomédica do primeiro coordenador da Área Técnica de Saúde do Homem.

5.1.2.2.2 Participação da ONG Promundo

Em relação à participação da Promundo no processo de construção da PNAISH, Marcos Nascimento, naquele momento representante da ONG, acredita, assim como os agentes do Instituto Papai, de que as ONGs foram identificadas como potenciais participantes, devido aos trabalhos que desenvolviam sobre gênero e masculinidades junto à população masculina¹³¹. Segundo ele, a interlocução da Promundo com o Ministério da Saúde já ocorria antes mesmo da Política Nacional de Saúde do Homem, seja pela Área Técnica da Saúde do Adolescente e do Jovem, seja pela coordenação de DST/Aids – já que pensavam em temas relacionados à prevenção do HIV considerando os homens – seja também pela saúde da mulher, pensando os homens no contexto da violência contra a mulher.

Quando Marcos Nascimento menciona a participação no processo de construção da PNAISH, é possível perceber a referência a um sujeito coletivo, representado pela Rede de Homens para Equidade de Gênero (RHEG) e expresso por um *a gente*, que inclui, além da Promundo, o Instituto Papai. Em determinados momentos, o *a gente* também inclui os acadêmicos que também participaram dos encontros que se referem aos eventos temáticos que abordavam a violência, a sexualidade e paternidade no Seminário de Saúde Mental.

¹³¹ As informações deste item 5.1.2.2.2 foram obtidas a partir da entrevista realizada com Marcos Nascimento em 13 de outubro de 2016.

Diferentemente, dos encontros específicos com as Sociedades Médicas de Cardiologia, Pneumologia, Gastroenterologia e Urologia, nos quais não participaram, o de Saúde Mental é visto por ele como mais interdisciplinar, já que envolveu representantes da sociedade civil, pesquisadores da academia e médicos psiquiatras. A característica desse Seminário se deve à figura de Eduardo Chakora que atuou como *regente da orquestra* (Marcos Nascimento, entrevista em 13 de outubro de 2016), que foi quem permitiu com que diferentes pontos de vista pudessem dialogar.

E como eu digo, o fato também de ser muito sensível a essa escuta a sociedade civil, ele [Eduardo Chakora] tinha uma preocupação muito grande de que essas vozes tivessem tanto peso quanto as sociedades médicas, que fosse uma coisa balanceada. Claro, que nunca vai ser 50 a 50. Mas que isso estivesse ali colocado, estivesse registrado. Então, ele tinha uma preocupação muito grande de trazer tanto a sociedade civil, quanto a academia para que a política não fosse construída apenas pelas sociedades médicas. E aí, eu acho que isso é um mérito que o Eduardo tem nesse sentido, de dizer: "Olha, não pode ser, não vão ser somente as sociedades médicas que vão construir essa política". (Marcos Nascimento, entrevista em 13 de outubro de 2016).

A importância de Eduardo Chakora se dá no processo, pois foi ele quem mediou os grupos e aproximou o debate acadêmico e do movimento social. Parece que todos tinham uma percepção clara de que essa política vinha atender aos interesses das sociedades médicas. Eduardo Chakora parece ser aquele agente que estava ali justamente para garantir que não fosse só esse grupo o vencedor.

Isso nos leva a pensar que os conflitos de ideias sobre a política estavam colocados antes mesmo dos participantes entrarem em contato uns com os outros, pois apesar de não terem participado dos mesmos encontros com as Sociedades Médicas, havia um posicionamento de um grupo que se contrapunha a um *certo modelo biomédico* (Marcos Nascimento, entrevista em 13 de outubro de 2016). Um grupo que, segundo Marcos Nascimento, tendia a pensar a construção social da masculinidade como um possível determinante do estilo de vida dos homens, assim como de seu adoecimento e no acesso ou não a serviços de Atenção Primária à Saúde. Para ele, enquanto as mulheres têm, tradicionalmente, como referência os médicos ginecologistas, e como para os homens não há uma andrologia, a urologia acaba ganhando esse destaque em relação aos homens. Algo que pudemos ver no discurso dos médicos urologistas também.

[...] nessa discussão e aí, a gente tinha alguns embates. Entre uma perspectiva mais biomédica ou até medicalizante dessa própria questão

da saúde do homem e, principalmente, em relação à Sociedade [Brasileira] de Urologia, muito focada na questão do câncer de próstata e da disfunção erétil, né? E a gente, por outro lado, argumentava muito a questão [sobre] o que mais mata os homens não é nenhuma dessas coisas. São causas externas, acidente de trânsito e violência. (Marcos Nascimento, entrevista em 13 de outubro de 2016).

Essa é uma forma de pensar que os embates com a urologia, por exemplo, podem ser vistos como indiretos, já que, apesar de não terem tido contato com ela, esta é evocada como um adversário ou oponente no modo de pensar a saúde do homem. No entanto, como a participação da Promundo ocorreu no subgrupo sobre violência, devido à trajetória de trabalho da ONG com o tema “homens e violência”, Marcos Nascimento afirma que houve embates diretos com os médicos psiquiatras que estavam ali presentes. Esses embates se referem à uma forma de enxergar a violência como patologia, por parte dos psiquiatras, ou como um fenômeno social, pelos demais participantes.

Apesar dos embates, Marcos Nascimento acredita que a política precisa considerar os diferentes aspectos no que diz respeito à saúde do homem e não somente um aspecto. O que nos faz perceber que, para ele, o embate pode ser visto como algo positivo por envolver diferentes posicionamentos que, ao final, foram considerados para o documento PNAISH. Não obstante, ele reconhece a presença de *agentes individuais* que estiveram presentes para dar um contrapeso a esses posicionamentos.

[...] você tinha algumas pessoas que a gente brincava que eram os INGs, os indivíduos não governamentais, né. Porque não, necessariamente, estavam em organizações, mas eram ativistas. E pessoas que tinham uma trajetória muito grande na área de direitos humanos e de gênero e sexualidade, Beto Jesus, por exemplo. (Marcos Nascimento, entrevista em 13 de outubro de 2016).

Assim, para ele, é possível pensar que o processo foi participativo por considerarem a experiência das ONGs sobre os temas em questão, apesar de não ter havido a escuta dos homens, mas sim de porta-vozes que estavam ali representando a sociedade civil. Houve dessa forma, uma espécie de filtro,

seja por conta da academia e as suas pesquisas com os homens sobre saúde, seja da experiência da sociedade civil nos projetos de intervenção com homens [...] não estavam falando de um coletivo de homens brasileiros. Eu não posso falar de um homem amazonense. (Marcos Nascimento, entrevista em 13 de outubro de 2016).

5.1.2.3 Participação da Associação Brasileira de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais (ABGLT)

Como participante representando a ABGLT, Beto de Jesus parece não se recordar muito do processo de construção da PNAISH. No entanto, nos oferece elementos importantes para pensarmos as diferenças de pesos entre os participantes ao longo do processo. Isso se deve, principalmente, a um apagamento de suas ideias no bojo das discussões ao longo do Seminário de Saúde Mental.

Beto de Jesus se recorda que participou de alguns encontros em Brasília, mas, no decorrer deles, parou de participar, pois estava comprometido com outras atividades e não via a política acontecer na prática¹³². Ele relata perceber que a política avançava apenas no papel, mas não na vida real das pessoas. Essa ideia se deve, em parte, ao seu posicionamento que era muito do lugar dos gays, dos bissexuais, dos homens trans e *não na perspectiva geral dos homens* (Beto de Jesus, entrevista em 12 de dezembro de 2016). O peso que almejava dar à política era desses outros homens que não fosse somente os heterossexuais, porém acredita que não houve *eco* junto aos presentes em relação aos seus posicionamentos e afirma que isso extrapola também para a sociedade em geral. Para ele, a política, já trazia um texto prévio, com ideais pré-definidos e, logo, não abria espaço para outras perspectivas. Ele desejava levar uma ideia de gênero para além do binômio masculino e feminino, mas pensando nas relações de poder que essa palavra sugere. O relato dele aponta para um arranjo anterior da política que não considerava a participação dos diferentes segmentos.

Pela sua experiência em outras políticas de saúde ou não e brasileiras ou não, ele demonstra que o Brasil tem adotado medidas conservadoras, excluindo do debate dos processos políticos grupos como gays, travestis e homens trans. Essa sensação quanto à ausência de abertura para suas ideias, também foi percebida, segundo ele, por amigos e amigas que participaram do processo, já que se viam deslocados das discussões.

Em relação ao processo de construção da PNAISH, ele afirma que houve *boa vontade* dos gestores, até pelo envolvimento de diversos participantes, mas havia também um problema conceitual que parecia estar relacionado às distintas procedências dos participantes. Isso o leva acreditar que não houve consenso, pois:

¹³² As informações deste item 5.1.2.3 foram obtidas a partir da entrevista realizada com Beto de Jesus em 12 de dezembro de 2016.

o consenso não é uma discussão de meio dia, o consenso ele pressupõe uma discussão muito mais ampla, tem a perspectiva que pausifica em relação ao que você está dizendo. Eu posso ir até aqui, eu posso ir até aqui, eu acho que isso não macula ou não fere o que eu penso em relação a isso e tal. (Beto de Jesus, entrevista em 12 de dezembro de 2016).

Para ele, nos últimos anos, em nome da governabilidade houve um apagamento de histórias e de sujeitos em algumas políticas que acompanhou, dentre elas a Política Nacional de Saúde do Homem, que também se enquadra neste contexto. Dessa forma, ele vê que suas ideias não foram acatadas, pois havia algo prévio que filtrava a ideia de se ampliar o debate sobre saúde do homem, abrangendo gays e homens trans como uma possível população alvo da política. No entanto, o seu apagamento no processo não se deu somente em relação à medicina que parecia estar ali voltada ao homem com risco ou com doenças urológicas; mas também entre aqueles que defendem o discurso da saúde do homem de maneira *ampla* considerando as diferentes masculinidades e que afirmam olhar para gênero de maneira relacional. Isso porque esse “relacional” tende a enfocar o binômio homem-mulher, principalmente, quando afirmam que a saúde do homem deveria ter sido pensada junto com a saúde da mulher. São perspectivas ou racionalidades que apagam identidades ao não extrapolar para outros homens, como os trans e os gays.

5.2 CONSIDERAÇÕES SOBRE O PROCESSO DE PARTICIPAÇÃO NA CONSTRUÇÃO DA PNAISH

O processo de construção da PNAISH demandou a participação de diferentes e específicos agentes sociais, individuais e coletivos, que foram identificados e convidados pela Área Técnica de Saúde do Homem. Essa participação foi criticada por uns por não ter ocorrido de maneira ampla, já que não conversou com “os homens”, alvo da política, nem com movimentos sociais formados por homens, como ocorreu com a política de saúde da mulher. Por isso, alguns dos agentes tendem a vê-la como restrita a determinados participantes como médicos, acadêmicos e ONGs. No entanto não podemos desprezar que muitos dos participantes foram homens e estavam ali discutindo a saúde dos homens sob diversas perspectivas: as Sociedades Médicas de Cardiologia e Urologia, sobretudo esta, sob um enfoque dos urologistas e das doenças urológicas, a SBMFC defendendo as demandas das pessoas e a Atenção Básica; e os “outros” acreditando possuir um olhar mais abrangente para além de doenças. Não há uma uniformidade no modo de olhar para o processo de participação dessa política. Enquanto as ONGs questionam que não é possível

abranger as necessidades de saúde dos homens apenas pela participação delas mesmas, o saber universal e generalizante da medicina não se questiona quanto a isso. Além disso, não houve uniformidade entre as próprias Sociedades Médicas sobre o processo de participação na construção da política de saúde do homem, nem entre “os outros”, pelo contrário, é possível perceber uma considerável heterogeneidade no interior de cada grupo que participou do processo.

O fato de não ter contado com movimentos sociais de homens, tal como alguns dos participantes sugeriram, não invalida o tipo de participação ocorrida no processo de construção da PNAISH. Houve, talvez, uma participação delimitada que exigiu algumas negociações, não colocando em risco o saber e a prática das Sociedades Médicas. Conforme apresentamos as diferentes perspectivas dos agentes sociais sobre o processo de participação na construção da PNAISH, foi possível perceber como essa participação ocorreu no âmbito das ideias, ou como aponta Dean (2016a; 2016b), como uma forma de transferir conhecimento de diversos especialistas para a tomada de decisão dos gestores. Ou seja, apesar do envolvimento da SBU desde o início do processo em relação à saúde do homem, podemos dizer que a escolha dos convidados a participar partiu de definições dos gestores da ATSH, o que significa que os diferentes participantes não se mobilizaram entre si para que pudessem se envolver diretamente, nem construir a agenda do processo participativo. Pelo contrário, foram convidados nominalmente como potenciais participantes em temas que ora foram pensados por Ricardo Cavalcanti, no que diz respeito aos médicos, ora por Eduardo Chakora, no que se refere aos pesquisadores, às ONGs, dentre outros. Uma participação que ocorreu de forma separada, ou seja, os agentes foram divididos em grupos específicos para exporem o seu conhecimento sobre temas pré-definidos pela ATSH. A partir disso, os gestores e técnicos da ATSH se ocuparam de organizar as ideias dos participantes de maneira que acreditam ter sido consensual. Porém, nem essa forma de participação, nem o suposto consenso impediram que os conflitos se tornassem presentes, já que o peso dos participantes acabou sendo visto de forma desigual.

Apesar das outras áreas do MS terem sido citadas em documentos como participantes, elas não são destacadas como agentes que também fizeram parte desse processo. Assim, podemos dizer que o processo parece ter acontecido havendo centralidade de dois agentes, Ricardo Cavalcanti e Eduardo Chakora, que compunham a Área Técnica de Saúde do Homem e que representaram dois enfoques distintos, e nem por isso excludentes, para a construção do documento da política. A partir dos dois enfoques, podemos dizer que houve embates de ideias, que transcendem esses dois agentes, mas que,

ao mesmo tempo, estavam diretamente envolvidos neles. Em outras palavras, podemos dizer que não houve um conflito direto entre as ideias defendidas por cada um deles, mas é possível perceber uma tensão, principalmente, quando pensamos nos movimentos realizados por Eduardo Chakora para defender a presença das ONGs e dos acadêmicos. É possível identificar que a construção da PNAISH foi permeada por uma disputa de ideias personificada na figura dos dois.

De um lado temos Ricardo Cavalcanti, que ao ser indicado por Adson França para ser o primeiro coordenador da Área Técnica de Saúde do Homem, pôde conduzir a política sem *dificuldade nenhuma*, como ele próprio ressalta. Dessa forma, Ricardo Cavalcanti pôde definir os passos para a construção do documento PNAISH que se pautaria na participação de Sociedades Médicas, conforme os principais agravos encontrados no levantamento realizado pela própria Área Técnica. No entanto, foi possível perceber como as principais causas de morbimortalidade de homens, as causas externas, permaneceram apagadas pelas perspectivas dessas Sociedades. Além disso, é interessante perceber como as especialidades médicas são as que ganharam maior relevância e visibilidade para os próprios médicos, sendo os demais participantes também invisibilizados.

Outro aspecto que chama atenção é a ideia tão difundida entre os médicos de que o texto da política é algo bem acabado, mas que na prática não foi operacionalizado. Essa ideia sugere que o olhar desses agentes para a política remete a uma sequência de ações: primeiro, elabora-se o texto, em seguida, tem-se a sua implementação. Porém, preferimos pensar que a política de saúde do homem, desde o momento em que é anunciada já carrega consigo a produção de texto e a produção de práticas. Ou seja, os contextos de produção da PNAISH e da prática não se dão de forma sequencial, nem separada, mas se interpenetram. São momentos que ocorrem simultaneamente de maneira a se interconectarem. Como pudemos observar, ambos caminharam juntos, visto que simultaneamente à escrita do documento, diversas ações aconteceram, como exemplo, temos as ações empreendidas pela SBU visando dar visibilidade à urologia como especialidade de destaque para a atenção à saúde do homem. Ações que fazem parte do contexto da prática.

Se olharmos para política como algo dinâmico e como contextos, seja da prática ou de texto e discurso, como sugerem Ball, Bowe e Gold (1992) e Ball (1994), entendemos o processo de construção da PNAISH como repleto de disputas de sentidos sobre a política. É o mesmo que pensarmos que, ao se construir um texto, há disputas de discursos que estão expressos na prática do dia a dia, o que caracteriza as disputas da política no contexto da prática. Nesse sentido, os diferentes entendimentos e interesses relacionados à saúde do

homem esbarram em questões como mercado de trabalho e consumo, cuidado em saúde, gênero e masculinidades.

Isso reforça, mais uma vez, a necessidade de possibilitar a escuta daqueles que se fizeram presentes como as ONGs, os pesquisadores e ativista social, mas que no jogo político, não atuaram de maneira destacada e ativa como a SBU e SBC, e que nem por isso deixaram de estar presentes, de maneira também importante. A forma de marcar a presença dos “outros” agentes se deu predominantemente via publicações sobre a importância de se enxergar os homens pela lente de gênero e das masculinidades. Outra forma foi pela inserção de suas ideias no texto da política fazendo a relatoria do Seminário de Saúde Mental que se tornou uma estratégia importante e um espaço privilegiado para intervir e garantir suas propostas. Há, dessa forma, estratégias distintas para assegurar um espaço na política que pode se dar pela produção do texto ou pela pressão junto à Câmara dos Deputados e ao Ministério da Saúde. Talvez seja por isso, que o texto da política não seja algo tão valorizado pelos médicos da SBU. Isso expressa que as racionalidades em disputa adotaram estratégias também distintas.

E aí, faz sentido pensarmos que Eduardo Chakora convidou “os outros” para se sustentar, tanto no que esses agentes lhe traziam de familiaridade, quanto para conseguir contrapor a ideia de que saúde do homem se reduz às doenças urológicas ou do coração. Assim como Ricardo Cavalcanti, Eduardo Chakora se pautou no conhecimento de diferentes especialistas como das ONGs, Papai e Promundo, assim como de pesquisadores, para defender o argumento de que as doenças e agravos que acometem os homens possuem relação com as masculinidades e com a perspectiva de gênero. Esse olhar pôde ser incluído no Seminário de Saúde Mental, junto com a psiquiatria para fazerem uma discussão sobre violência, suicídio, acidente de transporte, adesão a programas de saúde. Ou seja, foi neste Seminário que as chamadas “causas externas” puderam entrar de alguma maneira.

Houve, então, certo apagamento para as sociedades médicas dos “outros” agentes que se tornaram próximos uns dos outros, não por pensarem de maneira igual, mas por terem um *chão em comum* (Romeu Gomes, entrevista em 16 de novembro de 2016). Como se pautavam em um debate de gênero, mesmo que a partir de distintas perspectivas, puderam se identificar como “os outros” ou o “a gente”. É interessante perceber que dentro dos “outros” também houve um apagamento de agentes que, apesar de terem tentado entrar para o debate, como Beto de Jesus, permaneceram invisíveis. Não se trata de um apagamento ou silenciamento feito por outrem, mas ao perceber que suas ideias não teriam espaço, decidiu se retirar do debate.

Diante disso, podemos pensar que para a construção da PNAISH há um antagonismo de ideias. Retomando as contribuições de Mouffe (2015) para este estudo, não se trata necessariamente de uma inimizade, tampouco podemos afirmar que os interesses e a defesa de cada grupo são reconhecidos como legítimos por ambas as partes. Enquanto “os outros” reconhecem que as Sociedades Médicas atuaram de maneira marcante, não podemos dizer o mesmo das Sociedades Médicas, já que há um apagamento desses “outros” no discurso dos médicos, já que se mostram interessados em seus próprios espaços de atuação. Isso nos sugere que não há reciprocidade no reconhecimento sobre as contribuições de cada uma das partes. Outra forma de olhar para este apagamento, é pensarmos que o próprio arranjo de participação proposto pelos gestores não permitiu que os agentes sociais tivessem uma interlocução e conhecimento de quem estava ali participando da construção da política.

Podemos dizer também que, apesar do empenho tanto de Eduardo Chakora quanto de Ricardo Cavalcanti para promover o debate, não foi possível contemplar todos, por isso que, nas entrevistas realizadas com ambos, a presença de homens gays e trans não ganhou visibilidade. Isso nos mostra que o discurso do consenso pode, de certa forma, apagar outras formas de pensar e agir perante a saúde do homem.

Cabe-nos perguntar, também, se a escolha de Eduardo Chakora e Ricardo Cavalcanti, com tais características, foi algo já previsto, sendo ambos contratados intencionalmente ou não. Conforme vimos no capítulo 4, houve um planejamento na contratação deles. É possível perceber pelo estudo realizado por Müller e Birman (2016), que o perfil desses agentes foi pré-definido. Um deveria ter experiência de ter trabalhado com homens e o outro com olhar para sexualidade e interlocução com as sociedades médicas. Havia, inclusive, uma orientação do ministro Temporão para que a política contasse também com a participação da sociedade civil, além das sociedades médicas, para que a política não se restringisse ao olhar da urologia. Além disso, quando Ricardo Cavalcanti chega à ATSH, com toda a sua familiaridade com as especialidades médicas, foi lhe recomendado considerar o trabalho já realizado em relação à identificação de grupos que trabalhavam com homens ou que pensavam no tema (MÜLLER; BIRMAN, 2016).

Pela análise dos Fóruns, é possível perceber também que Adson França – que indicou Ricardo Cavalcanti – apresentou, em determinados momentos, um discurso híbrido ao valorizar abertamente as iniciativas da SBU frente à saúde do homem e, depois, apresentar a importância de se refletir nas causas evitáveis de morte dos homens, citando as causas externas, além de apontar as dificuldades da população em geral e dos homens no

acesso ao sistema de saúde. Enquanto Neidil Espíndola da Costa – que indicou Eduardo Chakora – defendeu abertamente, causando polêmicas, a importância em se pensar nos transtornos mentais e comportamentais, como primeira causa de internação entre os homens, além de mencionar os aspectos relacionados a gênero, violência e ações intersetoriais. Enfim, são pistas que nos sugerem que a tensão entre as perspectivas apresentadas transcendem as figuras de Ricardo Cavalcanti e de Eduardo Chakora, assim como a própria política de saúde do homem. Essa é uma forma de vermos que há aspectos que podem tanto ser parte de um conflito presente no dia a dia de trabalho do Ministério da Saúde e que tende a perpassar as políticas que são ali, em parte, construídas.

Extrapolar as figuras mencionadas nos faz pensar nas diferentes racionalidades em disputa. Podemos aproximar as visões de um desses agentes à racionalidade biomédica e o outro ao que poderíamos denominar como uma racionalidade da Saúde Coletiva. É possível afirmar que a primeira incorporou, ao longo de vários séculos, a noção de doença em seu discurso e em sua prática de maneira implícita¹³³ e tende a se apresentar como científica, justamente por ter como base disciplinas do campo da Biologia. Essas características são (e foram) importantes para que a medicina pudesse se sustentar como um saber legítimo, sem que pudesse ser alvo de críticas e contestações. Além disso, ter-se conformado seguindo à divisão do corpo humano em sistemas que tende, por sua vez, corresponder às especialidades médicas – sendo vistas como parte de uma totalidade que funciona de uma forma mecânica – é outro aspecto que sustenta essa racionalidade. Isso porque essa forma de organização do corpo por sistemas é uma forma de organizar o próprio saber médico (CAMARGO JR., 2005).

De outro lado, temos um discurso de Saúde Coletiva que carrega, desde sua origem na década de 1970, uma crítica ao modelo biomédico centrado na doença com a defesa por um conceito de saúde ampliado, se aproximando de diversas áreas do conhecimento, mas, sobretudo, das Ciências Humanas e Sociais (BIRMAN, 1991; OSMO; SCHRAIBER, 2015; WARGAS, 2015).

Essa questão é bastante importante quando consideramos como o âmbito do social foi progressivamente silenciado, no campo da saúde, pelo discurso biomédico. A Saúde Coletiva teria, justamente, como uma de suas principais propostas resgatar o social. (OSMO; SCHRAIBER, 2015,

¹³³ Isso significa, conforme Camargo Jr. (2005), que não há um enunciado explícito sobre as noções que a medicina costuma pautar seu discurso e prática. Como se essa prática fosse guiada por representações que não estão explícitas em lugar algum, mas são percebidas nas entrelinhas do saber médico.

p. 215).

Além disso, a Saúde Coletiva “se constituiu através da crítica sistemática do universalismo naturalista do saber médico” (BIRMAN, 1991, p. 09) considerando saúde de maneira mais abrangente e complexa do que a leitura realizada pela medicina que se pauta na história natural da doença (agente etiológico, vetor, doença, fisiopatologia). Não se trata, no entanto, de desconsiderar os recursos das ciências naturais, mas de reconhecer seus limites, já que “a saúde é marcada num corpo que é simbólico, onde está inscrita uma regulação cultural sobre o prazer e a dor, bem como ideais estéticos e religiosos” (BIRMAN, 1991, p. 09). Isso significa que existem representações de vida e morte, sobre saúde e doença, sobre o que é normal e anormal e as práticas sanitárias não têm como silenciar esses aspectos. Assim é que a presença das Ciências Sociais se faz importante para compreender o processo saúde-enfermidade-intervenção.

Porém, o que se pode observar é uma domesticação do social pela perspectiva biológica, ou seja, a Saúde Coletiva não pode ser considerada hoje, necessariamente, uma racionalidade que conseguiu propor um novo modelo de atenção capaz de lidar com a complexidade do processo saúde-doença e com maior interação entre os saberes (AYRES, 2002 apud OSMO; SCHRAIBER, 2015; WARGAS, 2015).

O que se assistiu foi uma substituição do discurso do saber biológico e da medicina, para o discurso do saber administrador/ gestor/ trabalhador/ educador da saúde, que detém o conhecimento acerca das ‘necessidades de saúde’ (WARGAS, 2015, p.12, grifo da autora).

A autora questiona se podemos realmente dizer que a Saúde Coletiva pode ser vista como um novo campo ou se este apenas acomodou novas teorias, mantendo as mesmas práticas e saberes. E aqui, podemos dizer que a racionalidade biomédica continua ocupando uma posição de destaque e de hegemonia. O discurso dos “outros” que enfatizava pensar nas causas externas e de se abordar o homem de maneira integral e “ampla” entra em contradição com o papel desempenhado por Beto de Jesus que acabou por abandonar o debate por não ter conseguido espaço para discutir as questões que ele compreendia como importantes, mesmo sendo considerado parte desses “outros”. Isso porque, mesmo no discurso pautado na Saúde Coletiva, não foi possível incluir os demais homens que fogem ao binômio homem-mulher. Conforme Müller e Birman (2016) mencionam, a partir da fala de um dos gestores que participou ativamente do processo da política, a escolha de um coordenador que fosse sexólogo era para permitir um olhar para

todos, já que a especialidade trata não somente homens e mulheres, mas lésbicas, bissexuais travestis, transgêneros. No entanto, ficou claro que esse olhar não foi o que prevaleceu, já que sequer foi escutado.

Outro aspecto importante a ser destacado é que não significa que, por Eduardo Chakora ter se apoiado em agentes que se pautam no discurso da Saúde Coletiva, essa racionalidade esteja realmente presente no processo de construção da política. O que acreditamos haver de racionalidade da Saúde Coletiva nesse processo são argumentos que foram apropriados por um dos agentes da gestão a partir de documentos prévios, como textos publicados pela Revista Ciência e Saúde Coletiva, que, por sua vez, possui uma legitimidade de falar em saúde do homem como parte do que se almeja de Saúde Coletiva. E isso, em parte, foi apropriado por Eduardo Chakora que se pautou neste material, nos autores ali presentes, e principalmente, no discurso propagado por eles. Algo que também parece ter respaldado as escolhas feitas para que esses agentes pudessem fazer parte do Seminário de Saúde Mental. Dessa forma, tem-se um discurso da Saúde Coletiva embasando um argumento e que parece encontrar expressão na figura de Temporão, o ministro conhecido como da Reforma Sanitária e que estava preocupado em permitir que outro olhar, para além do exclusivo das sociedades médicas, estivesse presente.

Podemos dizer que houve uma incorporação do discurso da doença com uma visão de saúde biomédica, ou seja, para ter legitimidade também se apoiaram nas doenças. E aí, podemos pensar que, apesar de se ver amplo, esse discurso carrega consigo um elemento também biomédico ao associar as doenças e agravos às masculinidades. Ou seja, o discurso da epidemiologia, de certa forma, também se fez presente e não podemos nos furtar em dizer que ela também se pauta na racionalidade biomédica. A tentativa de se pensar saúde do homem de maneira abrangente termina por se sustentar no discurso da doença, no saber também biomédico. O que demonstra que talvez não estejamos lidando com um saber necessariamente diferente do outro, mas supostamente diferente. No entanto, não se trata de desconsiderar as doenças, mas de olhar para elas criticamente como forma de não alimentar ainda mais a medicalização da vida.

Assim, pensar em participação na construção dessa política de saúde nos conduz a pensar nos conflitos entre racionalidades e dentro dessas próprias racionalidades, já que, como pudemos ver, apesar da Medicina de Família e Comunidade seguir também uma racionalidade biomédica, ela entrou em conflito com os interesses levados pela urologia e cardiologia no que se refere à saúde do homem. Como vimos, tais conflitos podem fazer parte de uma sociedade democrática. Reforçamos, então, as contribuições de Laclau e

Mouffe (2015) e Mouffe (2015) como fundamentais para compreendermos a participação dos diversos agentes sociais na construção da PNAISH, uma vez que essa pode ser uma forma dos diferentes grupos em expressar e lutar por posições políticas e ideológicas. No entanto, se nos atentarmos ao discurso oficial que sustenta a PNAISH, podemos perceber que as diferenças quase não se mostram presentes, nem mesmo os conflitos e embates que permearam sua construção. Isso reforça, mais uma vez, a importância de olharmos para eles não como um problema que precisa ser resolvido, mas como parte de uma sociedade composta por uma pluralidade de grupos que possui posicionamentos distintos e lutam para ocuparem uma posição hegemônica.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo aponta para alguns pontos importantes que nos sinalizam para o nosso modo de fazer políticas públicas de saúde no país. Inicialmente, tivemos a intenção de pesquisar a política partindo do pressuposto que algumas vozes haviam sido silenciadas. Essas vozes seriam da sociedade civil que esteve presente no processo junto com as Sociedades Médicas, com destaque para a Sociedade Brasileira de Urologia (SBU), assim como com alguns gestores. À medida que o estudo caminhava e iam sendo construídos os seus argumentos, a mudança de direção tornou-se fundamental e passamos a olhar atentamente como os diferentes agentes sociais participaram do processo e como se viram nele. Isso ocorreu pois percebemos a importância em percorrer, em parte, a trajetória da política desde sua concepção.

Desde o momento em que a saúde do homem “entrou” para a “agenda governamental”, para que pudesse se tornar política, até o momento em que o documento Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) foi construído, houve um percurso permeado por agentes coletivos e individuais que, de alguma maneira, se fizeram presentes. Temporão, ao assumir para si a Política Nacional de Saúde do Homem, o faz em nome do Estado, como uma forma de garantir certa neutralidade e legitimidade. É um caso específico de política, que não apresentou grande centralidade, conforme vimos. Pelo contrário, estava à beira da centralidade, mas que de forma surpreendente entrou nas 22 metas do ministro da saúde. Porém, se nos atentarmos àqueles que marcaram presença para o tema entrar no discurso de posse de Temporão, perceberemos o protagonismo da SBU. No entanto, não podemos desconsiderar a trajetória acadêmica e profissional do então ministro, para que a política tivesse o peso da racionalidade biomédica, mas também argumentos relacionados a Saúde Coletiva, representadas, respectivamente, pelas Sociedades Médicas e pelas ONGs e pesquisadores, conforme observado também por Müller e Birman (2016). Ao mesmo tempo em que a SBU se destacou, parece ter havido uma tentativa de afirmar que a ideia de uma política de saúde do homem, vinha do ministro, talvez para não deixar explícito como essa especialidade atuou e ganhou espaço na política.

Para nós, foi importante reconhecer a trajetória da política, desde seu início, para perceber como os processos ocorrem e refletem na construção de um documento de política. Além disso, a atuação dos dois agentes, Ricardo Cavalcanti – com características que permitiram a interlocução com as Sociedades Médicas – e Eduardo Chakora – na

interlocução com a academia e ONGs – foi algo que se destacou. Ambos chegaram ao Ministério da Saúde por indicação a partir de um contato pessoal. Adson França que se referiu, em diversos momentos, a Ricardo Cavalcanti como amigo e professor e Neildil Espíndola, que em contato com a avó de Eduardo Chakora, chegou ao seu nome.

Se pensarmos nas indicações feitas pelas *pessoas* que estavam atuando no Ministério da Saúde no momento da indicação de Ricardo Cavalcanti e Eduardo Chakora, podemos pensar que se tratou de situações em que as relações pessoais foram acionadas, ao invés de ter-se aberto às possibilidades para que outros indivíduos pudessem ser nomeados aos respectivos cargos. E isso parece ser uma marca não apenas no caso da Política Nacional de Saúde do Homem, mas uma característica tipicamente brasileira¹³⁴. No caso aqui estudado, duas pessoas foram indicadas para fazer a mediação com dois lados. É como se médicos só falassem com médicos e os “outros” falassem com o interlocutor reconhecido por esses e um psicólogo, pareceu ser uma indicação perfeita para ampliar diálogos, mas não o suficiente para incluir outras posições como a de Beto de Jesus.

Não se trata de analisar a postura de quem indicou, tampouco dos indicados e nomeados a exercer determinada posição no MS. Apenas podemos refletir que, em nosso meio, o universal e o pessoal entram em cena de maneira complementar. E isso pôde ser percebido em todo o processo de construção da PNAISH, principalmente quando os médicos afirmam ter ficado amigos de Ricardo Cavalcanti e vice-versa, como alguns outros participantes da academia ou das ONGs ficaram próximos a Eduardo Chakora. Ou seja, em determinados momentos acionamos o pessoal como forma de lidar com algo que seja do impessoal, do indivíduo. Não se trata aqui de julgar se isso está correto ou não, mas talvez, como o antropólogo Roberto DaMatta (1993) sugere, é interessante que esse aspecto se torne visível para que possamos nos compreender como uma sociedade, que possui determinadas tradições e modos de atuar. Incluímos, nessa atuação, a nossa forma de conduzir as políticas de saúde.

Da indicação desses agentes, seguiu-se à constituição da Área Técnica de Saúde do Homem (ATSH) no Ministério da Saúde e à realização dos diversos seminários compostos por participantes convidados por Ricardo Cavalcanti e Eduardo Chakora, visando à construção do documento da política. A participação, que chamamos ao longo do estudo de “transferência de conhecimento”, pode ser entendida como uma consultoria prestada – por

¹³⁴ Segundo DaMatta (1981), isso pode ser percebido em outros países como Itália, Espanha, Portugal e outros da própria América Latina. Porém, Costa (2014) argumenta que, aqui, esse traço tende a permanecer com o passar do tempo.

diversos especialistas no tema – aos gestores da ATSH do Ministério da Saúde, tal como discutido nos capítulos 3 e 5. Algo que parece ser bastante comum no Ministério da Saúde. No entanto, é importante colocar em questão essa prática e pensarmos: que tentativas outras de participação, para além de seminários e de consulta pública, foram feitas ou podem ser feitas para a construção de políticas? Havia outra possibilidade de participação? O que essa prática nos diz sobre nossos processos de construção de políticas?

Considerando a participação tal como ocorrida na construção da PNAISH, podemos pensar, em um primeiro momento, que ela se deu de forma pacífica, se lermos de maneira desatenta o que foi enunciado pelo documento, principalmente quando afirma que as ideias foram democraticamente debatidas e pactuadas entre os representantes e gestores da ATSH e que consensos foram traçados. No entanto, tanto a ideia de consenso, quanto de participação precisam ser vistas com algumas ressalvas. Isso porque elas podem nos fazer acreditar que foi possível a construção de uma política, a partir de um processo “democraticamente” discutido e pactuado a partir da participação de diversos agentes sociais, que por sua vez, possuem trajetórias e interesses distintos. Dessa forma, é preciso colocar em suspenso que “democracia” é essa que está sendo referida ali.

Acreditamos que o entendimento de democracia dos gestores se pautou na deliberação em que é possível traçar consensos. À medida que as entrevistas puderam ser realizadas e os documentos consultados, percebemos que, nos bastidores da política, houve conflitos. Neste momento, foi possível identificar as divergências entre os diversos participantes. No entanto, tais conflitos se deram no âmbito de posicionamentos e das ideias, pois os Seminários realizados ocorreram de maneira separada. Ou seja, as diferentes Sociedades Médicas foram abordadas em momentos separados dos pesquisadores, das ONGs e dos ativistas sociais. No entanto, podemos olhar para a organização dos Seminários com a divisão de grupos como uma tática política, uma estratégia para garantir que a perspectiva minoritária da Saúde Coletiva pudesse, em parte, se fazer presente nesse processo. Se todos ficassem juntos talvez não ocorresse a possibilidade de explorar algumas questões pertinentes a cada grupo. Com exceção do encontro sobre “Saúde Mental”, em que médicos psiquiatras interagiram com os pesquisadores, agentes das ONGs e da academia, assim como com ativistas sociais, e pôde, assim, haver um confronto de ideias presencialmente. Neste Seminário, conforme os participantes entrevistados mencionam, houve um agrupamento daqueles que tinham uma base de pensamento, mais ou menos, em comum o que permitiu uma solidariedade no momento do debate diante dos médicos psiquiatras. Dessa forma, em geral, os participantes não foram encorajados a se

relacionarem entre si para exporem e confrontarem suas diferentes ideias e posicionamentos.

A partir disso, recorreremos a autores que criticam democracia como consenso, uma vez que este tende a apagar as diferenças e identidades, e passamos a considerá-la como conflito. Dessa forma, questionamos o consenso expresso na PNAISH e seguimos dando visibilidade aos conflitos entre os agentes sociais. Por isso, foi preciso ampliar a ênfase para aqueles diversos agentes que participaram do processo. Esses conflitos se expressavam, sobretudo, pelas posições e interesses distintos dos participantes que foram convidados a fazer parte da construção do documento, a partir dos quais não seria possível se chegar a um consenso sem que alguns posicionamentos pudessem ser apagados. O que significa que o consenso nem sempre será possível, pois há vozes dissonantes e identidades que não permitem que suas ideias e ideais sejam suprimidos. E isso pôde ser observado, de alguma forma, nos posicionamentos tomados por parte dos participantes, considerados, por si mesmos, como os “outros” do processo de construção da PNAISH.

Assim, percebemos que tais posicionamentos partiam da defesa de interesses que se pautaram em duas racionalidades – aparentemente, distantes uma da outra – como a biomédica e a da Saúde Coletiva. O Ministério da Saúde precisou atender e mediar esses interesses. Essa mediação teve início, antes mesmo da criação da Área Técnica de Saúde do Homem, com estudos sobre como o cenário acadêmico estava lidando com a saúde do homem, com objetivo de encontrar argumentos para dar sentido à política e não deixá-la definir-se apenas no âmbito das Sociedades Médicas. Os estudos e a atuação das ONGs foram trazidos para o debate e incluídas as questões no texto da política que obrigavam haver alguma mediação. Mas mesmo com toda a mediação prevaleceu uma intenção biomédica no processo de construção da política.

A racionalidade biomédica mostrou toda a sua força argumentativa e discursiva, pois além de estar presente entre os seus representantes médicos também se fez presente no discurso dos demais agentes que não puderam se furtar a discutir doenças e agravos epidemiológicos. Conforme afirma Santos (2002a), mesmo o que se apresenta como contra-hegemônico, não é possível passar ileso do hegemônico. No entanto, apesar de sua força, outros discursos e vozes foram possíveis, ainda que com participação limitada e precária. Enquanto os interesses mais relacionados a um posicionamento da Saúde Coletiva mostraram-se difusos, com tentativas de articulação com ONGs e acadêmicos, mas esbarrou na própria dificuldade de identidade desse campo, uma vez que não há um discurso de Saúde Coletiva que seja único e comum. Houve também o discurso pautado na

Saúde Mental, em gênero, nas masculinidades, nas causas externas, etc. E a incorporação desses discursos no processo de construção da política ficou igualmente difuso, pois há bastante heterogeneidade na própria Saúde Coletiva.

Nos parece que a tentativa da Política Nacional de Saúde do Homem foi tentar mediar diferentes visões, com pequenos ganhos, mas longe de romper com a supremacia do saber biomédico e com todos os interesses do complexo da saúde que o sustenta.

Apesar de ter prevalecido uma racionalidade, é preciso nos atentarmos aos vários conflitos presentes no interior das racionalidades em questão. Mas também é necessário atender ao apagamento de conflitos que a afirmação presente no texto da PNAISH nos conduz e, conseqüentemente, nos leva a naturalizar a ideia tanto de democracia quanto de participação. Além disso, se quisermos avançar na construção de práticas mais democráticas, é preciso considerar as diferenças, de forma a reconhecê-las como legítimas e dignas de participarem de processos que envolvem disputas, seja de saber ou de poder. Assim, por mais que tenha se pretendido consensual, esse processo contou também com uma dose alta de conflitos. Pensar dessa forma possibilita dar visibilidade às diferenças e aos agentes que possuem diferentes interesses e formas de lidar com a saúde do homem.

Porém, percebemos que houve um silenciamento da própria disputa entre essas racionalidades, e aqui é preciso retomar o pressuposto inicial do estudo. Este ocorreu, de certa forma, quando um dos agentes que representavam a Associação Brasileira de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais desistiu de participar, pois as vozes e os interesses dominantes se apresentaram mais fortes em todos os contextos de produção da política. Esses foram reconhecidos saberes como legítimos pelos gestores e técnicos da ATSH.

Isso nos mostra que, apesar de acreditarem partir de diferentes posicionamentos, é possível perceber que “os outros” não estão isentos de pensar a saúde do homem a partir do pensamento biomédico. Podemos dizer que o peso da racionalidade biomédica teve uma importância significativa no processo e parece que continuará tendo. Afinal, essa política seguiu seu rumo tendendo às necessidades da população masculina ou será que ela foi capturada pela racionalidade biomédica? Não podemos responder a esses questionamentos, pois exigiriam outros estudos. Mas são reflexões que precisam ser feitas quando pensamos em políticas de saúde e, no caso aqui estudado, na Política Nacional de Saúde do Homem. Não foi nossa intenção analisar se o discurso se tornou presente ou não no documento da política, mas apenas enfatizar o processo de construção de uma política considerando a participação de diferentes agentes sociais.

Além disso, o olhar para a trajetória da política com ênfase na participação desses agentes sociais e com o olhar para política como texto e discurso nos permitiu compreender que a participação em uma política de saúde pode extrapolar um espaço institucionalizado destinado a ela. Ou seja, há outras formas de se participar, de se fazer presente e se articular para que os interesses dos diversos agentes sociais possam ganhar espaço. E esse movimento pôde ser visto pela atuação da urologia antes mesmo da política ser anunciada oficialmente. O mesmo podemos dizer sobre os acadêmicos que iniciam um debate sobre saúde do homem, já em 2005, construindo um discurso que entraria para a política posteriormente. Isso também ocorreu com os trabalhos desenvolvidos pelas ONGs Papai e Promundo. É interessante perceber que a ação desses agentes sociais, não parece ter sido realizada já pensando em uma política no futuro. Como expressou bem Sidney Glina em entrevista:

É que na realidade, acho que... são aquelas coisas que você vai fazendo e quando você olha para trás você fez, mas não tinha planejado fazer, você ia fazendo coisas meio aleatório. Por exemplo, Novembro Azul quando você vê o Novembro Azul hoje, eu fiz a primeira campanha de detecção de câncer de próstata no Hospital Ipiranga em 96.(...) Nós fizemos três campanhas e paramos. (...) A gente não tem um planejamento, a gente não tem essa noção de Saúde Pública, então a gente faz a coisa e depois de depara com esses percalços. (Sidney Glina, entrevista em 02 de dezembro de 2016).

Essa fala, talvez, exemplifique que nem sempre as ações – às vezes, consideradas como parte do processo político para os analistas de políticas – são reconhecidas como tal por aqueles que estão agindo. Ou seja, grande parte dos agentes sociais entrevistados demonstraram ter um olhar para o tema saúde do homem e interagiram, ao longo de suas respectivas trajetórias, com agentes ora políticos, como no caso da SBU, ora não, como no caso dos acadêmicos, ora com agências internacionais como no caso das ONGs Papai e Promundo. Enfim, ganharam uma visibilidade e legitimaram suas posições por estratégias distintas que nos mostra uma forma de participação na construção da política para além da consultoria prestada à Área Técnica de Saúde do Homem. Esses aspectos que, inclusive, possibilitaram o silenciamento de outros agentes sociais presentes no processo de construção do documento.

Acreditamos que este estudo traz contribuições importantes para a Saúde Coletiva, mas também para a análise de políticas de saúde, tanto do ponto de vista de registrar e sistematizar um processo institucional, quanto do ponto de vista da reflexão sobre a

construção de um discurso oficial que se forma em torno das políticas. Há grandes discursos oficiais sobre diversos temas, dentre eles de participação, mas esses processos e a sua compreensão não estão tão presentes na análise da construção das políticas de saúde. Isso anuncia a necessidade de adotarmos um outro olhar sobre esse campo, algo que não está consolidado. Por isso, também apesar de termos focalizado a análise da participação na construção do documento da Política Nacional de Saúde do Homem, é possível extrapolar o caso aqui estudado para que pensemos como construímos outras políticas que são anunciadas pelo Ministério da Saúde.

REFERÊNCIAS

- ACIOLI, S. Participação Social na Saúde: revisitando sentidos, reafirmando propostas. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.) *Construção Social da Demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: CEPESC/ UERJ: ABRASCO, 2010. p. 295 – 305.
- ALVARENGA, W. A. et al. Política de saúde do homem: perspectivas de enfermeiras para sua implementação. *Rev Bras Enferm.*, v. 65, n. 6, p. 929–935, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n6/a07v65n6.pdf>. Acesso em 15 dez. 2015.
- AMORIM NETO, O. O Poder Executivo, centro de gravidade do sistema político brasileiro. In: AVELAR, L.; CINTRA, A.O. (Org.). *Sistema político brasileiro: uma introdução*. Rio de Janeiro: Fundação Konrad-Adenauer-Stiftung; São Paulo: Fundação Unesp, 2007. p.131-141.
- AQUINO, E.M.L. Saúde do homem: uma nova etapa da medicalização da sexualidade? *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 19-22, mar. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n1/a03bv10n1.pdf>. Acesso em 16 out. 2017.
- ARAÚJO, M. G. et al. Opinião de profissionais sobre a efetivação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm.*, v. 18, n. 4, p. 682–689, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n4/1414-8145-ean-18-04-0682.pdf>. Acesso em 05 dez. 2015.
- ASSIS, S.G.; CONSTANTINO, P. Perspectivas de prevenção da infração juvenil masculina. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 81-90, mar. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n1/a08v10n1.pdf>. Acesso em 16 out. 2017.
- BALL, S. J.; BOWE, R.; GOLD, A. The policy process and the process of policy. In: BALL, S. J.; BOWE, R.; GOLD, A. *Reforming education & changing schools: case studies in policy sociology*. London: Routledge, 1992. cap. 1, p. 06 -23.
- BALL, S. J. What is policy? Texts, trajectories and toolboxes. In: BALL, S. J. (Ed.). *Education Reform: a critical and post-structural approach*. London: Open University Press, 1994. cap. 2, p.14-27.
- BAPTISTA, T.W.F.; GOMES, M.M.G; NOGUEIRA, C.O. O Legislativo e a Saúde: o debate no período do Governo Lula. In: MACHADO, C.; BAPTISTA, T.W.F.; LIMA, L. D. (Org.) *Políticas de saúde no Brasil: continuidades e mudanças*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 283-320.
- BAPTISTA, T. W. F.; MATTOS, R. A. Caminhos para análises de políticas de saúde [Apresentação]. In: MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. *Caminhos para análise das políticas de saúde*, 2011. p.7-9. Online: Disponível em: site.ims.uerj.br/pesquisa/ccaps. Acesso em: 02 dez. 2017.
- BAPTISTA, T.W.F.; MATTOS, R.A. Sobre Política (ou o que achamos pertinente refletir

para analisar políticas). In: MATTOS, R.A.; BAPTISTA, T.W.F. (Org). *Caminhos para análise das políticas de saúde*. 1.ed.– Porto Alegre: Rede UNIDA, 2015. Cap. 2, p.83-149. E-book.

BATISTA, L.E. Masculinidade, raça/cor e saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.10, n.1, p.71-80, mar. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n1/a07v10n1.pdf>. Acesso em 16 out. 2017.

BIRMAN, J. A physis da saúde coletiva. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 7-11, 1991. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v1n1/01.pdf>. Acesso em: 06 out. 2015.

BOURDIEU, P. *Os usos sociais da ciência: por uma sociologia clínica do campo científico*. Tradução de Denice Barbara Catani. São Paulo: Editora UNESP, 2004. 86p.

BOURDIEU, P. *Razões Práticas*. Tradução de Mariza Corrêa. 11 ed. Campinas: Papirus, 2011. 224p.

BOURDIEU, P. *Sobre o Estado: Cursos no Collège de France (1989 - 92)*. Tradução de Rosa Freire d'Aguiar. 1ª. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2014. 573p.

BRASIL. Câmara dos Deputados. III Fórum Políticas Públicas e Saúde do Homem realizado em 31 de maio de 2007.

BRASIL. Câmara dos Deputados. IV Fórum Políticas Públicas e Saúde do Homem realizado em 07 de agosto de 2008a.

BRASIL. Câmara dos Deputados. V Fórum Políticas Públicas e Saúde Masculina realizado em 20 de agosto de 2009a.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Sessão 1163/08. Audiência Pública realizada em 07 de agosto de 2008b.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Sessão 0747/06. II Fórum de Políticas Públicas em Saúde e Doenças do Homem. Brasília, 2006a.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Sessão 0753/06. II Fórum de Políticas Públicas em Saúde e Doenças do Homem. Brasília, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Ata da Centésima Nonagésima Reunião Ordinária realizada em 8 e 9 de outubro de 2008c*. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/atas/atas_08.htm. Acesso em 05 maio 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Ata da Centésima Nonagésima Nona Reunião Ordinária realizada em 8 e 9 de julho de 2009b*. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/atas/atas_09.htm. Acesso em 05 maio 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução de Nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes que trata de pesquisas em seres humanos e atualiza a resolução 196. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, n.12, 13 de junho de 2013. Seção 1, p. 59.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Consulta Pública do Sistema Único de Saúde. Documento Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. 2008d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Geral da Saúde das Mulheres. Apresentação. Criada em 19 de fevereiro de 2014a. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/419-sas-raiz/dapes/saude-da-mulher/11-saude-da-mulher/9658-apresentacao>. Acesso em 12 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Coordenação Geral de Média e Alta Complexidade. Apresentação. Criada em 25 de abril de 2014b. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/811-sas-raiz/daet-raiz/media-e-alta-complexidade/11-media-e-alta-complexidade/12335-apresentacao-ma-complexidade>. Acesso em 12 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Memorando nº 127 de 03 de abril de 2008e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Memorando nº 967 de 17 de outubro de 2008f.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Nota Técnica de 25 de março de 2008g.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2008h. Disponível em: www.saude.gov.br. Acesso em: 20 mar. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2009c. Disponível em: www.saude.gov.br. Acesso em: 12 dez. 2009.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos - SPI. Relatório de Avaliação do Plano Plurianual 2004-2007: exercício 2008 - ano base 2007 / Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos. Brasília: MP, 2008i. Disponível em: <http://www.planejamento.gov.br/assuntos/planeja/plano-plurianual/publicacoes/2008-2011/relatorios-anuais-de-avaliacao#2008>. Acesso em: 03 out. 2017.

BRAZ, Marlene. A construção da subjetividade masculina e seu impacto sobre a saúde do homem: reflexão bioética sobre justiça distributiva. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 97-104, mar. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n1/a10v10n1.pdf>. Acesso em: 16 out. 2017.

CAMARGO, K.R., Jr. A Biomedicina. *Physis*, Rio de Janeiro, v.15, supl., p. 177 – 201, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v15s0/v15s0a09.pdf>. Acesso em: 06 dez. 2017.

CAPELLA, A. C. N. Perspectivas teóricas sobre o processo de formulação de políticas públicas. *BIB*, São Paulo, v. 61, p. 25-52, 2006.

CAPELLA, A.C.N. Perspectivas Teóricas sobre o Processo de Formulação de Políticas Públicas. In: HOCHMAN, G; ARRETCHE, M; MARQUES, E. (Org.) *Políticas Públicas no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007, p. 87 – 122.

CARRARA, S. Comentários diagonais sobre a emergência dos homens na pauta da Saúde Coletiva. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 28-29, mar. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n1/a03ev10n1.pdf>. Acesso em 16 out. 2017.

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

CARVALHO, F. P. B. et al. Conhecimento acerca da política nacional de atenção integral à saúde do homem na Estratégia de Saúde da Família. *Rev. APS*, v. 16, n. 4, 2013. Disponível em: <https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/1977>. Acesso em 05 dez. 2015.

CAYMMI, D.; PINHEIRO, P.C. *À toa*. São Paulo: Acari Records, 2013. 1 CD (36 min. 09seg.).

CIÊNCIA & SAÚDE COLETIVA. Rio de Janeiro, v.10, n.1, jan./mar, 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=1413-812320050001&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 20 ago. 2015.

COSTA, E. A confraria da esquina. O que os homens de verdade falam em torno de uma carne queimando: etnografia de um churrasco de esquina no subúrbio carioca - RJ. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 262-263, mar. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n1/a26v10n1b.pdf>. Acesso em 16 out. 2017.

COSTA, S. O Brasil de Sérgio Buarque de Holanda. *Soc. estado.*, Brasília, v. 29, n. 3, p. 823-839, dez. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69922014000300008&lng=en&nrm=iso . Acesso em: 22 set. 2017.

DAMATTA, R. Para uma antropologia da tradição brasileira (ou: a virtude está no meio). In: DAMATTA, R. *Conta de mentiroso: sete ensaios de antropologia brasileira*. Rio de Janeiro: Rocco, 1993. p. 126- 149.

DAMATTA, R. Você sabe com quem está falando? Um ensaio sobre a distinção entre indivíduo e pessoa no Brasil. In: DAMATTA, R. *Carnavais, malandros e heróis: para uma sociologia do dilema brasileiro*. 3ed. 1981, p. 139- 193.

DEAN, R.J. Beyond radicalism and resignation: the competing logics for public

participation in policy decisions. *Policy and Politics*, p. 1-17, 2016a. Disponível em: <http://www.ingentaconnect.com/contentone/tpp/pap/2017/00000045/00000002/art00006>. Acesso em 19 jun. 2017.

DEAN, R.J. *Democratising Bureaucracy: the many meanings of public participation in Social Policy and how to harness them*. 2016b. 260f. Thesis. London School of Economics, London, 2016.

DONNANGELO, M.C.F.; FERREIRA, L. *Saúde e Sociedade*. Hucitec, 2011.

FARIA, C.F. O que há de radical na teoria democrática contemporânea: análise do debate entre ativistas e deliberativos. *Rev. bras. Ci. Soc.*, São Paulo, v. 25, n. 73, p. 101-111, jun. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbcsoc/v25n73/v25n73a06.pdf>. Acesso em 19 dez. 2017.

FARIA, C.F.; SILVA, V.P.; LINS, I.L. Conferências de políticas públicas: um sistema integrado de participação e deliberação? *Rev. Bras. Ciênc. Polít.*, Brasília, n. 7, p. 249-284, abr. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbcpol/n7/a11n7.pdf>. Acesso em 19 dez. 2017.

FIGUEIREDO, W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 105-109, mar. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n1/a11v10n1.pdf>. Acesso em 16 out. 2017.

FOUCAULT, M. Crise da medicina ou crise da antimedicina? In: FOUCAULT, M. *Arte, Epistemologia, Filosofia e História da Medicina*. Tradução de Vera Lúcia Avellar Ribeiro. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011.p. 374 – 393.

FOUCAULT, M. O nascimento da medicina social. In: FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. Tradução de Roberto Machado. 20 ed. Rio de Janeiro: Graal, 2004. Cap. V. p. 79-98.

GADELHA, C.A.G.; COSTA, L.S. Saúde e desenvolvimento nacional: a gestão federal entre 2003 e 2010. In: MACHADO, C.; BAPTISTA, T.W.F; LIMA, L.D. (Org.) *Políticas de saúde no Brasil: continuidades e mudanças*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p.61-90.

GIFFIN, K. A inserção dos homens nos estudos de gênero: contribuições de um sujeito histórico. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 47-57, mar. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n1/a05v10n1.pdf>. Acesso em 16 out. 2017.

GOLDENBERG, M. Dominação masculina e saúde: usos do corpo em jovens das camadas médias urbanas. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 91-96, mar. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n1/a09v10n1.pdf>. Acesso em 16 out. 2017.

GOMES, R. et al. Sentidos atribuídos à política voltada para a Saúde do Homem. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 10, p. 2589–2596, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n10/08.pdf>. Acesso em 05 dez. 2015.

GOMES, R. Masculinidades. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 261-262, mar. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n1/a26v10n1a.pdf>. Acesso em 16 out. 2017.

GOMES, R.; SCHRAIBER, L.B.; COUTO, M.T. O homem como foco da Saúde Pública. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 4, mar. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n1/a01v10n1.pdf>. Acesso em 16 out. 2017.

GOOGLE IMAGENS. Disponível em: divulgação da política nacional de saúde do homem - Pesquisa Google. Acesso em 02 dez. 2016.

HEMMI A.P.A.; ALMEIDA, S.P. Homem, Saúde e Cuidado: Uma Trajetória em Construção. In: SOUZA, M.C.M.R.; HORTA, N.C.; (Org.). *Enfermagem em Saúde Coletiva: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012. p. 267-280.

HEMMI A.P.A.; ALMEIDA, S.P. Homem, Saúde e Cuidado: Uma Trajetória em Construção. In: SOUZA, M.C.M.R.; HORTA, N.C.; (Org.). *Enfermagem em Saúde Coletiva: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017. p. 299- 312.

HEMMI, A.P.A. *Representações Sociais de Usuários sobre o Programa Saúde da Família*. 2008. 96f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2008. Disponível em: http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/GCPA-7NAFXK/ana_paula_azevedo_hemmi.pdf?sequence=1. Acesso em: 15 nov. 2015.

JULIÃO, G. G.; WEIGELT, L. D. Atenção à saúde do homem em unidades de Estratégia de Saúde da Família. *Rev. enferm. UFSM*, v. 1, n. 2, p. 144–152, 2011. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/2400/1743>. Acesso em 05 dez. 2015.

KINGDON, J.W. The Policy Window, and joining the streams. In: KINGDON, J.W. *Agendas, Alternatives, and Public Policies*. 2nd edition: Longman. 1995, chap. 8, p. 165 - 195.

KNAUTH, D. R.; COUTO, M. T.; FIGUEIREDO, W.S. A visão dos profissionais sobre a presença e as demandas dos homens nos serviços de saúde: perspectivas para a análise da implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 17, n. 10, p. 2617–2626, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n10/11.pdf>. Acesso em 05 dez. 2015.

KNAUTH, D.R.; MACHADO, P.S. Comentários ao artigo "Homens e saúde na pauta da Saúde Coletiva". *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 18-19, mar. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n1/a03av10n1.pdf>. Acesso em 16 out. 2017.

LACLAU, E.; MOUFFE, C. *Hegemonia e estratégia socialista: por uma política democrática radical*. Tradução de Joanildo A. Burity, Josias de Paula Jr., Aécio Amaral. São Paulo: Intermeios; Brasília: CNPq, 2015. 288p.

LAURENTI, R.; JORGE, M.H.P.M.; GOTLIEB, S.L.D. Perfil epidemiológico da morbimortalidade masculina. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 35-

46, mar. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n1/a04v10n1.pdf>. Acesso em 16 out. 2017.

LEAL, A. F.; FIGUEIREDO, W. DOS S.; NOGUEIRA-DA-SILVA, G. S. 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. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 10, p. 2607–2616, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n10/10.pdf>. Acesso em 15 maio 2015.

LOPES, L. C. O. et al. A acessibilidade do homem ao serviço de saúde após a implantação do Programa Nacional de Saúde do Homem: Uma Realidade Presente? *Rev. APS*, v. 16, n. 3, p. 226-233, 2013. Disponível em: <https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/1848/736>. Acesso em 05 dez. 2015.

MACHADO, C.; BAPTISTA, T.W.F. A agenda federal da saúde: dinâmica e prioridades. In: MACHADO, C.; BAPTISTA, T.W.F.; LIMA, L.D. (Org.) *Políticas de saúde no Brasil: continuidades e mudanças*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p.149 - 171.

MAINARDES, J.; MARCONDES, M.I. Entrevista com Stephen J. Ball: um diálogo sobre justiça social, pesquisa e política educacional. *Educ. Soc.*, Campinas, v. 30, n. 106, p. 303-318. 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/es/v30n106/v30n106a15.pdf>. Acesso em 10 set. 2015.

MATTOS, R.A. Breves reflexões sobre os caminhos da pesquisa. In: MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T.W.F. (Org.) *Caminhos para análise das políticas de saúde*. 2011, cap. 10, p. 257-261. Online: disponível em www.ims.uerj.br/pesquisa/ccaps.

MATTOS, R.A. Ciência, metodologia e o trabalho científico (ou Tentando escapar dos horrores metodológicos). In: MATTOS, R.A.; BAPTISTA, T.W.F. (Org.) *Caminhos para análise das políticas de saúde*. 1.ed.– Porto Alegre: Rede UNIDA, 2015. cap. 1, p. 29 -81. E-book.

MINAYO, M.C.S. Laços perigosos entre machismo e violência. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 23-26, mar. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n1/a03cv10n1.pdf>. Acesso em 16 out. 2017.

MINAYO, M.C.S. Técnicas de análise de material qualitativo. In: MINAYO, M.C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 9ed. São Paulo: Hucitec, 2006. p.303 – 360.

MOUFFE, C. *Sobre o político*. Tradução de Fernando Santos. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2015. 135p.

MOZER, I. T.; CORRÊA, A.C.P. Implementação da Política Nacional de Saúde do Homem: o caso de uma capital Brasileira. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm*, v. 18, n. 4, p. 578–585, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n4/1414-8145-ean-18-04-0578.pdf>. Acesso em 05 dez. 2015.

MÜLLER, R.F.; 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, Rio de Janeiro, v.23, n.3, p. 703-717, jul.- set. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v23n3/0104-5970-hcsm-S0104-59702016005000011.pdf>. Acesso em: 08 dez. 2017.

NASCIMENTO, E.F. Violência e estilos de masculinidade: violência, cultura e poder. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 260, mar. 2005a. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n1/a26v10n1.pdf>. Acesso em 16 out. 2017.

NASCIMENTO, P. Homens e saúde: diversos sentidos em campo. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 26-28, mar. 2005b. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n1/a03dv10n1.pdf>. Acesso em 16 out. 2017.

OLIVEIRA, L.C.; PINHEIRO, R. A Participação nos Conselhos de Saúde e sua interface com a cultura política. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.15, n.5, ago. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a20.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2013.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). Contrato de serviços. BR/CNT/0600649.001. Out. 2006.

OSMO, A.; SCHRAIBER, L.B. O campo da Saúde Coletiva no Brasil: definições e debates em sua constituição. *Saude soc.*, São Paulo, v. 24, supl. 1, p. 205-218, Jun. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24s1/0104-1290-sausoc-24-s1-00205.pdf>. Acesso em 26 nov. 2017.

PEREIRA, L. P.; NERY, A. A. Planejamento, gestão e ações à saúde do homem na Estratégia de Saúde da Família. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm*, v. 18, n. 4, p. 635–643, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n4/1414-8145-ean-18-04-0635.pdf>. Acesso em 05 dez. 2015.

REZENDE, M.; BAPTISTA, T.W.F. A análise da política proposta por Ball. In: MATTOS, R.A.; BAPTISTA, T.W.F. (Org). *Caminhos para análise das políticas de saúde*. 1.ed.– Porto Alegre: Rede UNIDA, 2015. Cap. 6, p. 273- 283. E-book.

SANTOS, B.S.; AVRITZER, L. Para ampliar o cânone democrático. In: SANTOS, B.S. (Org.). *Democratizar a democracia: os caminhos da democracia participativa*. Porto: Afrontamentos. 2003. p. 35- 69.

SANTOS, B.S.; AVRITZER, L. Para ampliar o cânone democrático. In: SANTOS, B.S. (Org.). *Democratizar a democracia: os caminhos da democracia participativa*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira. 2002. p. 39 – 82.

SANTOS, B.S. Introdução geral à coleção. In: SANTOS, B.S. (Org.) *Democratizar a democracia: os caminhos da democracia participativa*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira. 2002a. p.13-28.

SANTOS, B.S. Introdução geral. In: SANTOS, B.S. (Org.) *Democratizar a democracia: os caminhos da democracia participativa*. Porto: Afrontamento. 2003. p. 11-34.

SANTOS, B.S. Orçamento Participativo em Porto Alegre: para uma democracia

redistributiva. In: SANTOS, B.S. (Org.) *Democratizar a democracia: os caminhos da democracia participativa*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira. 2002b. cap. 10, p. 455-560.

SANTOS, B.S. Um discurso sobre as Ciências na transição para uma ciência pós-moderna. *Estud. av.*, v. 2, n. 2, p. 46 – 71, 1988. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40141988000200007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 jun. 2015.

SCHRAIBER, L.B.; GOMES, R.; COUTO, M.T. Homens e saúde na pauta da Saúde Coletiva. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 7-17, mar. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n1/a02v10n1.pdf>. Acesso em 16 out. 2017.

SOUZA, E.R. Masculinidade e violência no Brasil: contribuições para a reflexão no campo da saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 59-70, mar. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n1/a06v10n1.pdf>. Acesso em 16 out. 2017.

SOUZA, M.C.M.R.; HORTA, N.C.; (Org.). *Enfermagem em Saúde Coletiva: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2012. 342 p.

_____. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2017. 396 p.

SPINK, M.J.P. Apresentação. In: SPINK, M.J. (Org.). *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano*. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2013. p. IV - X.

SPINK, M.J.P; FREZZA, R.M. Práticas discursivas e produção de sentido. In: SPINK, M.J. (Org.). *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano*. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2013. Cap. 1, p. 1- 21.

SPINK, M.J.P; LIMA, H. Rigor e visibilidade. In: SPINK, M.J. (Org.). *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano*. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2013. Cap. 4, p. 71- 99.

SPINK, M.J.P; MENEGON, V.M. A pesquisa como prática discursiva. In: SPINK, M.J. (Org.). *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano*. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2013. Cap. 3, p. 42- 70.

TEIXEIRA, D. C. et al. Concepções de enfermeiros sobre a política nacional de atenção integral à saúde do homem. *Trab. educ. saúde*, v. 12, n. 3, p. 563–576, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v12n3/1981-7746-tes-12-03-00563.pdf>. Acesso em 05 dez. 2015.

TEMPORÃO, J.G. Discurso de posse do Dr. José Gomes Temporão no cargo de Ministro da Saúde em 19 mar. 2007. Disponível em: <http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/arq5068.pdf>. Acesso em: 04 nov. 2016.

VILLELA, W. Gênero, saúde dos homens e masculinidades. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 29-32, mar. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n1/a03fv10n1.pdf>. Acesso em 16 out. 2017.

WARGAS, T. A formação em Saúde Coletiva e os desafios da avaliação. *Ensaio e Diálogos*, n.1, p. 10- 14, nov. 2015. Disponível em: https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2016/07/Revista-ENSAIOS-DIÁLOGOS_1_Pag-10-a-14.pdf. Acesso em 24 nov. 2017.

WEALE, A. Between consensus and contestation. *Journal of Health Organization and Management*, v. 30. iss.5. p. 786 – 795. 2016.

WENDHAUSEN, A.; CAPONI, S. O diálogo e a participação em um conselho de saúde em Santa Catarina, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1621-1628, dez. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v18n6/13258.pdf>. Acesso em 13 dez. 2017.

YIN, R.K. *Estudo de Caso: planejamento e métodos*. 2.ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

APÊNDICE A – ENTREVISTAS REALIZADAS

Aguinaldo Nardi. Entrevista concedida a Ana Paula Azevedo Hemmi. Bauru, 01 dez. 2016.

Antônio Carlos Palandri Chagas. Entrevista concedida a Ana Paula Azevedo Hemmi. São Paulo, 30 nov. 2016.

Benedito Medrado Dantas. Entrevista concedida a Ana Paula Azevedo Hemmi. Recife, 19 ago. 2016.

Beto de Jesus. Entrevista concedida a Ana Paula Azevedo Hemmi. Via Skype. 12 dez. 2016.

Eduardo Chakora. Entrevista concedida a Ana Paula Azevedo Hemmi. Brasília, 09 jun. 2016.

Eduardo Chakora. Entrevista concedida a Ana Paula Azevedo Hemmi. Via Skype, 25 out. 2017.

Gustavo Gusso. Entrevista concedida a Ana Paula Azevedo Hemmi. São Paulo, 02 dez. 2016.

Jorge Lyra. Entrevista concedida a Ana Paula Azevedo Hemmi. Recife, 19 ago. 2016.

Jorge Silva. Entrevista concedida a Ana Paula Azevedo Hemmi. Brasília, 18 out. 2016.

José Carlos de Almeida. Entrevista concedida a Ana Paula Azevedo Hemmi. Brasília, 17 out. 2016.

José Gomes Temporão. Entrevista concedida a Ana Paula Azevedo Hemmi. Rio de Janeiro, 19 jul. 2016.

Liliane Penello. Entrevista concedida a Ana Paula Azevedo Hemmi. Rio de Janeiro, 08 dez. 2016.

Márcia Thereza Couto. Entrevista concedida a Ana Paula Azevedo Hemmi. São Paulo, 26 ago. 2016.

Marcos Nascimento. Entrevista concedida a Ana Paula Azevedo Hemmi. Rio de Janeiro, 13 out. 2016.

Maria do Socorro de Souza. Entrevista concedida a Ana Paula Azevedo Hemmi. Brasília, 09 jun. 2016.

Mariana Azevedo A. Ferreira. Entrevista concedida a Ana Paula Azevedo Hemmi. Recife, 17 ago. 2016.

Ricardo Cavalcanti. Entrevista concedida a Ana Paula Azevedo Hemmi. Salvador, 23 nov. 2016.

Romeu Gomes. Entrevista concedida a Ana Paula Azevedo Hemmi. Rio de Janeiro, 16 nov. 2016.

Shirlei Aparecida da Silva Bastos. Entrevista concedida a Ana Paula Azevedo Hemmi. Brasília, 10 jun. 2016.

Sidney Glina. Entrevista concedida a Ana Paula Azevedo Hemmi. São Paulo, 02 dez. 2016.

Simione Silva. Entrevista concedida a Ana Paula Azevedo Hemmi. Brasília, 09 jun. 2016b.

Wagner dos Santos Figueiredo. Entrevista concedida a Ana Paula Azevedo Hemmi. São Paulo, 26 ago. 2016.

APÊNDICE B – RELAÇÃO DE AGENTES SOCIAIS ENTREVISTADOS

(continua)

Ordem de realização entrevista	Cenário	Agente Social	Inserção no momento do processo de construção da PNAISH ou da entrevista	Como foi identificado?
1	Ministério da Saúde	Simione Silva	Membro da ATSH/ Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPES)/ Secretaria de Atenção à Saúde (SAS)/MS em 2011	Contato informal estabelecido em 2014, após indicação de um professor da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca.
2	Conselho Nacional de Saúde	Maria do Socorro de Souza	Membro do Conselho Nacional de Saúde como representante da Confederação dos Trabalhadores na Agricultura (CONTAG)	A entrevistada foi identificada a partir de leitura da ata da 199ª reunião ordinária do Conselho Nacional de Saúde (CNS) realizada nos dias 08 e 09 de julho de 2009 quando da apresentação da PNAISH ao CNS.
3	Ministério da Saúde	Eduardo Chakora ¹³⁵	Membro da ATSH/ DAPES/SAS/MS	A partir de um contato estabelecido no Congresso da Rede Unida em 2014 realizado em Fortaleza/Ceará foi possível ter conhecimento sobre seu papel na ATSH. Além de ter sido mencionado por Simione Silva. Foi realizado um contato telefônico em 2014 durante o <i>pré-campo</i> . Em 2016, o contato foi realizado via Facebook, pois ele já havia se desvinculado do MS.
4	Ministério da Saúde	Shirlei Bastos	Membro da ATSH/ DAPES/SAS/MS	Indicada por Simione Silva.
5	Ministério da Saúde	José Gomes Temporão	Ministro de Estado da Saúde	Mencionado por Eduardo Chakora e Simione Silva como alguém que teve influência na construção da política.
6	ONG Papai	Mariana Azevedo	Profissional do Instituto Papai em projetos sobre “homens e saúde” e “homens e saúde pública”	O Instituto Papai foi mencionado por Eduardo Chakora como ONG que participou do processo de construção da política.
7	ONG Papai	Jorge Lyra	Coordenador do Instituto PAPAÍ	Contato estabelecido a partir de uma comunicação coordenada sobre Saúde do Homem ocorrida durante o 11º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, realizado em 2015 em Goiânia.
8	ONG Papai	Benedito Medrado	Colaborador do Instituto PAPAÍ	Mencionado por Mariana Azevedo durante a conversa realizada no <i>pré-campo</i> .

Fonte: Elaborado a partir das entrevistas realizadas no âmbito da pesquisa de doutorado, 2017.

¹³⁵ Em 2017, foi realizado um novo contato para maiores esclarecimentos sobre alguns trechos da entrevista realizada em 2016.

Relação de agentes sociais entrevistados (continuação)

Ordem de realização entrevista	Cenário	Agente Social	Inserção no momento do processo de construção da PNAISH ou da entrevista	Como foi identificado?
9	Academia	Márcia Couto	Docente na Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) e colaboradora no Programa de Pós-graduação de Medicina Preventiva da Universidade de São Paulo (USP)	Mencionada por Eduardo Chakora, por Jorge Lyra, Benedito Medrado, como pesquisadora que participou do processo de construção da política.
10	Academia	Wagner Figueiredo	Médico do Centro de Saúde Escola da USP	Mencionado por Eduardo Chakora, por Jorge Lyra, Benedito Medrado, como participante do processo de construção da política.
11	ONG Promundo	Marcos Nascimento	No período de 2000 a 2011, teve diversas inserções no Promundo (desde primeiro membro da equipe, depois como coordenador de programas, seguindo para diretor de programas até diretor-executivo)	O Promundo foi mencionado por Eduardo Chakora em conversa informal em 2014. O nome foi identificado a partir de busca ao site da ONG. Em entrevista, foi citado por Jorge Lyra, Benedito Medrado, como alguém que representou a ONG no processo de construção da PNAISH.
12	SBU	José Carlos de Almeida	Presidente eleito no período de 2005 a 2007. Em 2008, entra efetivamente no cargo de presidente da Sociedade Brasileira de Urologia (SBU) e permanece até 2009	A SBU foi mencionada como um grupo de interesse na construção da política. Identificado como alguém que esteve presente desde o I Fórum de Saúde do Homem.
13	Legislativo	Deputado Jorge Silva (PHS/ES)	Médico urologista	Identificado pela sua posição na Frente Parlamentar de Saúde do Homem da Comissão de Família e Seguridade Social da Câmara dos Deputados. Mencionado por Eduardo Chakora e por José Carlos de Almeida..
14	Academia	Romeu Gomes	Pesquisador do Instituto Fernandes Figueira (IFF)/ Fiocruz	Mencionado por Eduardo Chakora em conversa informal em 2014. Autor citado no texto da PNAISH, bem como citado por outros participantes do processo de construção da política, como Mariana Azevedo e Jorge Lyra.

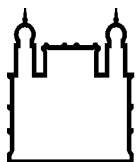
Fonte: Elaborado a partir das entrevistas realizadas no âmbito da pesquisa de doutorado, 2017.

Relação de agentes sociais entrevistados (conclusão)

Ordem de realização entrevista	Cenário	Agente Social	Inserção no momento do processo de construção da PNAISH ou da entrevista	Como foi identificado?
15	Ministério da Saúde	Ricardo Cavalcanti	Primeiro Coordenador da ATSH/ DAPES/ SAS/ MS	Mencionado por Eduardo Chakora em conversa informal em 2014. E depois, durante a entrevista realizada em 2016.
16	SBC	Antônio Carlos Palandri Chagas	Presidente da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC)	Identificado por Ricardo Cavalcanti em entrevista como presidente da SBC e participante para a construção do documento PNAISH.
17	SBU	Aguinaldo Nardi	Presidente da SBU seccional São Paulo	Identificado como presidente da SBU no período de 2012 a 2013. Mencionado também por José Carlos de Almeida como alguém que teve um papel relevante na presidência da SBU.
18	SBU	Sidney Glina	Presidente da SBU entre 2006 e 2007	Identificado nos documentos referentes aos Fóruns de Saúde do Homem realizados na Câmara dos Deputados.
19	SBMFC	Gustavo Gusso	Presidente da Sociedade de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC)	Identificado no documento da PNAISH como representantes da SBMFC.
20	Ministério da Saúde	Liliane Penello	Coordenadora da Estratégia Brasileirinhos e Brasileiras Saudáveis desde 2007 na Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) Brasília	Citada por Eduardo Chakora e Simione Silva como alguém que influenciou indiretamente o esposo José Gomes Temporão para criação da Política Nacional de Saúde do Homem.
21	ABGLT	Beto de Jesus	Membro da Associação Brasileira de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais (ABGLT)	Mencionado por Benedito Medrado, Márcia Couto e Marcos Nascimento durante as entrevistas realizadas em 2016.

Fonte: Elaborado a partir das entrevistas realizadas no âmbito da pesquisa de doutorado, 2017.

**APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E
ESCLARECIDO/TCLE**



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado participante,

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada “**A participação da sociedade civil no processo de construção da política nacional de saúde dos homens**”, desenvolvida por Ana Paula Azevedo Hemmi, discente do Curso de Doutorado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação da Professora Dr^a. Tatiana Wargas de Faria Baptista e coorientação da Pesquisadora Dr^a Mônica de Rezende.

O **objetivo central do estudo** é: analisar o processo de construção da Política Nacional de Saúde dos Homens no Brasil com destaque à participação da sociedade civil.

O convite a sua participação se deve à necessidade de compreender o processo de participação dos diferentes agentes sociais, tanto individuais quanto coletivos, na construção da política por meio dos seus discursos em torno da política. Como você ocupou um cargo estratégico no - Ministério da Saúde/ na Sociedade Médica de Urologia; Cardiologia; Gastroenterologia; Pneumologia/ na Saúde Mental/ na ONG PAPAÍ; PROMUNDO/ na ABRASCO/ no Movimento LGBT/ no Congresso Nacional/ em Instituições de Ensino Superior ou de Pesquisa - tanto no momento da elaboração do documento Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), quanto posteriormente ou anteriormente a essa construção, sua participação neste estudo torna-se de grande importância.

Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

Rubrica pesquisador: _____

Rubrica participante: _____

Como a pesquisa se relaciona à participação de sujeitos que ocupam cargos públicos, gostaríamos de poder identificar o nome e cargo ocupado atualmente ou anteriormente pelo entrevistado nos resultados da pesquisa. Caso você não queira que sua identificação seja divulgada, omitiremos a mesma.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

A sua participação consistirá em responder perguntas de um roteiro de entrevista à pesquisadora do projeto. A entrevista somente será gravada se houver autorização do entrevistado(a). O tempo de duração estimado da entrevista é de aproximadamente uma hora.

As entrevistas serão transcritas e armazenadas, em arquivos digitais, mas somente terão acesso às mesmas a pesquisadora, sua orientadora e coorientadora. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 466/12 e orientações do CEP/ENSP.

O benefício, seja direto ou indireto, relacionado com a sua colaboração nesta pesquisa é o de podermos ampliar o entendimento em torno da participação social nos processos decisórios no âmbito da saúde, principalmente no que diz respeito à sua influência na formulação de políticas públicas de saúde, assim como no planejamento e gestão do setor saúde. Dessa forma, acreditamos poder discutir aspectos mais abrangentes que se relacionam à participação da sociedade civil na formulação de políticas públicas no Brasil.

Toda pesquisa possui riscos potenciais, porém como este estudo visa abordar sujeitos que se encontram localizados em cargos públicos ou em organizações não-governamentais pode haver o risco de constrangimento durante a entrevista devido à exposição do ponto de vista sobre o processo de construção da e participação na política de saúde dos homens. Assim, caso isso aconteça, você tem autonomia para que haja ou não divulgação de sua entrevista ou parte dela.

Os resultados serão divulgados em Congressos, em artigos científicos e na tese de Doutorado.

Rubrica pesquisador: _____

Rubrica participante: _____

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

Contato CEP ENSP/FIOCRUZ

Tel e Fax - (0XX) 21- 25982863

E-Mail: cep@ensp.fiocruz.br

<http://www.enasp.fiocruz.br/etica>

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210

Ana Paula Azevedo Hemmi

Contato com a pesquisadora responsável:

Tel: (0 XX 38) 9 8837 7468

e-mail: anahemmi@gmail.com

1. Este Termo é redigido em duas vias, sendo uma via para o participante e outra para o pesquisador.
2. Todas as páginas deverão ser rubricadas pelo participante da pesquisa e pelo pesquisador responsável, com ambas as assinaturas apostas na última página.
3. As assinaturas não podem figurar em página separada do texto.

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

() Aceito a gravação da entrevista () Não aceito a gravação da entrevista

() Aceito que minha identificação seja divulgada () Não aceito que minha identificação seja divulgada

Nome do participante:

_____, _____ de _____ de 201_.

Rubrica pesquisador: _____

Rubrica participante: _____

APÊNDICE D – MAPA DE ASSOCIAÇÃO DE IDEIAS

Exemplo:

Processo de Construção da política						Trajetória de vida		
Origem da política	Ministério/ Área Técnica	Trajetória da política (produção do documento,	Agentes sociais/ participantes	Participação/ processo democrático	Financiamento	Profissional	Pessoal	Posicionamento
						<p>Ana Paula 07: Mas, assim, é... Primeiro, eu queria só que você falasse, pra mim, um pouco da sua trajetória. Como que, né, a sua graduação, é... como que você chega nessa discussão e na área técnica de Saúde do Homem no Ministério da Saúde, é... vir caminhando assim...</p> <p>Eduardo 08: Tá. Minha trajetória, né. Ana Paula 09: Hum hum.</p> <p>Eduardo 10: Bom, minha trajetória. Eu me formei em psicologia e sempre com uma orientação clínica</p>		

							<p>e essa questão sempre foi muito marcante na minha vida, pois sempre me interessei muito. Entender um pouco como que homens e mulheres agiam e por que o comportamento deles sobre determinadas coisas, as crenças, o modo de olhar pro mundo e de fazer suas escolhas, conscientes e, sobretudo inconscientes. Então, assim, sempre marcou muito a minha vida. E... muito cedo na minha vida, com 20 anos de idade, eu já tinha passado por algumas situações fortes. Eu já tinha perdido meu melhor amigo em acidente, já tinha passado por algumas situações bem desagradáveis de perdas, de parentes, de pessoas muito próximas, sobretudo do sexo masculino. E eu não entendia muito por que desse, desse fenômeno. Era uma coisa desconhecida, porque os homens à minha volta é... morriam.</p>	
--	--	--	--	--	--	--	---	--

**ANEXO A – POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO
HOMEM: PRINCÍPIOS E DIRETRIZES**

MINISTÉRIO DA SAÚDE

ISBN 978-85-334-1643-7



9 788533 416437

Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem

Princípios e Diretrizes

Disque Saúde
0800 61 1997

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
www.saude.gov.br/bvs



Ministério
da Saúde



Brasília - DF
2009

Tiragem: 7.000 exemplares
Impresso na Gráfica e Editora Brasil Ltda.
PDJK, Pólo de Desenvolvimento JK
Trecho 01 Conj. 09/10, Lotes 09/10/22
Santa Maria-DF
Brasília, Dezembro de 2009

MINISTÉRIO DA SAÚDE



**Política Nacional
de Atenção Integral à
Saúde do
Homem**

Princípios e Diretrizes

Série B. Textos Básicos de Saúde

Brasília - DF
2009

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Ações Programáticas Estratégicas

POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM

Princípios e Diretrizes

Série B. Textos Básicos de Saúde

Brasília - DF

2009

© 2009 Ministério da Saúde.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens dessa obra é da área técnica.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <http://www.saude.gov.br/bvs>

Série B. Textos Básicos de Saúde

Tiragem: 1ª edição – 2009 – 7.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:

Ministério da Saúde

Secretaria de Atenção à Saúde

Departamento de Ações Programáticas Estratégicas

Área Técnica de Saúde do Homem

SAF/Sul – Trecho 02, Lotes 05 e 06 - Ed. Premium, Torre II, Terreo

Cep: 70058-900 – Brasília – DF

Tel.: (61) 3315-3841

Fax: (61) 3226-4340

E-mail: sauededohomem@saude.gov.br

Home page: <http://www.saude.gov.br/>

Elaboração:

Baldur Oscar Schubert

Ricardo Cunha Cavalcanti

Eduardo Schwarz Chakora

Shirlei Aparecida da Silva Bastos

Anderson Colatto

Kelem Lima

Cleide Rodrigues

Vitor Gomes Pinto

Rosilene Ishiara

Marcella Distrutti

Revisão:

ATSH

Capa, projeto gráfico e diagramação:

Gráfica Brasil

Apoio financeiro e técnico:

Fundo de População das Nações Unidas

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas.

Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem : princípios e diretrizes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas – Brasília : Ministério da Saúde, 2009.

92 p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

ISBN 978-85-334-1643-7

1. Política Nacional de Atenção à Saúde do Homem. 2. Saúde do homem. 3. Promoção da saúde. I. Título. II. Série.

CDU 613.9-055.1

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2009/0891

Título para indexação:

Em inglês: Men Health Comprehensive Attention National Policy

Em espanhol: Política Nacional de Atención Integral a la Salud de los Hombres

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	7
ABREVIATURAS.....	11
1. INTRODUÇÃO.....	13
2. METODOLOGIA DE CONSTRUÇÃO DA POLÍTICA	17
3. DIAGNÓSTICO	21
3.1. Indicadores demográficos	21
3.2. Violência	22
3.2.1. População privada de liberdade	24
3.3. Alcoolismo e Tabagismo	24
3.4. Pessoa com deficiência	27
3.5. Adolescência e velhice	28
3.6. Direitos sexuais e direitos reprodutivos	28
3.7. Indicadores de mortalidade	29
3.7.1. Causas externas	32
3.7.2. Tumores	34
3.7.3. Outras causas de mortalidade	38
3.8. Indicadores de morbidade	39
3.8.1. Causas externas	40
3.8.2. Tumores	42
3.8.3. Outras causas de morbidade	44
4. PRINCÍPIOS	47
5. DIRETRIZES	49

6. OBJETIVOS	53
6.1. Objetivos gerais	53
6.2. Objetivos específicos	53
7. RESPONSABILIDADES INSTITUCIONAIS	57
7.1. União	57
7.2. Estados	58
7.3. Municípios	60
8. AVALIAÇÃO	63
9. BIBLIOGRAFIA	65
ANEXO I - Portaria nº 1.944 de 27 de agosto de 2009	71
ANEXO II – Instituições e profissionais que participaram das etapas de construção da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem	81

APRESENTAÇÃO

PORQUE UMA POLÍTICA PARA A SAÚDE DO HOMEM

No ano em que o Sistema Único de Saúde completa vinte e um anos, o Ministério da Saúde estabelece como prioridade a proteção à população jovem e adulta masculina, lançando a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, desenvolvida em parceria entre gestores do SUS, sociedades científicas, sociedade civil organizada, pesquisadores, acadêmicos e agências de cooperação internacional.

Tradicionalmente, o sistema de saúde tem dado prioridade à atenção a crianças e a mulheres – e, mais recentemente, também aos idosos – considerando-os como estratos mais frágeis da sociedade.

Os homens, de forma geral, habituaram-se a evitar o contato com os espaços da saúde, sejam os consultórios médicos, sejam os corredores das unidades de saúde pública, orgulhando-se da própria invulnerabilidade. Avessos à prevenção e ao autocuidado, é comum que protelem a procura de atendimento, permitindo que os casos se agravem e ocasionando, ao final, maiores problemas e despesas para si e para o sistema de saúde, que é obrigado a intervir nas fases mais avançadas das doenças.

À medida que as mulheres conquistam cada vez mais o seu direito ao mercado de trabalho, assumem em muitos lares o papel de responsáveis pela família e a equidade de gênero ganha contornos efetivos, a posição dos homens encontra-se em transformação. A resposta costumeira de que à mulher cabe cuidar da casa, das crianças, dela mesma e do seu companheiro, já não tem lugar no mundo de hoje, que inclui questões complexas ligadas à diversidade sexual e às novas configurações das possíveis formações de modelos familiares.

Na verdade, os tempos mudaram e o sistema de saúde deu-se conta de que o modelo básico de atenção aos quatro grupos populacionais – crianças, adolescentes, mulheres

e idosos – não é suficiente para tornar o País mais saudável, principalmente por deixar de fora nada menos do que 27% da população: os homens de 20 a 59 anos de idade que no Brasil são, neste ano de 2009, nada menos que 52 milhões de indivíduos, na prática pouco visibilizados ainda nas estratégias públicas de atenção à saúde. Não há como esquecer, ainda, que do total de 38 milhões de trabalhadores brasileiros no setor formal da economia, 22,5 milhões são do sexo masculino.

O Ministério da Saúde, em conjunto com as esferas estaduais e municipais que compõem solidariamente o Sistema Único de Saúde, compreendeu que para acelerar o alcance de melhores indicadores de qualidade de vida e padrões de vida mais longa é essencial desenvolver cuidados específicos para o homem jovem e adulto. Não se trata de reduzir a ênfase nos cuidados aos demais grupos populacionais, mas sim de chamar a atenção dos homens para que se cuidem mais e propiciar serviços de saúde que facilitem o enfrentamento dos agravos que são específicos do sexo masculino ou que nele encontram maiores taxas de ocorrência.

Os desafios a superar são imensos, a começar pelas causas externas de mortalidade, onde o predomínio dos óbitos do sexo masculino é devastador. A violência, por exemplo, vitima no geral o dobro de homens em relação às mulheres, e ao triplo, se considerarmos a faixa de 20 a 39 anos. Enquanto isso, de cada cem óbitos em acidentes de transporte terrestre, oitenta e dois são de homens, em geral jovens. Os homens são responsáveis por pelo menos seis de cada dez óbitos por doenças do aparelho circulatório e, no conjunto, esta é uma faixa etária em que a mortalidade masculina é pelo menos o dobro da feminina. No Brasil, a esperança de vida ao nascer já atingiu a média de 76,71 anos para as mulheres e 69,11 para os homens –, um indicador cuja melhoria está ligada fundamentalmente à elevação da expectativa de vida dos homens.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, formulada para promover ações de saúde que contribuam significativamente para a compreensão da realidade singular masculina nos seus diversos contextos socioculturais e político-econômicos, está alinhada com a Política Nacional de Atenção Básica – porta de entrada

do Sistema Único de Saúde –, particularmente com suas estratégias de humanização, na busca do fortalecimento das ações e dos serviços disponibilizados para a população. No fundo, a Política traduz um longo anseio da sociedade ao reconhecer que os agravos do sexo masculino constituem verdadeiros problemas de saúde pública.

Elaborada por meio de um minucioso processo de análises e discussões com o CONASS, o CONASEMS, a universidade, as organizações profissionais como as de cardiologia, urologia, gastroenterologia, psiquiatria, pneumologia, medicina da saúde da família e comunidade, as entidades da sociedade civil organizada para questões de gênero e para outros grupos populacionais, após ser submetida à consulta pública, a Política foi consagrada pelo Conselho Nacional de Saúde em decisão unânime e pela Comissão Intergestores Tripartite que a aprovou no mérito.

Conforme já citado, o foco da área de atenção à saúde masculina é o grupo de 20 a 59 anos, o que permite uma ampla área de contato especialmente com as faixas etárias limítrofes (adolescentes, idosos) e com a população feminina. Ênfase predominante está reservada para o trabalho de prevenção, promoção e proteção básica à saúde, com fundamento no conceito mestre de que cada homem pode manter-se saudável em qualquer idade.

José Gomes Temporão
Ministro de Estado da Saúde

ABREVIATURAS

AIH - Autorização de Internação Hospitalar

CID - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde

CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde

DASIS - Departamento de Análise de Situação de Saúde

DATASUS - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

DPOC - Doenças Pulmonares Obstrutivas Crônicas

DST/Aids - Doenças Sexualmente Transmissíveis e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

ESF - Estratégia de Saúde da Família

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INCA - Instituto Nacional do Câncer

MS - Ministério da Saúde

OMS/WHO - Organização Mundial da Saúde

PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PNH - Programa Nacional de Humanização

SE - Secretaria Executiva

SIA - Sistema de Informação Ambulatorial

SIH - Sistema de Informação Hospitalar

SIM - Sistema de Informação de Mortalidade

SUS - Sistema Único de Saúde

SVS - Secretaria de Vigilância em Saúde

1. INTRODUÇÃO

A proposição da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem é de qualificar a saúde da população masculina na perspectiva de linhas de cuidado que resguardecem a integralidade da atenção.

O reconhecimento de que os homens adentram o sistema de saúde por meio da atenção especializada tem como conseqüência o agravamento da morbidade pelo retardamento na atenção e maior custo para o SUS. É necessário fortalecer e qualificar a atenção primária garantindo, assim, a promoção da saúde e a prevenção dos problemas evitáveis.

Vários estudos comparativos têm comprovado o fato de que, em relação às mulheres, os homens são mais vulneráveis às doenças, sobretudo no que se refere a enfermidades graves e crônicas, além de morrerem mais precocemente (Nardi et al, 2007; Courtenay, 2000; IDB, 2006 Laurenti et al, 2005; Luck et al, 2000). Apesar da maior vulnerabilidade e das altas taxas de morbimortalidade, os homens não buscam, como as mulheres, os serviços de atenção básica (Figueiredo, 2005; Pinheiro et al, 2002).

Muitos agravos poderiam ser evitados caso os homens realizassem, com regularidade, as medidas de prevenção primária. A resistência masculina à atenção primária aumenta não somente a sobrecarga financeira da sociedade, mas também, e sobretudo, o sofrimento físico e emocional do paciente e de sua família na luta pela conservação da saúde e por uma melhor qualidade de vida.

Tratamentos de doenças crônicas e todos aqueles de longa duração têm, em geral, menor adesão, visto que os esquemas terapêuticos exigem um grande esforço de adaptação do paciente. Tal afirmação também é válida para ações de promoção e prevenção à saúde, que requerem, na maioria das vezes, mudanças comportamentais.

As pesquisas qualitativas apontam várias razões, mas, de um modo geral, podemos agrupar as causas da baixa adesão em dois grupos principais de determinantes,

que se estruturam como barreiras entre o homem e os serviços e ações de saúde (Gomes, 2003; Keijzer, 2003; Schraiber et al, 2000): as sócio-culturais e as institucionais.

Grande parte da não-adesão às medidas de atenção integral, por parte do homem, decorre das 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. A doença é considerada como um sinal de fragilidade que os homens não reconhecem como inerente à sua própria condição biológica. O homem julga-se invulnerável, o que acaba por contribuir para que cuide menos de si mesmo e se exponha mais às situações de risco (Keijzer, 2003; Schraiber et al, 2000; Sabo, 2002; Bozon, 2004). A isto se acresce o fato de que o indivíduo tem medo que o médico descubra que algo vai mal com a sua saúde, o que põe em risco sua crença de invulnerabilidade.

Os homens têm dificuldade em reconhecer suas necessidades, cultivando o pensamento mágico que rejeita a possibilidade de adoecer. Além disso, os serviços e as estratégias de comunicação privilegiam as ações de saúde para a criança, o adolescente, a mulher e o idoso.

Uma questão apontada pelos homens para a não procura pelos serviços de saúde está ligada a sua posição de provedor. Alegam que o horário do funcionamento dos serviços coincide com a carga horária do trabalho. Não se pode negar que na preocupação masculina a atividade laboral tem um lugar destacado, sobretudo em pessoas de baixa condição social, o que reforça o papel historicamente atribuído ao homem de ser responsável pelo sustento da família. 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 sócio-econômicas, faz hoje parte da força produtiva, inseridas no mercado de trabalho, e nem por isso deixam de procurar os serviços de saúde.

Outro ponto igualmente assinalado é a dificuldade de acesso aos serviços assistenciais, alegando-se que, para marcação de consultas, há de se enfrentar filas inter-

mináveis que, muitas vezes, causam a “perda” de um dia inteiro de trabalho, sem que necessariamente tenham suas demandas resolvidas em uma única consulta (Gomes et al, 2007; Kalckmann et al, 2005; Schraiber, 2005).

Ainda que o conceito de masculinidade venha sendo atualmente contestado e tenha perdido seu rigor original na dinâmica do processo cultural (Welzer-Lang, 2001), a concepção ainda prevalente de uma masculinidade hegemônica é o eixo estruturante pela não procura aos serviços de saúde. Em nossa sociedade, o “cuidado” é papel considerado como sendo feminino e as mulheres são educadas, desde muito cedo, para desempenhar e se responsabilizar por este papel (Welzer-Lang, 2004; Lyra-da-Fonseca et al, 2003; Tellería, 2003; Hardy e Jimenez, 2000; Medrado et al, 2005).

A compreensão das barreiras sócio-culturais e institucionais é importante para a proposição estratégica de medidas que venham a promover o acesso dos homens aos serviços de atenção primária, a fim de resguardar a prevenção e a promoção como eixos necessários e fundamentais de intervenção.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem deve considerar a heterogeneidade das possibilidades de ser homem. As masculinidades são construídas histórica e sócio-culturalmente, como um processo em permanente transformação.

Essa consideração é fundamental para a promoção da equidade na atenção a essa população, que deve ser considerada em suas diferenças por idade, condição sócio-econômica, étnico-racial, por local de moradia urbano ou rural, pela situação carcerária, pela deficiência física e/ou intelectual e pelas orientações sexuais e identidades de gênero não hegemônicas.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, portanto, além de evidenciar os principais fatores de morbimortalidade explicita o reconhecimento de determinantes sociais que resultam na vulnerabilidade da população masculina,

considerando que representações vigentes sobre a masculinidade podem comprometer o acesso a cuidados, expondo-a a situações de violência e aumentando sua vulnerabilidade.

Mobilizar a população masculina brasileira pela luta e garantia do direito social à saúde é um dos desafios da Política, que pretende tornar os homens protagonistas de demandas que consolidem seus direitos de cidadania.

2. METODOLOGIA DE CONSTRUÇÃO DA POLÍTICA

Este documento, como instrumento de planejamento, define, no geral, princípios, diretrizes e papéis dos órgãos ou setores responsáveis pela elaboração e execução de planos, programas, projetos e atividades concretas, visando garantir ações e serviços de saúde que possam promover, prevenir, assistir e recuperar a saúde da população masculina.

Para além da consideração dos determinantes sociais da saúde, optou-se estrategicamente pela identificação das principais enfermidades e agravos à saúde do homem, buscando delinear caminhos que incentivem a procura pelos serviços de atenção primária, antes que os agravos requeiram atenção especializada.

Entre abril e junho de 2008 foram realizadas uma série de cinco seminários com Sociedades Médicas (Urologia, Cardiologia, Gastroenterologia, Pneumologia, Saúde da Família), profissionais da saúde, pesquisadores, acadêmicos, representantes do CONASS e CONASEMS e de entidades civis organizadas para discutir os principais problemas de saúde que acometem os homens. Em seguida, foi submetida a Consulta Pública como forma de possibilitar a maior participação possível da sociedade.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem resulta, em grande parte, dos consensos obtidos naqueles eventos, exprimindo com a máxima fidelidade possível, um conjunto de idéias democraticamente discutidas e pactuadas entre os representantes dos setores responsáveis pela gestão e execução das ações.

Entre os temas estudados destacamos a violência, fenômeno difuso, complexo, multi-causal, com raízes em fatores socioculturais, políticos, econômicos e psicobiológicos. Dado a complexidade do problema, há de se enfatizar que a promoção da saúde, a prevenção da violência e a edificação de uma cultura da paz voltada para a população, devem basear-se na intra e inter-setorialidade e interdisciplinaridade.

Na formulação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem teve-se também a clareza de integrá-la às outras Políticas de Saúde. Esta integração transversal também se reflete na interdependência e necessária cooperação de todos, somando experiências e discutindo exaustivamente diretrizes, que possibilitem as melhores opções de construção e operacionalização dessa Política, o que dará a cada segmento, gestor ou executor, a co-responsabilidade pela correta implementação das ações, em benefício da população a ser assistida.

Uma referência importante para a Política é o Pacto pela Vida – um compromisso entre gestores do SUS em torno de prioridades que apresentam um impacto sobre a saúde da população brasileira – que define como um de seus eixos principais a Saúde do Homem.

Ainda nesse sentido, esta Política foi desenvolvida de modo articulado, principalmente, com as Diretrizes e Recomendações Nacionais para o Cuidado Integral à Saúde de Adolescentes e de Jovens na Promoção da Saúde, na Prevenção de Agravos e de Enfermidades e na Assistência, versão preliminar, a Política Nacional de Saúde do Idoso, aprovada pela Portaria Ministerial nº 2.528 de 19 de outubro de 2006 e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, recuperando experiências e conhecimentos produzidos nessa área, promovendo ações futuras em consonância, tanto em princípios como em práticas.

O caráter relacional das questões que envolvem dinâmicas de casal sugere a necessidade de diálogo e de articulação direta entre as Políticas de Saúde do Homem e da Mulher. Trata-se da perspectiva de atenção integral das duas dimensões humanas: a individual e a relacional, evitando-se abordar apenas as particularidades, isolando homens ou mulheres.

O Conselho Nacional de Saúde aprovou a Política por unanimidade e, em seguida, a Comissão Intergestores Tripartite a consagrou no mérito.

A institucionalização formal da Política deu-se pela Portaria 1.944 de 27 de agosto de 2009, incluída em anexo.

Planos de ação em âmbito nacional e estadual/local, permitirão operacionalizá-la, sempre no contexto das iniciativas desenvolvidas pelo Sistema Único de Saúde.

Os atores que construíram a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem reafirmam a importância de alguns eixos metodológicos, conceituais e práticos que consideram fundamentais para orientar a formulação de estratégias e ações:

- A mudança do foco programático, saindo do restrito campo da “adesão a programas assistenciais de saúde” para uma perspectiva mais ampla que privilegie um novo paradigma baseado na atenção integral, valorizando, fundamentalmente, a promoção, a prevenção, a proteção da saúde e a qualidade de vida, bem como a educação como importante estratégia para promover mudanças comportamentais indispensáveis à consolidação das ações propostas;

- Este documento abre espaço para uma articulação com outras ações governamentais e da sociedade organizada, especialmente aqueles que atuam em locais coletivos de sociabilidade ocupados por homens, tais como: empresas, sindicatos, campos de futebol, estações rodoviárias, metrô, quartéis, escolas, entre outros; e

- Finalmente, está alinhada com a Política Nacional de Atenção Básica - porta de entrada do Sistema Único de Saúde - e com as estratégias de humanização em saúde, em consonância com os princípios do SUS, fortalecendo ações e serviços em redes e cuidados da saúde, privilegiando a Estratégia de Saúde da Família, evitando assim, a setorialização de serviços ou a segmentação de estruturas.

3. DIAGNÓSTICO

Estudos que sugerem ser necessária a reflexão da especificidade da saúde da população masculina indicam linhas temáticas que estruturam o debate sobre a saúde do homem. A noção comum é a de que o início desse debate, na década de 70, caracterizou-se pela associação do modelo da masculinidade tradicional a déficits e/ou agravos à saúde (Gomes e Nascimento, 2006; Schaiber et al, 2005).

A reflexão crítica em relação à univocidade da masculinidade, no entanto, desdobrou-se no avanço das discussões, que passaram a incorporar as relações de gênero como determinantes do processo de saúde-doença e a resgatar os homens como sujeitos de direito à saúde.

O diagnóstico objetiva o conhecimento da realidade permitindo a tomada gerencial de decisões racionais, bem como antever o resultado das decisões e contribuir para as prováveis modificações futuras.

Ele se concentra nos determinantes socioculturais, biológicos e comportamentais, examinando as necessidades de ações de promoção, prevenção, tratamento e recuperação.

O diagnóstico também inclui a análise dos grupos da população masculina cujas características e peculiaridades demandam ações específicas de saúde. E, identifica as principais causas de morbimortalidade.

3.1. Indicadores demográficos

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, o total da população residente do Brasil, em 2005, segundo sexo e grupos de idade é da ordem de 184.184.074, sendo 50,8% de população feminina (93.513.055) e 49,2% de população masculina total (90.671.019) .

Na Tabela 1, destaca-se a população masculina do Brasil nas diferentes fases do ciclo de vida:

Tabela 1 - População masculina de acordo com as diferentes fases da vida (2005)

Idade	População	%
0 a 4	9.068.319	10,0
5 a 9	9.132.084	10,1
10 a 14	9.520.248	10,5
15 a 19	9.780.457	10,8
20 a 24	8.752.300	9,7
25 a 29	7.421.610	8,2
30 a 34	6.925.476	7,6
35 a 39	6.470.059	7,1
40 a 44	5.552.259	6,1
45 a 49	4.568.323	5,0
50 a 54	3.691.489	4,1
55 a 59	2.785.679	3,1
60 e mais	7.002.716	7,7
TOTAL	90.671.019	100,0

Fonte: 1981-1990, 1992-1999, 2001-2006: IBGE - Estimativas preliminares para os anos intercensitários dos totais populacionais.

3.2. Violência

A violência é um fenômeno difuso, complexo, multicausal, com raízes em fatores sociais, culturais, políticos, econômicos e psico-biológicos, que envolve práticas em diferentes níveis.

O homem é mais vulnerável à violência, seja como autor, seja como vítima. Os homens adolescentes e jovens são os que mais sofrem lesões e traumas devido a

agressões, e as agressões sofridas são mais graves e demandam maior tempo de interação, em relação às sofridas pelas mulheres (Souza, 2005).

Determinados processos de socialização têm o potencial de envolver os homens em episódios de violência. A agressividade está biologicamente associada ao sexo masculino e, em grande parte, vinculada ao uso abusivo de álcool, de drogas ilícitas e ao acesso as armas de fogo. Sob o ponto de vista sociocultural, a violência é uma forma social de poder que fragiliza a própria pessoa que a pratica.

A integralidade na atenção à saúde do homem implica na visão sistêmica sobre o processo da violência, requerendo a des-essencialização de seu papel de agressor, por meio da consideração crítica dos fatores que vulnerabilizam o homem à autoria da violência, a fim de intervir preventivamente sobre as suas causas, e não apenas em sua reparação.

A banalização ou naturalização, quer da violência do espaço público (violência da sociabilidade), quer da doméstica, faz com que comportamentos violentos nem sejam percebidos como tais, sendo portanto imprescindível abordar a questão do comportamento violento de modo explícito e direto, quer se trate de violência entre homens, ou contra as mulheres.

Segundo o CONASS (2007), “saúde e violência tem uma relação pouco explorada até hoje. Não só pelas vítimas que a violência produz, mas também pelas suas causas. Seu crescimento avassalador tem tido características de uma epidemia, e como tal pode e deve ser enfrentado”.

A violência no sentido amplo deve ser compreendida como determinante dos indicadores de morbimortalidade por causas externas em todas as suas dimensões, a saber: acidentes por transporte, agressões e lesões autoprovocadas voluntariamente e/ou suicídios, de acordo com os dados que serão apresentados na presente Política (CONASS, 2007).

3.2.1. População privada de liberdade

Como consequência da maior vulnerabilidade dos homens à autoria da violência, grande parte da população carcerária no Brasil é formada por homens.

Embora não existam informações sistematizadas sobre a morbimortalidade nos ambientes prisionais, a atenção para doenças e agravos nesse contexto deve primar pelo fomento a estudos que venham a evidenciar as condições de saúde da população privada de liberdade, seja nos presídios, seja nas instituições de cumprimento de medidas sócio-educativas para menores infratores em situação de semi-liberdade ou de internação.

Vale lembrar que o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, instituído pela Portaria Interministerial nº 1777, de 9 de setembro de 2003, prevê o cumprimento do direito à saúde para as pessoas privadas de liberdade, garantindo ações de saúde em todos os níveis de complexidade.

3.3. Alcoolismo e Tabagismo

Segundo dados da Organização Mundial de Saúde, cerca de 2 bilhões de pessoas consomem bebidas alcoólicas no mundo. O uso abusivo do álcool é responsável por 3,2% de todas as mortes e por 4% de todos os anos perdidos de vida útil. Na América Latina, cerca de 16% dos anos de vida útil perdidos estão relacionados ao uso abusivo dessa substância. Este índice é quatro vezes maior do que a média mundial e torna o problema da prevenção e do tratamento dos transtornos associados ao consumo de álcool, um grande problema de saúde pública.

A magnitude deste problema estigmatiza e promove exclusão social. No Brasil, há cerca de 6 milhões de pessoas nesta situação.

Homens e mulheres bebem com frequências diferentes. Este fenômeno também se observa na América Latina, conforme Relatório do Banco Mundial (2002). Mas há cer-

tas características a serem observadas: os homens iniciam precocemente o consumo de álcool, tendem a beber mais e a ter mais prejuízos em relação à saúde do que as mulheres.

No Brasil, as internações de mulheres por transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool, segundo o DATASUS (2006), representaram 2% de todas as internações por transtornos mentais e comportamentais, enquanto os homens apresentaram um percentual de 20%.

Avaliar os determinantes sociais de vulnerabilidade do homem para os problemas com o álcool torna-se, assim, imperioso para a construção de ações efetivas de prevenção e promoção da saúde mental deste segmento. Na medida em que o uso do álcool, como apontam diversos estudos, está sendo iniciado cada vez mais precocemente por homens e mulheres, as ações de promoção e prevenção para jovens e adolescentes também merecem mais investimento e monitoramento.

Transtornos graves associados ao consumo de álcool e outras drogas (exceto tabaco) afetam pelo menos 12% da população acima de 12 anos, sendo o impacto do álcool dez vezes maior que o do conjunto das drogas ilícitas, segundo o Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID, 2006).

A prevalência de dependentes de álcool também é maior para o sexo masculino: 19,5% dos homens são dependentes de álcool, enquanto 6,9% das mulheres apresentam dependência. Segundo estes dados, para cada seis pessoas do sexo masculino que fazem uso de álcool, uma fica dependente. Entre as mulheres, esta proporção é 10:1(CEBRID, 2005).

De acordo com a Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP, 2007), 52% dos brasileiros acima de 18 anos bebem, pelo menos, 1 vez ao ano. Entre as mulheres, as que bebem representam 41% e, entre os homens, 65%. Do conjunto dos homens adultos, 11% bebem todos os dias e 28% consomem bebida alcoólica de 1 a 4 vezes por semana. (Tabela 2).

Tabela 2 - Primeiro Levantamento Nacional sobre Padrão de Consumo de Álcool na População Brasileira (2007)

Frequência de consumo	A partir dos 18 anos		
	Homens	Mulheres	Média Brasileira
Abstinentes (nunca bebeu ou menos de 1 vez por ano)	35%	59%	48%
Raramente (menos de 1 vez por mês)	8%	12%	10%
Ocasional (de 1 a 3 vezes por mês)	19%	16%	17%
Frequente (de 1 a 4 vezes por semana)	28%	11%	19%
Muito freqüente (todos os dias)	11%	2%	6%
Quantidade usual	Homens	Mulheres	Média brasileira
Até 2 doses	38%	63%	48%
De 3 a 4 doses	25%	19%	22%
De 5 a 11 doses	27%	14%	22%
Bebe mais de 12 doses por ocasião	11%	3%	7%
Intensidade do beber	Homens	Mulheres	Média brasileira
Abstêmio	35%	59%	48%
Bebedor não frequente	12%	16%	14%
Bebedor menos frequente	16%	13%	15%
Bebedor frequente	22%	9%	15%
Bebedor frequente pesado	14%	3%	9%
Dependência (critérios do CID-10)	Homens	Mulheres	Média brasileira
	14%	4%	9%

Fonte: Primeiro Levantamento Nacional sobre Padrão de Consumo e Álcool na População Brasileira - UNIFESP / SENAD, 2007.

Em relação ao tabagismo, os homens usam cigarros também com maior frequência que as mulheres, o que acarreta maior vulnerabilidade às doenças cardiovasculares, cânceres, doenças pulmonares obstrutivas crônicas, doenças bucais e outras.

Homens e mulheres devem ser conscientizados sobre os malefícios dessas práticas por meio da promoção da saúde, de ações preventivas e de hábitos saudáveis.

O uso de álcool e do tabaco está diretamente relacionado aos indicadores de morbimortalidade a serem apresentados como requerentes de ações enérgicas na atenção integral à saúde.

3.4. Pessoas com deficiência

A pessoa com deficiência é muitas vezes infantilizada e inferiorizada, encontrando-se em situação de vulnerabilidade social que a expõe a riscos à saúde. A crença na invulnerabilidade masculina é dissonante em relação à deficiência física e/ou cognitiva, o que o leva a ser mais vulnerável à violência e exclusão.

De acordo com o CENSO/2000, 25 milhões de brasileiros declararam-se como pessoas com deficiência, com graus diferentes de dificuldade ou de incapacidade de enxergar, ouvir, locomover-se e/ou com deficiência intelectual.

Do total das pessoas com deficiência, aproximadamente, 11 milhões são homens, dos quais 1,5 milhões têm deficiência intelectual e 900 mil são deficientes físicos (falta de membro ou parte dele).

Considerando o grau de severidade da incapacidade, existem no Brasil, 148 mil cegos (70 mil homens) e, aproximadamente, 2,4 milhões de pessoas que declararam ter alguma dificuldade para enxergar.

Analogamente, 166 mil pessoas se declararam incapazes de ouvir (86 mil homens) e quase 900 mil têm grande e permanente dificuldade de ouvir.

Também foi pesquisado o quantitativo de pessoas que tem alguma, grande ou total incapacidade de caminhar ou subir escadas, sendo que 275 mil são homens e 2,3 milhões têm alguma dificuldade permanente de caminhar ou subir escadas.

O maior número absoluto de pessoas com deficiência encontra-se na população de 40 a 49 anos de idade. Existem, no Brasil, quase 4,5 milhões de pessoas de 40 a 49 anos com pelo menos uma deficiência ou incapacidade, sendo 2,1 milhões de homens. Predomina o grupo de pessoas com pelo menos alguma dificuldade para enxergar.

No caso da deficiência intelectual, auditiva e física o maior contingente é de homens. O resultado é compatível com o tipo de atividade desenvolvida por eles e com o risco de acidentes por diversas causas.

Em relação ao sexo, depois dos 50 anos, a proporção de mulheres, com pelo menos uma deficiência ou incapacidade, aumenta.

3.5. Adolescência e velhice

Na adolescência, há uma predisposição aos agravos à saúde pela não adoção de práticas preventivas (gravidez indesejável, DST/AIDS) e por maior exposição a situações de risco (uso de drogas, situações de violência).

Os altos índices de morbidade e mortalidade relativos a causas externas entre adolescentes e jovens também merecem destaque, e podem ser compreendidos à luz da crença na invulnerabilidade e na necessidade social de auto-afirmação.

Os adolescentes e adultos jovens são o principal grupo de risco para mortalidade por homicídio na população brasileira, com ênfase em afrodescendentes, que residem em bairros pobres ou nas periferias das metrópoles, com baixa escolaridade e pouca qualificação profissional.

Na velhice, os homens são levados a se confrontar com a própria vulnerabilidade, sobretudo porque nessa etapa do ciclo de vida muitos homens são levados a procurar ajuda médica diante de quadros irreversíveis de adoecimento, por não terem lançado mão de ações de prevenção ou de tratamento precoce para as enfermidades (WHO, 2001).

3.6. Direitos sexuais e direitos reprodutivos

É necessário conscientizar os homens do dever e do direito à participação no planejamento reprodutivo. A paternidade não deve ser vista apenas do ponto de

vista da obrigação legal, mas, sobretudo, como um direito do homem a participar de todo o processo, desde a decisão de ter ou não filhos, como e quando tê-los, bem como do acompanhamento da gravidez, do parto, do pós-parto e da educação da criança.

Vale ressaltar que os adolescentes e adultos jovens também devem ser reconhecidos como sujeitos de direitos sexuais e reprodutivos. Importante lembrar que, sua vida sexual e reprodutiva pode estar imersa em preconceitos.

A paternidade na adolescência não deve ser vista apenas como algo a ser evitado. Os adolescentes e jovens adultos devem ser assistidos diante de suas necessidades e projetos de vida, e não apenas segundo a percepção do profissional de saúde.

A eles devem ser disponibilizadas informações e métodos contraceptivos. Na eventualidade de uma gravidez, o importante é assegurar condições para que a paternidade seja vivenciada de modo responsável.

Em relação à terceira idade, as pessoas devem ser consideradas como sujeitos de direitos sexuais, reconhecendo que o exercício da sexualidade não é necessariamente interrompido com o avanço da idade. A sexualidade é uma importante dimensão da vida subjetiva, afetiva e relacional das pessoas.

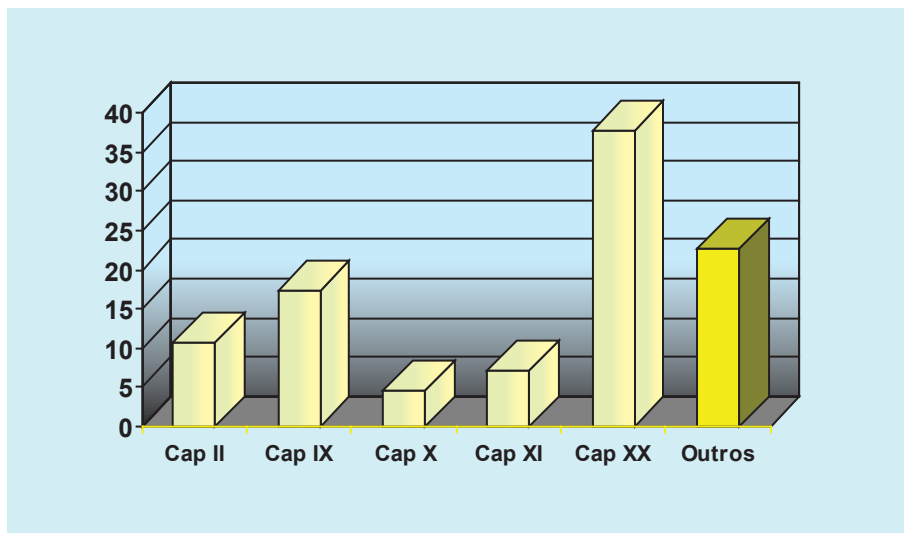
3.7. Indicadores de mortalidade

Ao se analisar, no ano de 2005, as causas de mortalidade na população masculina dos 15-59 anos, se observou que em 78% dos casos os óbitos incidem em 5 (cinco) grupos principais de entidades mórbidas.

A maior porcentagem de óbitos deve-se às causas externas (CID 10 - Cap. XX); em segundo lugar, estão as doenças do aparelho circulatório (CID 10 - Cap. IX); em terceiro, os tumores (CID 10 - Cap. II); em quarto, as doenças do aparelho

digestivo (CID 10 – Cap. XI); e, finalmente, em quinto lugar, as doenças do aparelho respiratório (CID 10 – Cap. X), conforme demonstrado no Gráfico 1.

Gráfico 1 – Percentagem de óbitos de acordo com as causas (CID 10) população masculina de 15-59 anos (2005)



Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM, 2005.

Há de se chamar atenção que, as causas externas de mortalidade, embora apresentem uma alta incidência nas faixas etárias mais jovens (dos 15 aos 40 anos), são quantitativamente superadas pelas doenças do aparelho circulatório a partir dos 45 anos e pelos tumores a partir dos 50 anos.

É importante observar que o coeficiente de incidência de óbitos por todas as causas/100 mil homens aumenta progressivamente com o avanço da faixa etária. Em 2005, ocorreram 153 óbitos/100 mil na população de 15 a 19 anos e na de 55 a 59 anos, 1454 óbitos/100 mil (Tabela 3).

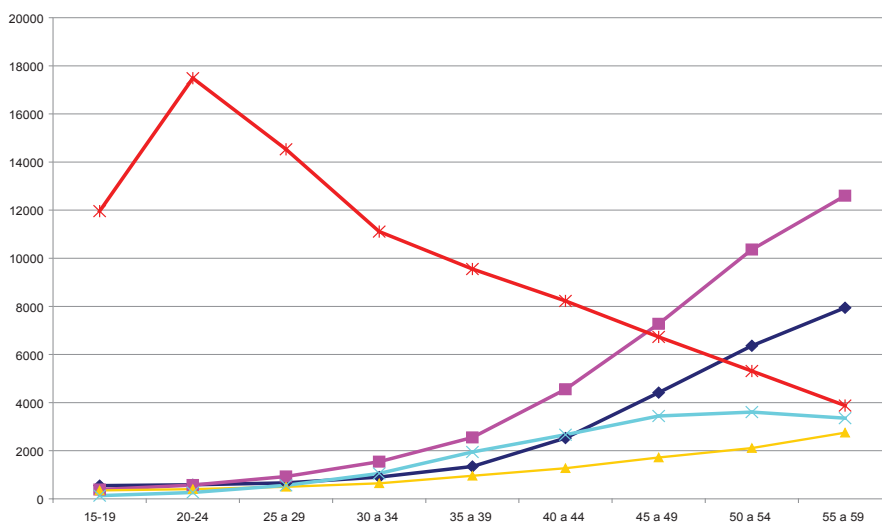
Tabela 3 - Taxa de incidência de óbitos por todas as causas na faixa etária de 15-59 anos da população masculina (2005)

	15 a 19	20 a 24	25 a 29	30 a 34	35 a 39	40 a 44	45 a 49	50 a 54	55 a 59	Total
Total de óbitos	14935	21496	20486	19818	22475	26845	32383	37130	40514	236082
%	6,33	9,11	8,68	8,39	9,52	11,37	13,72	15,73	17,16	100
Taxa de incidência por 100 mil homens	153	246	276	286	347	483	709	1006	1454	

Fonte: 1981-1990, 1992-1999, 2001-2006: IBGE - Estimativas preliminares para os anos intercensitários dos totais populacionais; MS/SVS/DASIS - SIM, 2005.

O Gráfico 2 a seguir mostra o número total de óbitos por causas mais frequentes na população masculina de 15 a 59 anos.

Gráfico 2 - Número de óbitos de acordo com as causas mais frequentes por faixa etária de 15-59 anos (2005)



Fonte: MS/SVS/DASIS - SIM, 2005.

3.7.1. Causas externas (CID 10, Cap.XX)

Sob esta denominação, a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, em sua Décima Revisão (OMS, 1996), engloba uma série polimorfa de agravos, dos quais os mais importantes são os acidentes (V01-X59), notadamente os acidentes de transporte (V01-V99), as lesões auto provocadas voluntariamente (X60-X84) e as agressões (X85-Y09). Estes três tipos de agravos corresponderam, em 2005, a maioria dos óbitos (78%), por causas externas.

Não há dúvidas de que as causas externas constituem um grande problema de saúde pública com forte impacto na mortalidade e morbidade da população. Os óbitos por causas externas constituem a primeira causa de mortalidade no grupo populacional dos 15 aos 59 anos de forma isolada, como se pode observar no Gráfico 2.

Na série histórica referida na Tabela 4, a prevalência praticamente se repete nos anos de 2001 a 2005. Observa-se que na faixa dos 20-24 anos encontra-se o maior percentual de óbitos por causas externas, no entanto, os valores na população de 25 -29 anos ainda são bastante elevados.

Estas mortes prematuras trazem conseqüências psicofísicas e sócio-econômicas, uma vez que são vidas jovens perdidas em plena fase produtiva.

Tabela 4 - Série histórica das causas externas de óbitos por grupos etários

	2001		2002		2003		2004		2005	
	Totais	%	Totais	%	Totais	%	Totais	%	Totais	%
0 a 4	1 834	2	1 822	2	1 775	2	1 734	2	1 696	2
5 a 9	1 262	1	1 304	1	1 245	1	1 217	1	1 114	1
10 a 14	2 083	2	1 979	2	1 865	2	1 922	2	1 959	2
15 a 19	11 926	12	12 634	12	12 164	12	11 918	11	11 958	11
20 a 24	16 933	17	18 469	18	18 618	18	18 274	17	17 487	17
25 a 29	15 722	14	14 468	14	14 640	14	14 578	14	14 530	14
30 a 34	11 261	11	11 463	11	11 288	11	11 106	11	11 110	11
35 a 39	9 612	10	9 789	9	9 820	9	9 728	9	9 552	9
40 a 44	7 941	8	8 040	8	8 083	8	8 302	8	8 225	8
45 a 49	6 143	6	6 375	6	6 440	6	6 525	6	6 731	6
50 a 54	4 602	5	4 739	5	4 890	5	5 168	5	5 312	5
55 a 59	3 308	3	3 558	3	3 837	3	3 809	4	3 881	4
+ 60	9 752	10	9 847	9	10 314	10	10 966	10	11 507	11
TOTAL	100379	100	104487	100	104779	100	105248	100	105062	100

Fonte: MS / SVS / DASIS - SIM.

Na Tabela 5, dos 15 aos 44 anos, predominam as agressões como principal determinante de óbitos por causas externas. A partir dos 45 anos, são os acidentes de transporte os fatores predominantes. Os suicídios apresentam uma evolução lenta e irregular, diminuindo sua frequência a partir dos 45 anos.

Tabela 5 - Principais causas externas de óbitos nas diferentes faixas etárias da população masculina de 15-59 anos (2005)

Faixa etária	Agressões	%	Ac. Transporte	%	Suicídios	%
15-19	7038	17,2	2377	9,7	418	7,5
20-24	9870	24,2	4281	17,5	829	14,8
25-29	7765	19,0	3779	15,4	772	13,8
30-34	5229	12,8	3178	13,0	692	12,3
35-39	3879	9,5	2834	11,6	709	12,6
40-44	2822	6,9	2600	10,6	709	12,6
45-49	1987	4,9	2300	9,4	601	10,7
50-54	1364	3,3	1812	7,4	471	8,4
55-59	894	2,2	1304	5,3	408	7,3
TOTAL	40848	100	24465	100	5609	100

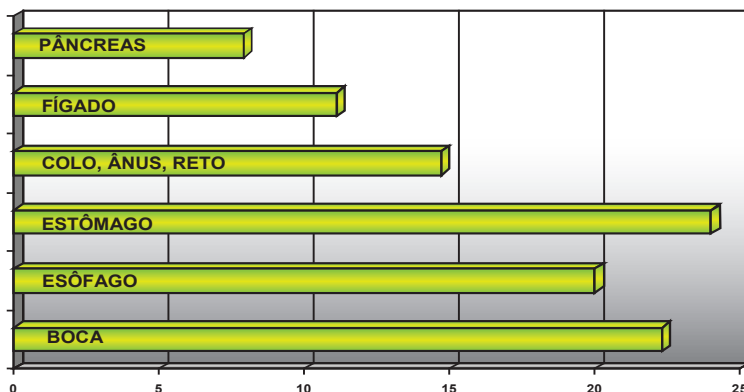
Fonte: MS / SVS / DASIS - SIM, 2005.

3.7.2. Tumores (CID 10, Cap. II)

Os tumores que incidem com maior frequência na população masculina são oriundos dos aparelhos digestivo, respiratório e urinário. Cerca de 43,2% de todos os tumores assinalados na CID I0, Cap. II, têm origem no aparelho digestivo.

A mortalidade por câncer do aparelho digestivo, em 2005, teve sua maior expressão numérica no câncer de estômago, ainda que imediatamente seguida pelo câncer de boca e de esôfago.

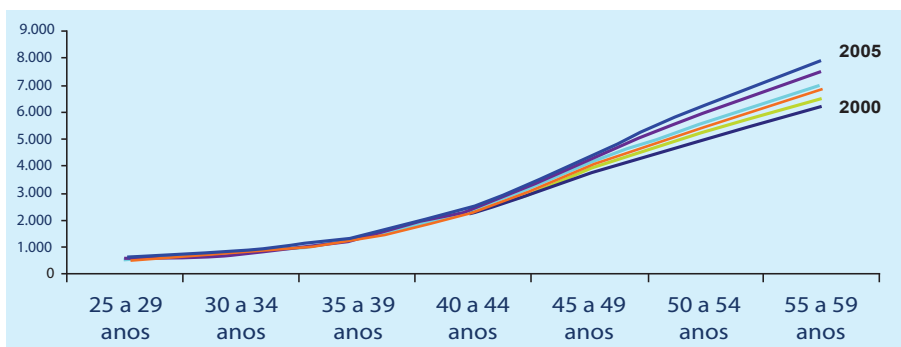
Gráfico 3 – Percentual de mortalidade masculina por câncer do aparelho digestivo (2005)



No Gráfico 4, pode-se observar que a frequência de óbitos por neoplasia maligna do aparelho digestivo vem aumentando, a despeito dos métodos diagnósticos cada vez mais precoces e do eficiente arsenal terapêutico utilizado.

No ano de 2000, morreram cerca de 6.266 homens por câncer do aparelho digestivo, enquanto no ano de 2005, o número de óbitos se elevou para 7.941, com tendência a aumentar.

Gráfico 4 - Mortalidade masculina (25-59 anos) no Brasil por neoplasias malignas do aparelho digestivo (2000-2005)



As neoplasias malignas do aparelho respiratório determinaram o maior número de mortalidade na população masculina, tendo ocorrido um total de 12.005 óbitos no ano de 2005.

No contexto geral das 10 neoplasias malignas que mais freqüentemente causaram a morte, logo após o câncer de pulmão, traquéia e brônquios, aparece o câncer de próstata, como se pode observar na Tabela 6.

Tabela 6 – As 10 neoplasias que mais freqüentemente causaram a morte em 2005

Traquéia, brônquios, pulmão	12. 005
Próstata	10. 214
Estômago	8. 124
Esôfago	5. 022
Boca e faringe	4. 684
Colon, reto, anus	3. 840
Fígado e vias biliares	3. 418
Sistema Nervoso Central	3. 404
Pâncreas	2. 858
Laringe	2. 789

Fonte: MS / SVS / DASIS - SIM, 2005

O câncer da próstata é uma neoplasia que geralmente apresenta evolução muito lenta, de modo que a mortalidade poderá ser evitada quando o processo é diagnosticado e tratado com precocidade.

Uma estimativa realizada pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA) para o aparecimento de novos casos de cânceres no ano de 2008, aponta o câncer de próstata como sendo o mais freqüente, só superado pelo câncer de pele não-melanoma (Tabela 7).

Tabela 7 – Incidência projetada para o ano 2008 dos tumores malignos

Localização Primária da Neoplasia Maligna	Nº de casos
Pele Não Melanoma	55.890
Próstata	49.530
Traquéia, Brônquio e Pulmão	17.810
Estômago	14.080
Cólon e Reto	12.490
Cavidade Oral	10.380
Esôfago	7.900
Leucemias	5.220
Pele Melanoma	2.950
Outras localizações	55.610

Fonte: INCA - Incidência do câncer no Brasil, estimativa 2008.

Ao se falar de neoplasias malignas do aparelho urinário, não se pode deixar de mencionar o câncer de pênis. Trata-se de um tumor raro, relacionado com as baixas condições sócio-econômicas e a má higiene íntima. No Brasil, este câncer representa cerca de 2% de todas as neoplasias que atingem o homem, sendo mais freqüente nas regiões Norte e Nordeste, existindo estados, como é o caso do Maranhão (Nardi et al, 2007), em que sua incidência supera até a do câncer de próstata.

Entre os tumores há de se assinalar a hipertrofia prostática benigna que atinge a maioria da população masculina após os 50 anos, produzindo diversos sintomas urinários com impacto bastante negativo sobre a qualidade de vida das pessoas.

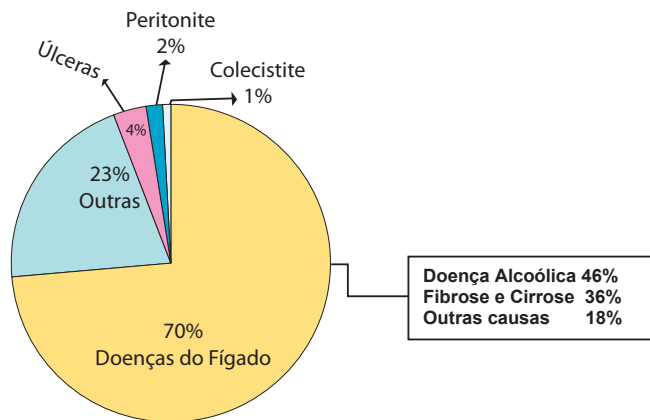
A propósito, vale assinalar que há de se cuidar da qualidade de vida dos pacientes que sofreram prostatectomias, sobretudo as radicais, cujas lesões nervosas podem determinar disfunções eréteis e incontinência urinária.

3.7.3. Outras causas de mortalidade

Além das causas externas e dos tumores, há muitas outras causas de mortalidade que podem ser assinaladas. Dentre as doenças do aparelho digestivo, por exemplo, pode-se destacar as doenças do fígado que, em 2005, foram responsáveis por 70% das causas de morte de homens de 25-59 anos. Destas, 46% deve-se a doença alcoólica, 36% a fibrose e cirrose, e 18% a outras doenças do fígado.

Observa-se ainda que o Gráfico 5 indica como causas de mortalidade no aparelho digestivo: a ulcera gástrica, duodenal e péptica (4%), a peritonite (2%), a colecistite (1%) e outras causas não especificadas (23%).

Gráfico 5 – Percentagem de mortalidade masculina de 25-59 anos por doenças do aparelho digestivo (2005)

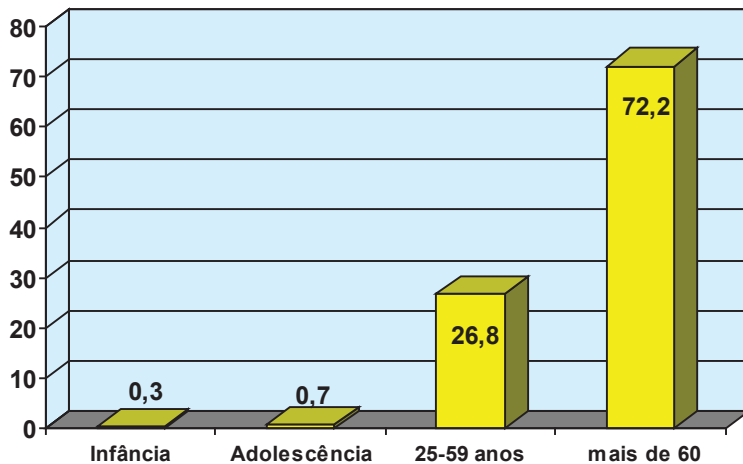


Fonte: MS / SVS / DASIS - SIM, 2005

No Gráfico 6, nota-se que a maior incidência de mortalidade masculina, no ano de 2005, por doenças do aparelho circulatório ocorreu, como era de se esperar, após os 60 anos (72,2%). No mesmo ano, tivemos como óbitos por causas cardiovasculares, na população dos 25-59 anos, em torno de 26,8% – um percentual bastan-

te expressivo. Anualmente, são perdidas muitas vidas que representam uma parcela significativa da força produtiva do país e que poderiam ser perfeitamente evitadas se houvesse uma efetiva política de prevenção primária.

Gráfico 6 – Percentagem de mortalidade masculina por doenças do aparelho circulatório (2005)



Fonte: MS / SVS / DASIS - SIM, 2005.

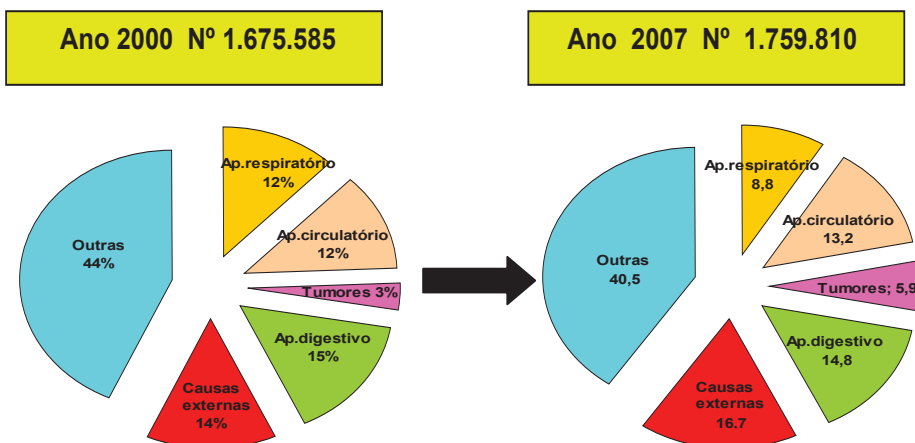
No que concerne ao aparelho respiratório, excluindo os casos de óbitos por neoplasias malignas e por tuberculose, tivemos em 2005, 53.017 óbitos na massa total da população masculina.

3.8. Indicadores de morbidade

No Gráfico 7, nota-se que o número de internações, entre os anos 2000 e 2007, apresenta pouca variação. Há, porém, algumas variações a serem mencionadas. Redução do número de pacientes internados por enfermidades do aparelho respiratório, digestivo e de outras causas, tendo aumentado os valores representativos das internações por tumores, aparelho circulatório e causas externas.

A internação por tumores praticamente dobrou, sendo também sensível o aumento da quantidade de pacientes internados por causas externas.

Gráfico 7 – Comparação entre as causas das internações masculinas dos 25-59 anos (2000 – 2007)



Fonte: MS / DATASUS / Sistema de Informações Hospitalares - SIH

3.8.1. Causas externas (CID 10, Cap.XX)

O conhecimento sobre a morbidade por causas externas ainda é precário, a despeito dos dados das Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) demonstrarem que 80% dos internamentos no SUS são motivados por estas causas, com preponderância na faixa etária dos 20 aos 29 anos.

Assinale-se que, das causas externas, são os acidentes de transporte que se destacam em termos de magnitude. Embora o Código de Trânsito Brasileiro (Lei nº 9.503/98) enumere uma série de medidas preventivas ligadas à segurança e à valorização da vida, sua implantação efetiva encontra sérios obstáculos que ainda não foram

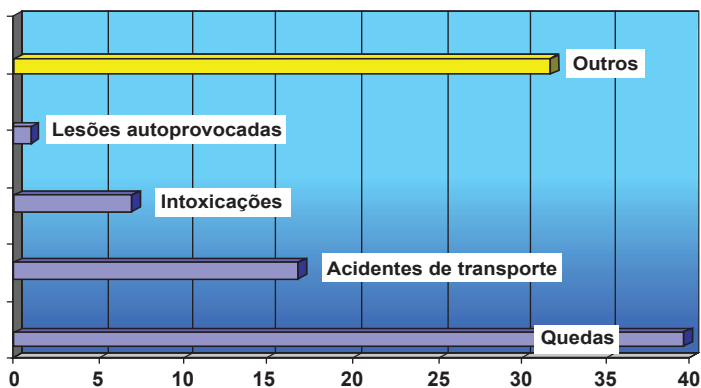
superados, como o controle tecnológico do tráfego, a rigorosa inspeção da segurança veicular, assim como a deficiência quantitativa e qualitativa dos recursos humanos.

Além do sofrimento físico, psíquico e social determinado pelos acidentes e as violências, há de se considerar o enorme impacto econômico, mensurado pelos gastos hospitalares, incluindo os dias de permanência em unidades de terapia intensiva.

Em 2007, do total de 11.332.460 internações, 4.510.409 foram de internações masculinas (39,8%). Dessas, 2.170.203 (48%) ocorreram na faixa populacional dos 15 aos 59 anos.

O Gráfico a seguir mostra as internações hospitalares de homens de 25 a 59 anos por diferentes causas.

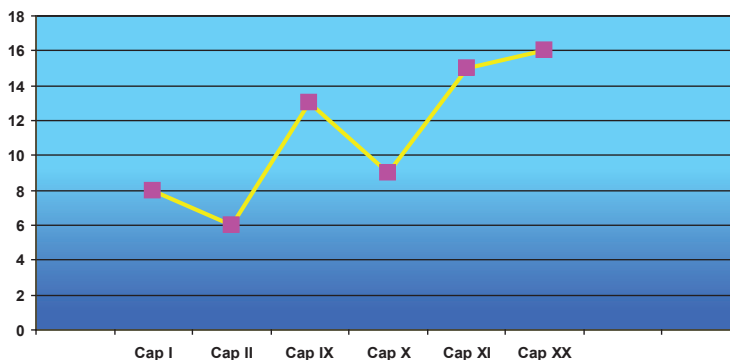
Gráfico 8 – Internações hospitalares de homens na faixa dos 25 aos 59 anos por diferentes causas (2007)



Fonte: MS / DATASUS / SIH, 2007

No Gráfico 9, estão percentualmente assinaladas as principais causas externas de internamento, em comparação com as outras causas que demandaram internação hospitalar.

Gráfico 9 - Principais causas externas de internação na população masculina dos 25- 59 anos (2007)



Fonte: MS / DATASUS / SIH, 2007

Analisando comparativa e percentualmente a internação de homens (25-59 anos) por causas externas, entre os anos 2000 e 2007, constata-se que o número de internamentos se equivalem, enquanto que os gastos com estas internações tiveram uma variação de quase 100% (97,04 %), sendo em 2000 de R\$ 121.768.759,45 e, em 2007, de R\$ 239.927.842,06 (Gráfico 7).

3.8.2. Tumores (CID 10, Cap.II)

Durante o ano de 2007, entre os tumores do aparelho digestivo, as neoplasias malignas do lábio, cavidade oral e faringe foram as que apresentaram o maior número de internações (8.744), seguida pelo câncer de estômago (5.316), pelo câncer de cólon (5.085) e pela neoplasia maligna de esôfago (4.715) (MS/SIH/SUS).

Comparando-se o número de internações por estas neoplasias no ano de 2000 em relação aos pacientes internados em 2007, chega-se a conclusão que o quantitativo praticamente dobrou. As despesas com internações em 2000 foram de R\$ 13.286.369,99 enquanto no ano de 2007 foi de R\$ 35.785.675,58, com uma variação superior a 2 vezes e meia.

No caso do aparelho respiratório, as neoplasias malignas da traquéia, brônquios e pulmões foram responsáveis, no ano de 2007, por 3.836 internações, seguidas pelo câncer de laringe com 3.237 casos (MS/SIH/SUS) .

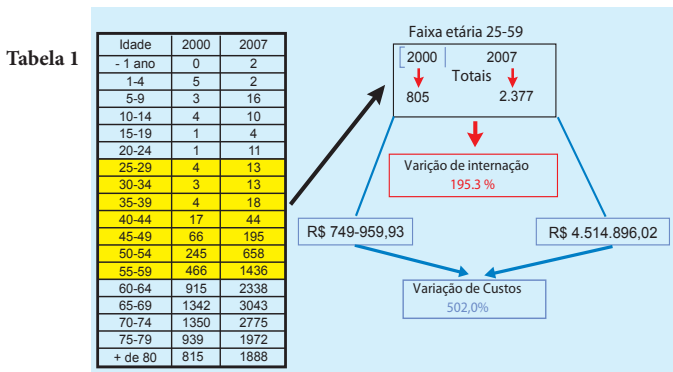
Os custos despendidos pelo SUS com estas internações foram de R\$2.883.041,00 em 2000 e de R\$6.787.078,00 em 2007, superior a 2,4 vezes.

Dentre as internações por tumores do aparelho urinário, destaca-se a neoplasia maligna da próstata com 2.377, enquanto que outros tumores malignos do aparelho genital masculino foram responsáveis por 2.183 internações, seguidas de 1.510 casos de neoplasia maligna da bexiga (MS/SIH/SUS, 2007) .

O SUS despendeu a quantia de R\$ 2.079,202,00 no ano de 2000 para realizar o pagamento das internações destas patologias. No ano de 2007, o custo foi de R\$ 7.671.691,12 o que corresponde a 3,6 vezes.

No Gráfico 10, uma série histórica permite notar o aumento significativo das internações por câncer prostático (oscilação de 195,3%) com uma variação de custos de 502%.

Gráfico 10 – Série histórica entre número e custos de internações por câncer de próstata no Brasil (2000-2007)

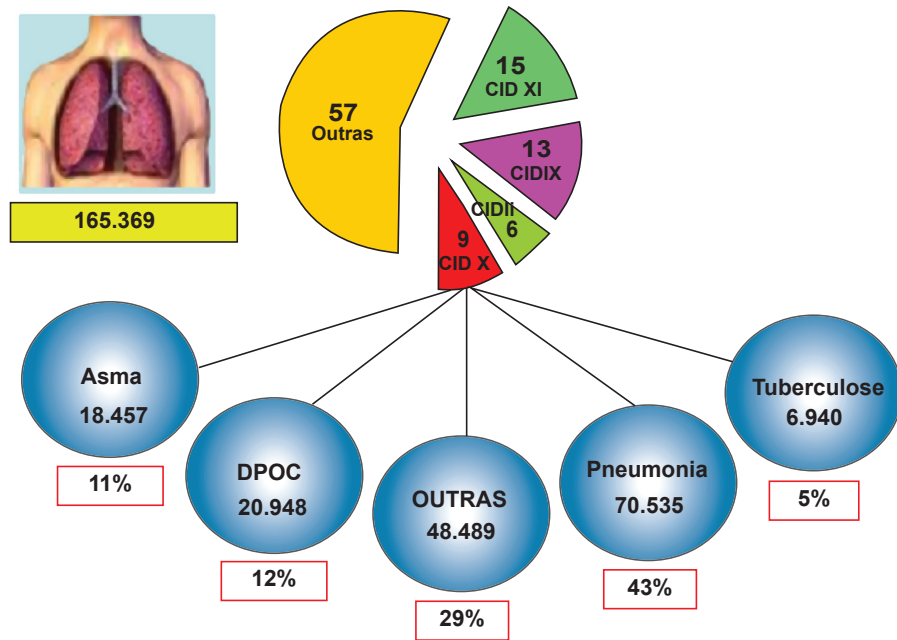


Fonte: MS / DATASUS / SIH, 2007

3.8.3. Outras causas de morbidade

As principais causas de internações por enfermidades do aparelho respiratório estão assinaladas no Gráfico 11.

Gráfico 11 – Internações por doenças do aparelho respiratório (2007)



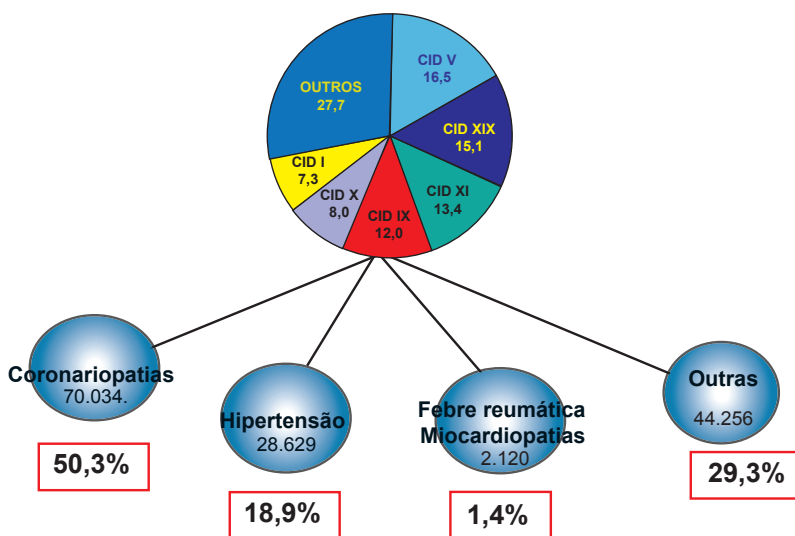
Fonte: MS / DATASUS / SIH, 2007

Os percentuais de internamentos do aparelho respiratório mais significativo são: pneumonias (43%), doenças pulmonares obstrutivas crônicas (DPOC) (12%) e asma em suas diversas formas (11%).

É importante destacar que a tuberculose representou 5% das internações por causas do aparelho respiratório.

Em termos de doenças do aparelho circulatório, os resultados das internações hospitalares podem ser resumidos no Gráfico 12, onde percentualmente se pode constatar que, a maior parte das internações, deve-se aos acidentes coronarianos (50,3%), seguidos pela hipertensão arterial (18,9 %).

Gráfico 12 - Percentual de internações hospitalares do aparelho circulatório na população masculina dos 20-59 anos (2007)



Fonte: Ministério da Saúde, SIH, 2007

As principais doenças do aparelho digestivo responsáveis pelo maior número de internações foram: doenças ácido-pépticas (36.690), doenças do fígado (28.053) e coledolitíase e colecistite (25.980).

Entre os fatores de morbidade não se pode deixar de mencionar as disfunções sexuais, notadamente a disfunção erétil, que acomete cerca da metade dos homens depois dos cinquenta anos. Pesquisas da Organização Mundial da Saúde identificam a saúde sexual como fator que mais interfere na qualidade de vida dos homens. Há de

se mencionar também que a disfunção erétil é um importante marcador para certas doenças, como a coronariopatia e as diabetes.

Infelizmente a maioria dos profissionais da saúde não está capacitada para realizar o tratamento adequado (psicoterapia associada à farmacoterapia) das disfunções sexuais masculinas. O tratamento limita-se, geralmente a uma forma parcial de abordagem, esquecendo-se que cada vertente terapêutica não é excludente, mas são essenciais e se complementam.

4. PRINCÍPIOS

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem objetiva orientar as ações e serviços de saúde para a população masculina, com integralidade e equidade, primando pela humanização da atenção.

A presente Política enfatiza a necessidade de mudanças de paradigmas no que concerne à percepção da população masculina em relação ao cuidado com a sua saúde e a saúde de sua família. Considera essencial que, além dos aspectos educacionais, entre outras ações, os serviços públicos de saúde sejam organizados de modo a acolher e fazer com que o homem sinta-se integrado.

A implementação da política deverá ocorrer de forma integrada às demais políticas existentes, numa lógica hierarquizada de atenção à saúde, priorizando a atenção primária como porta de entrada de um sistema de saúde universal, integral e equânime.

Essa política tem como princípios a humanização e a qualidade, que implicam na promoção, reconhecimento e respeito à ética e aos direitos do homem, obedecendo às suas peculiaridades sócio-culturais. Para cumpri-los, devem-se considerar os seguintes elementos:

1. Universalidade e equidade nas ações e serviços de saúde voltados para a população masculina, abrangendo a disponibilidade de insumos, equipamentos e materiais educativos;
2. Articulação com as diversas áreas do governo, com o setor privado e a sociedade, compondo redes de compromisso e co-responsabilidade quanto à saúde e a qualidade de vida da população masculina;
3. Informações e orientação à população masculina, aos familiares e a comunidade sobre a promoção, prevenção, proteção, tratamento e recuperação dos agravos e das enfermidades do homem;

4. Captação precoce da população masculina nas atividades de prevenção primária relativa às doenças cardiovasculares e cânceres, entre outros agravos recorrentes;
5. Capacitação técnica dos profissionais de saúde para o atendimento do homem;
6. Disponibilidade de insumos, equipamentos e materiais educativos;
7. Estabelecimento de mecanismos de monitoramento e avaliação continuada dos serviços e do desempenho dos profissionais de saúde, com participação dos usuários; e
8. Elaboração e análise dos indicadores que permitam aos gestores monitorar as ações e serviços e avaliar seu impacto, redefinindo as estratégias e/ou atividades que se fizerem necessárias.

5. DIRETRIZES

Como formulações que indicam as linhas de ação a serem seguidas pelo setor saúde, as seguintes diretrizes devem reger a elaboração dos planos, programas, projetos e atividades. Elas foram elaboradas tendo em vista a integralidade, factibilidade, coerência e viabilidade, sendo norteadas pela humanização e a qualidade da assistência, princípios que devem permear todas as ações.

A integralidade pode ser compreendida a partir de uma dupla perspectiva:

- Trânsito do usuário por todos os níveis da atenção, na perspectiva de uma linha de cuidado que estabeleça uma dinâmica de referência e de contra-referência entre a atenção primária e as de média e alta complexidade, assegurando a continuidade no processo de atenção; e

- Compreensão sobre os agravos e a complexidade dos modos de vida e situação social do indivíduo, a fim de promover intervenções sistêmicas que abranjam inclusive as determinações sociais sobre a saúde e a doença.

Em relação à factibilidade foram consideradas a disponibilidade de recursos, tecnologia, insumos técnico-científicos e estrutura administrativa e gerencial de modo a permitir em todo o país, na prática, a implantação das ações delas decorrentes.

No que tange à coerência, as diretrizes que propostas são inteiramente compatíveis com os princípios do SUS.

A viabilidade da implementação desta Política estará diretamente relacionada aos três níveis de gestão e do controle social, a quem se condiciona o comprometimento e a possibilidade da execução das diretrizes.

Diretrizes:

- Entender a Saúde do Homem como um conjunto de ações de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde, executado nos diferentes níveis de atenção. Deve-se priorizar a atenção básica, com foco na Estratégia de Saúde da Família, porta de entrada do sistema de saúde integral, hierarquizado e regionalizado;

- Reforçar a responsabilidade dos três níveis de gestão e do controle social, de acordo com as competências de cada um, garantindo condições para a execução da presente Política;

- Nortear a prática de saúde pela humanização e a qualidade da assistência a ser prestada, princípios que devem permear todas as ações;

- Integrar a execução da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem às demais políticas, programas, estratégias e ações do Ministério da Saúde;

- Promover a articulação interinstitucional, em especial com o setor Educação, como promotor de novas formas de pensar e agir;

- Reorganizar as ações de saúde, através de uma proposta inclusiva, na qual os homens considerem os serviços de saúde também como espaços masculinos e, por sua vez, os serviços de saúde reconheçam os homens como sujeitos que necessitem de cuidados;

- Integrar as entidades da sociedade organizada na co-responsabilidade das ações governamentais pela convicção de que a saúde não é só um dever do Estado, mas uma prerrogativa da cidadania;

- Incluir na Educação permanente dos trabalhadores do SUS temas ligados a Atenção Integral à Saúde do Homem;

- Aperfeiçoar os sistemas de informação de maneira a possibilitar um melhor monitoramento que permita tomadas racionais de decisão; e
- Realizar estudos e pesquisas que contribuam para a melhoria das ações da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.

6. OBJETIVOS

6.1. Objetivo Geral

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

6.2. Objetivos Específicos

6.2.1. Organizar, implantar, qualificar e humanizar, em todo território brasileiro, a atenção integral a saúde do homem, dentro dos princípios que regem o Sistema Único de Saúde:

- Implantar e/ou estimular nos serviços de saúde, públicos e privados, uma rede de atenção à saúde do homem que garanta linhas de cuidado, na perspectiva da integralidade;

- Fortalecer a assistência básica no cuidado com o homem, facilitando e garantindo o acesso e a qualidade da atenção necessária ao enfrentamento dos fatores de risco das doenças e dos agravos à saúde;

- Formar e qualificar os profissionais da rede básica para o correto atendimento à saúde do homem; e

- Promover ações integradas com outras áreas governamentais.

6.2.2. Estimular a implantação e implementação da assistência em saúde sexual e reprodutiva, no âmbito da atenção integral à saúde:

- Ampliar e qualificar a atenção ao planejamento reprodutivo masculino, inclusive a assistência à infertilidade;

- Estimular a participação e inclusão do homem nas ações de planejamento de sua vida sexual e reprodutiva, enfocando inclusive a paternidade responsável;
- Garantir a oferta da contracepção cirúrgica voluntária masculina nos termos da legislação específica;
- Promover na população masculina, conjuntamente com o Programa Nacional de DST/Aids, a prevenção e o controle das doenças sexualmente transmissíveis e da infecção pelo HIV;
- Incentivar o uso de preservativo como medida de dupla proteção da gravidez inoportuna e das DST/Aids;
- Estimular, implantar, implementar e qualificar pessoal para a atenção às disfunções sexuais masculinas;
- Garantir o acesso aos serviços especializados de atenção secundária e terciária para os casos identificados como merecedores destes cuidados;
- Promover a atenção integral à saúde do homem nas populações indígenas, negras, quilombolas, gays, bissexuais, travestis, transexuais, trabalhadores rurais, homens com deficiência, em situação de risco, em situação carcerária, entre outros, desenvolvendo estratégias voltadas para a promoção da equidade para distintos grupos sociais; e
- Associar as ações governamentais com as da sociedade civil organizada para efetivar a atenção integral à saúde do homem com protagonismo social na enunciação das reais condições de saúde da população masculina.
- Ampliar, através da educação, o acesso dos homens às informações sobre as medidas preventivas contra os agravos e enfermidades que os atingem:

- Incluir o enfoque de gênero, orientação sexual, identidade de gênero e condição étnico-racial nas ações educativas;
- Estimular, na população masculina, através da informação, educação e comunicação, o autocuidado da saúde;
- Promover a parceria com os movimentos sociais e populares, e outras entidades organizadas para divulgação ampla das medidas; e
- Manter interação permanente com as demais áreas governamentais no sentido de efetuar, de preferência, ações conjuntas, evitando a dispersão desnecessária de recursos.

7. RESPONSABILIDADES INSTITUCIONAIS

As responsabilidades institucionais estão definidas de acordo com as diretrizes estabelecidas no Pacto pela Saúde 2006, respeitando-se a autonomia e as competências das três esferas de gestão do SUS.

7.1. União

- Fomentar a implementação e acompanhar a implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem;
- Estimular e prestar cooperação técnica e financeira aos Estados e Municípios visando a implantação e implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem valorizando e respeitando as diversidades locais e regionais;
- Promover, no âmbito de sua competência, a articulação intersetorial e interinstitucional necessária à implementação da Política;
- Promover em parceria com o Ministério da Educação e a Secretaria Nacional de Juventude da Presidência da República, a valorização da crítica em questões educacionais relacionadas aos estereótipos de gênero, enraizados há séculos em nossa cultura patriarcal que coloca a doença como um sinal de fragilidade e contribui para que o homem se julgue invulnerável;
- Estimular e apoiar por meio da Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE/MS), a realização de pesquisas que possam aprimorar a Atenção Integral à Saúde do Homem;
- Propor por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES/MS), estratégias de Educação permanente dos trabalhadores do SUS, voltadas para a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem;

- Estabelecer parceria com as diversas Sociedades Brasileiras Científicas nacionais e internacionais, e entidades de profissionais de saúde cujas atividades tenham afinidade com as ações propostas na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem;
- Coordenar o processo de construção das Diretrizes Nacionais da Atenção à Saúde do Homem e de protocolos assistenciais, em parceria com os Estados e Municípios;
- Promover, junto à população, ações de informação, educação e comunicação em saúde visando difundir a Política Nacional;
- Estimular e apoiar por meio da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP/MS) e com o Conselho Nacional de Saúde (CNS) o processo de discussão com participação de todos os setores da sociedade, com foco no controle social, nas questões pertinentes à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem;
- Apoiar, técnica e financeiramente, a capacitação e a qualificação de profissionais para a atenção à saúde do homem;
- Estabelecer mecanismos de monitoramento e avaliação continuada dos serviços e do desempenho dos profissionais de saúde; e
- Elaborar e analisar os indicadores que permitam aos gestores monitorar as ações, os serviços e avaliar seu impacto, redefinindo as estratégias e atividades que se fizerem necessárias

7.2. Estados

- Fomentar a implementação e acompanhar em seu território a implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem;

- Estimular e prestar cooperação técnica e financeira aos Municípios visando a implantação e implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem valorizando e respeitando as diversidades locais e regionais;

- Definir, coordenar, acompanhar e avaliar, no âmbito do seu território, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, promovendo as adequações necessárias, tendo como base as diretrizes ora propostas, o perfil epidemiológico e as especificidades locais e regionais;

- Coordenar e implementar, no âmbito estadual, as estratégias nacionais de educação permanente dos trabalhadores do SUS voltadas para a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem;

- Implantar mecanismos de regulação das atividades relativas à Política;

- Estabelecer parceria com as diversas organizações cujas atividades tenham afinidade com as ações propostas na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem;

- Promover, na esfera de suas competências, a articulação intersetorial e interinstitucional necessária à implementação da Política;

- Elaborar e pactuar, no âmbito estadual, protocolos assistenciais, em consonância com as diretrizes nacionais da atenção, apoiando os Municípios na implementação dos mesmos;

- Promover, junto à população, ações de informação, educação e comunicação em saúde visando difundir a Política;

- Estimular e apoiar em parceria com o Conselho Estadual de Saúde o processo de discussão com participação de todos os setores da sociedade, com foco no con-

trole social, nas questões pertinentes à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem; e

- Incentivar junto à rede educacional estadual, ações educativas que visem à promoção e atenção à saúde do homem.

7.3. Municípios

- Fomentar técnica e financeiramente a implementação e acompanhar em seu território, a implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem;

- Coordenar, implementar, acompanhar e avaliar no âmbito do seu território, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, priorizando a atenção básica, com foco na Estratégia de Saúde da Família, como porta de entrada do sistema de saúde integral e hierarquizado e promovendo as adequações necessárias, tendo como base as diretrizes ora propostas, o perfil epidemiológico e as especificidades locais e regionais;

- Coordenar e implementar, no âmbito municipal, as estratégias nacionais de educação permanente dos trabalhadores do SUS voltadas para a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem;

- Implantar mecanismos de regulação das atividades relativas à Política;

- Promover, no âmbito de suas competências, a articulação intersetorial e interinstitucional necessária à implementação da Política;

- Incentivar junto à rede educacional municipal, ações educativas que visem à promoção e atenção da saúde do homem;

- Implantar e implementar protocolos assistenciais, em consonância com as diretrizes nacionais e estaduais;

- Promover, em parceria com as demais esferas de governo, a qualificação das equipes de saúde para execução das ações propostas na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem;
- Promover, junto à população, ações de informação, educação e comunicação em saúde visando difundir a Política;
- Estimular e apoiar em parceria com o Conselho Municipal de Saúde o processo de discussão com participação de todos os setores da sociedade, com foco no controle social, nas questões pertinentes à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem;
- Promover ou participar das ações de capacitação técnica e qualificação dos profissionais de saúde para atendimento do homem; e
- Analisar os indicadores que permitam aos gestores monitorar as ações e os serviços e avaliar seu impacto, redefinindo estratégias e atividades que se fizerem necessárias.

8. AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO

O processo de avaliação da implantação e implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem deverá ocorrer de acordo com as pactuações realizadas em âmbito federal, estadual e municipal, com destaque para o monitoramento dos indicadores do Pacto pela Vida, a ser realizado pelo Conselho Nacional de Saúde e pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT).

A avaliação tem como finalidade essencial atender o cumprimento dos princípios e diretrizes desta Política, buscando verificar sua efetividade. Em outras palavras, significa verificar o seu resultado sobre a saúde dos indivíduos e, conseqüentemente, sobre a qualidade de vida da população masculina.

Uma avaliação mais detalhada da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem deverá ocorrer no âmbito dos planos, programas, projetos, estratégias e atividades dela decorrentes.

Para essa avaliação de processo há de se definir critérios, parâmetros, indicadores e metodologia específicos, considerando que através dela será possível identificar, modificar e/ou incorporar novas diretrizes, a partir de sugestões apresentadas principalmente pelo Ministério da Saúde, Comissão Intergestores Tripartite e Conselho Nacional de Saúde.

Espera-se, também, promover e apoiar, junto às Confederações dos Trabalhadores do Brasil, Centrais Sindicais e entidades empresariais, avaliações e o monitoramento da Política.

Além dessas avaliações de resultado e processo, não se pode deixar de analisar a contribuição da Política para concretização dos princípios e diretrizes do SUS, especialmente em relação ao que estabelece a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8080/90).

9. BIBLIOGRAFIA

BANCO MUNDIAL. Gender Dimensions of Alcohol Consumption and Alcohol Related Problems in Latin America and the Caribbean, 2002.

BORRILLO L. L'Homophobie. Paris: Presses Universitaires de France, 2000.

BOZON M. Sociologia da sexualidade. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2004.

BUTLER J. Problemas de Gênero - Feminismo e subversão da identidade. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

CEBRID. II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país: 2005 / E. A. Carlini (supervisão) [et. al.], -- São Paulo: CEBRID - Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo, 2006.

CONASS. Violência: uma epidemia silenciosa, nº 15. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília, 2007.

CONASS. Violência: uma epidemia silenciosa, nº 16. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília, 2008.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE - CONASS. Violência: uma epidemia silenciosa, nº 16. Brasília, 2008.

COURTENAY WH. Constructions of Masculinity and their Influence on Men's well-being: a theory of gender and health. Soc Sci Med. 2000, 50:1385-401.

FIGUEIREDO W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. Ciências Saúde Coletiva 2005, 10:105-9.

GOMES R. Sexualidade masculina e saúde do homem: proposta para uma discussão. *Ciência Saúde Coletiva* 2003, 8:825-9.

GOMES R, NASCIMENTO EF, ARAÚJO FC. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cad. Saúde Pública*, vol.23, nº 3, Rio de Janeiro, Março 2007.

GOMES, R & NASCIMENTO, EF do. A produção do conhecimento da saúde pública sobre a relação homem-saúde: uma revisão bibliográfica. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 22 (5): 901-911, Maio, 2006.

HARDY E, JIMÉNEZ AL. Masculinidad y género. In: Briceño-León R, Minayo MCS, Coimbra Jr. CEA, editors. *Salud y equidad: una mirada desde las ciencias sociales*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2000. p. 349-59.

IBGE. Censo 2000. Características da população e dos domicílios: resultados do universo. Disponível em: www.ibge.gov.br/censo/. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Rio de Janeiro, 2000.

IBGE. Projeção da população do Brasil por sexo e idade: 1980-2050 – Revisão 2008. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2008/default.shtm. Fundação brasileira de Geografia e Estatística. Rio de Janeiro, 2008.

KALCKMANN S, BATISTA LE, SOUZA LCF. Homens de baixa renda falam sobre saúde reprodutiva e sexual. In: Adorno R, Alvarenga A, Vasconcelos MP, organizadores. *Jovens, trajetória, masculinidades e direitos*. São Paulo: Edusp, 2005. p. 199-217.

KEIJZER B. Hasta donde el cuerpo aguante: género, cuerpo y salud masculina. In: Cáceres CF, Cueto M, Ramos M, Vallas S, editors. *La salud como derecho ciudadano*:

perspectivas y propuestas desde América Latina. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2003. p. 137-52.

LAURENTI R, MELLO-JORGE MHP, GOTLIEB SLD. Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina. *Ciência Saúde Coletiva*, 2005, 10:35-46.

LUCK M, BAMFORD M, WILLIAMSON P. Men's health: perspectives, diversity and paradox. London: Blackwell Sciences, 2000.

LYRA-DA-FONSECA JLC, LEÃO LS, LIMA DC, TARGINO P, CRISÓSTOMO A, SANTOS B. Homens e cuidado: uma outra família? In: Acosta AR, Vitale MA, organizadores. *Família: redes, laços e políticas públicas*. São Paulo: Instituto de Estudos Especiais, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2003. p. 79-91.

LYRA J, MEDRADO B, LOPES F. Homens também cuidam. UNFPA e Instituto Papai, 2007.

MEDRADO B, LYRA-DA-FONSECA JLC, LEÃO LS, LIMA DC, SANTOS B. Homens jovens no contexto do cuidado: leituras a partir da paternidade na adolescência. In: Adorno R, Alvarenga A, Vasconcelos MP, organizadores. *Jovens, trajetória, masculinidades e direitos*. São Paulo: Edusp, 2005. p. 241-64.

MINISTERIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Formulação de Políticas de Saúde - Políticas de Saúde. *Metodologia de Formulação*, Brasília, 1998.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e diretrizes, Brasília, 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, SIM 2007. Secretaria de Vigilância Sanitária, Departamento de Análise de Situação de Saúde: Sistema de Informações sobre Mortalidade. Brasília, DASIS-SIM, 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, SIH 2005. DATASUS - Sistema de Informações Hospitalares do SUS. Brasília, 2005

MINISTÉRIO DA SAÚDE, SIH 2007. DATASUS - Sistema de Informações Hospitalares do SUS. Brasília, 2007

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico - Vigitel Brasil 2007. Estimativas sobre frequência e Distribuição sócio-demográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 Estados brasileiros e no Distrito Federal em 2007. Secretaria de Vigilância em Saúde. Série G. Estatística e Informação em Saúde.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas - Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Brasília, 2006.

NARDI A, GLINA S, FAVORITO LA. Primeiro Estudo Epidemiológico sobre Câncer de Pênis no Brasil, International Braz J Urol, v. 33, p. 1-7, 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, Décima Revisão, 1996.

PEREIRA MG. Epidemiologia: Teoria e Prática, Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2007.

PINHEIRO RS, VIACAVA F, TRAVASSOS C, BRITO AS. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. Ciência Saúde Coletiva, 2002; 7:687-7070).

SABO D. O estudo crítico das masculinidades. In. Adelman M, Silvestrin CB, organizadores. Coletânea gênero plural. Curitiba: Editora UFPR, 2002. p. 33-46.

SCHRAIBER LB. Equidade de gênero e saúde: o cotidiano das práticas no Programa Saúde da Família do Recife. In: Villela W, Monteiro S, organizadores. Gênero e saúde: Programa Saúde da Família em questão. São Paulo: ABRASCO - UNFPA, 2005.

SCHRAIBER LB, GOMES R, COUTO MT. Homens e saúde na pauta da saúde coletiva. *Ciência e Saúde Coletiva*, 10(1):7-17, 2005.

SOUZA E. R. de. Masculinidade e violência no Brasil: contribuições para a reflexão no campo da saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 10 (1): 59-70, 2005.

TELLERÍA JM. Reflexiones autocríticas acerca de una investigación sobre la búsqueda de atención y demandas en salud de hombres en Santa Cruz de La Sierra - Bolivia. In: Cáceres CF, Cueto M, Ramos M, Vallas S, editors. La salud como derecho ciudadano: perspectivas y propuestas desde América Latina. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2003. p. 165-72.

UNIFESP. I Levantamento Nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira. Elaboração, redação e organização: Ronaldo Laranjeira [et al.]. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2007.

WHO. Boys in the picture. World Health Organization. Geneva, 2000.

WHO. Men, Ageing and Health. World Health Organization. Geneva, 2001.

WELZER-LANG D. A construção do masculino: dominação das mulheres e homofobia. *Revista Estudos Feministas* 2001, 2:460-82.

WELZER-LANG D. Os homens e o masculino numa perspectiva de relações sociais de sexo. In: Schpun MR, organizador. Masculinidades. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2004. p. 107-28.

ANEXO I

PORTARIA Nº 1944

27 de agosto de 2009 -

DIÁRIO OFICIAL – 28 de agosto de 2009 - Pg. 61

MINISTÉRIO DA SAÚDE

GABINETE DO MINISTRO

Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições previstas no Inciso II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando que a população masculina apresenta altos índices de morbimortalidade que representam verdadeiros problemas de saúde pública;

Considerando que os indicadores e os dados básicos para a saúde demonstram que os coeficientes de mortalidade masculina são consideravelmente maiores em relação aos coeficientes de mortalidade femininos ao longo das idades do ciclo de vida;

Considerando a necessidade de organizar uma rede de atenção à saúde que garanta uma linha de cuidados integrais voltada para a população masculina;

Considerando a necessidade de apoiar ações e atividades de promoção de saúde para facilitar e ampliar o acesso aos serviços de saúde por parte dessa população;

Considerando a necessidade de apoiar a qualificação de profissionais de saúde para o atendimento específico da população masculina; e

Considerando a aprovação no âmbito do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e da Comissão Intergestores Tripartite - (CIT), resolve:

Art. 1º Instituir, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.

Parágrafo único. A Política de que trata o caput deste artigo visa promover a melhoria das condições de saúde da população masculina brasileira, contribuindo, de modo efetivo, para a redução da morbidade e da mortalidade dessa população, por meio do enfrentamento racional dos fatores de risco e mediante a facilitação ao acesso, às ações e aos serviços de assistência integral à saúde.

Art. 2º A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, de que trata o artigo 1º desta Portaria, será regida pelos seguintes princípios:

I - universalidade e equidade nas ações e serviços de saúde voltados para a população masculina, abrangendo a disponibilidade de insumos, equipamentos e materiais educativos;

II - humanização e qualificação da atenção à saúde do homem, com vistas à garantia, promoção e proteção dos direitos do homem, em conformidade com os preceitos éticos e suas peculiaridades socioculturais;

III - co-responsabilidade quanto à saúde e à qualidade de vida da população masculina, implicando articulação com as diversas áreas do governo e com a sociedade; e

IV - orientação à população masculina, aos familiares e à comunidade sobre a promoção, a prevenção, a proteção, o tratamento e a recuperação dos agravos e das enfermidades do homem.

Art. 3º A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem possui as seguintes diretrizes, a serem observadas na elaboração dos planos, programas, projetos e ações de saúde voltados à população masculina:

I - integralidade, que abrange:

a) assistência à saúde do usuário em todos os níveis da atenção, na perspectiva de uma linha de cuidado que estabeleça uma dinâmica de referência e de contrarreferência entre a atenção básica e as de média e alta complexidade, assegurando a continuidade no processo de atenção;

b) compreensão sobre os agravos e a complexidade dos modos de vida e da situação social do indivíduo, a fim de promover intervenções sistêmicas que envolvam, inclusive, as determinações sociais sobre a saúde e a doença;

II - organização dos serviços públicos de saúde de modo a acolher e fazer com que o homem sintam-se integrado;

III - implementação hierarquizada da política, priorizando a atenção básica;

IV - priorização da atenção básica, com foco na estratégia de Saúde da Família;

V - reorganização das ações de saúde, por meio de uma proposta inclusiva, na qual os homens considerem os serviços de saúde também como espaços masculinos e, por sua vez, os serviços de saúde reconheçam os homens como sujeitos que necessitem de cuidados; e

VI - integração da execução da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem às demais políticas, programas, estratégias e ações do Ministério da Saúde.

Art. 4º São objetivos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem:

I - promover a mudança de paradigmas no que concerne à percepção da população masculina em relação ao cuidado com a sua saúde e a saúde de sua família;

II - captar precocemente a população masculina nas atividades de prevenção primária relativa às doenças cardiovasculares e cânceres, entre outros agravos recorrentes;

III - organizar, implantar, qualificar e humanizar, em todo o território brasileiro, a atenção integral à saúde do homem;

IV - fortalecer a assistência básica no cuidado com o homem, facilitando e garantindo o acesso e a qualidade da atenção necessária ao enfrentamento dos fatores de risco das doenças e dos agravos à saúde;

V - capacitar e qualificar os profissionais da rede básica para o correto atendimento à saúde do homem;

VI - implantar e implementar a atenção à saúde sexual e reprodutiva dos homens, incluindo as ações de planejamento e assistência às disfunções sexuais e reprodutivas, com enfoque na infertilidade;

VII - ampliar e qualificar a atenção ao planejamento reprodutivo masculino;

VIII - estimular a participação e a inclusão do homem nas ações de planejamento de sua vida sexual e reprodutiva, enfocando as ações educativas, inclusive no que toca à paternidade;

IX - garantir a oferta da contracepção cirúrgica voluntária masculina nos termos da legislação específica;

X - promover a prevenção e o controle das doenças sexualmente transmissíveis e da infecção pelo HIV;

XI - garantir o acesso aos serviços especializados de atenção secundária e terciária;

XII - promover a atenção integral à saúde do homem nas populações indígenas, negras, quilombolas, gays, bissexuais, travestis, transexuais, trabalhadores rurais, homens com deficiência, em situação de risco, e em situação carcerária, entre outros;

XIII - estimular a articulação das ações governamentais com as da sociedade civil organizada, a fim de possibilitar o protagonismo social na enunciação das reais condições de saúde da população masculina, inclusive no tocante à ampla divulgação das medidas preventivas;

XIV - ampliar o acesso às informações sobre as medidas preventivas contra os agravos e as enfermidades que atingem a população masculina;

XV - incluir o enfoque de gênero, orientação sexual, identidade de gênero e condição étnico-racial nas ações socioeducativas;

XVI - estimular, na população masculina, o cuidado com sua própria saúde, visando à realização de exames preventivos regulares e à adoção de hábitos saudáveis; e

XVII - aperfeiçoar os sistemas de informação de maneira a possibilitar um melhor monitoramento que permita tomadas de decisão.

Art. 5º Compete à União:

I - coordenar e fomentar, em âmbito nacional, a implementação e acompanhar a implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem;

II - estimular e prestar cooperação técnica e financeira aos Estados e aos Municípios, visando à implantação e implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, de modo a valorizar e respeitar as diversidades locais;

III - promover, no âmbito de sua competência, a articulação intersetorial e interinstitucional necessária à implementação da Política;

IV - promover ações educativas relacionadas aos estereótipos de gênero;

V - estimular e apoiar a realização de pesquisas que possam aprimorar a Atenção Integral à Saúde do Homem;

VI - definir estratégias de Educação Permanente dos Trabalhadores do SUS, voltadas para a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem;

VII - estabelecer parceria com as diversas sociedades científicas nacionais e internacionais e as entidades de profissionais de saúde cujas atividades tenham afinidade com as ações propostas na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, a fim de possibilitar a colaboração técnica, no âmbito dos planos, programas, projetos, estratégias e atividades dela decorrentes;

VIII - coordenar o processo de construção das diretrizes/protocolos assistenciais da atenção à saúde do homem em parceria com os Estados e os Municípios;

IX - promover ações de informação, educação e comunicação em saúde visando difundir a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem;

X - estimular e apoiar o processo de discussão com participação de todos os setores da sociedade, com foco no controle social, nas questões pertinentes à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem;

XI - apoiar, técnica e financeiramente, a capacitação e a qualificação dos profissionais para a atenção à saúde do homem;

XII - estabelecer mecanismos de monitoramento e avaliação continuada dos serviços e do desempenho dos profissionais de saúde; e

XIII - elaborar e analisar os indicadores que permitam aos gestores monitorar as ações, os serviços e avaliar seu impacto, redefinindo as estratégias e/ou atividades que se fizerem necessárias.

Art. 6º Compete aos Estados:

I - fomentar a implementação e acompanhar, no âmbito de sua competência, a implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem;

II - estimular e prestar cooperação técnica e financeira aos Municípios visando à implantação e implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, de modo a valorizar e respeitar as diversidades locais;

III - acompanhar e avaliar, no âmbito de sua competência, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, promovendo as adequações necessárias, tendo como base o perfil epidemiológico e as especificidades locais;

IV - coordenar e implementar, no âmbito estadual, as estratégias nacionais de Educação Permanente dos Trabalhadores do SUS voltadas para a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, respeitando-se as especificidades locais;

V - promover, na esfera de sua competência, a articulação intersetorial e interinstitucional necessária à implementação da Política;

VI - elaborar e pactuar, no âmbito estadual, protocolos assistenciais, em consonância com as diretrizes nacionais da atenção, apoiando os Municípios na implementação desses protocolos;

VII - promover, junto à população, ações de informação, educação e comunicação em saúde visando difundir a Política;

VIII - estimular e apoiar, juntamente com o Conselho Estadual de Saúde, o processo de discussão com a participação de todos os setores da sociedade, com foco no controle social, nas questões pertinentes à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem;

IX - incentivar, junto à rede educacional estadual, ações educativas que visem à promoção e à atenção à saúde do homem;

X - capacitação técnica e qualificação dos profissionais de saúde para atendimento do homem; e

XI - analisar os indicadores que permitam aos gestores monitorar as ações e serviços e avaliar seu impacto, redefinindo as estratégias e/ou atividades que se fizerem necessárias.

Art. 7º Compete aos Municípios:

I - implementar, acompanhar e avaliar, no âmbito de sua competência, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, priorizando a atenção básica, com foco na Estratégia de Saúde da Família;

II - apoiar técnica e financeiramente a implementação e acompanhar, no âmbito de sua competência, a implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem;

III - implementar, no âmbito municipal, as estratégias nacionais de Educação Permanente dos Trabalhadores do SUS voltadas para a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, respeitando-se as especificidades locais;

IV - promover, no âmbito de sua competência, a articulação intersetorial e interinstitucional necessária à implementação da Política;

V - incentivar as ações educativas que visem à promoção e atenção da saúde do homem;

VI - implantar e implementar protocolos assistenciais, em consonância com as diretrizes nacionais e estaduais;

VII - promover, em parceria com as demais esferas de governo, a qualificação das equipes de saúde para execução das ações propostas na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.

VIII - promover, junto à população, ações de informação, educação e comunicação em saúde visando difundir a Política;

IX - estimular e apoiar, juntamente com o Conselho Municipal de Saúde, o processo de discussão com participação de todos os setores da sociedade, com foco no controle social, nas questões pertinentes à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem;

X - capacitação técnica e qualificação dos profissionais de saúde para atendimento do homem; e

XI - analisar os indicadores que permitam aos gestores monitorar as ações e os serviços e avaliar seu impacto, redefinindo as estratégias e/ou atividades que se fizerem necessárias.

Art. 8º O processo de avaliação da implantação e implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem deverá ocorrer de acordo com as pactuações realizadas em âmbito federal, estadual e municipal, com destaque para o monitoramento dos indicadores do Pacto pela Vida, a ser realizado pelo Conselho Nacional de Saúde e pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT).

§ 1º A avaliação tem como finalidade o cumprimento dos princípios e diretrizes dessa Política, buscando verificar sua efetividade de modo a permitir a verificação de seu

resultado sobre a saúde dos indivíduos e, conseqüentemente, sobre a qualidade de vida da população masculina.

§ 2º Uma avaliação mais detalhada da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem e o seu monitoramento deverão ocorrer no âmbito dos planos, programas, projetos, estratégias e atividades dela decorrentes.

§ 3º Para essa avaliação e monitoramento há de se definir critérios, parâmetros, indicadores e metodologia específicos, objetivando identificar, modificar e/ou incorporar novas diretrizes a partir de sugestões apresentadas pelo Ministério da Saúde, Comissão Intergestores Tripartite, Conselho Nacional de Saúde, Confederações dos Trabalhadores do Brasil, Centrais Sindicais e entidades empresariais, entre outras.

Art. 9º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

JOSÉ GOMES TEMPORÃO

ANEXO II

INSTITUIÇÕES E PROFISSIONAIS QUE PARTICIPARAM DAS ETAPAS DE CONSTRUÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM

- **Conselho Nacional de Saúde - CNS**
- **Presidente** - Francisco Batista Júnior

- **Conselho Nacional das Secretarias Estaduais de Saúde - CONASS**
- **Presidente** - Beatriz Dobashi

- **Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde - CONASEMS**
- **Presidente** - Antônio Carlos Figueiredo Nardi

- **Sociedade Brasileira de Cardiologia**
- **Presidente** - Antônio Carlos Palandri Chagas

- **Sociedade Brasileira de Urologia**
- **Presidente** - José Carlos de Almeida

- **Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia**
- **Presidente** - Jussara Fiterman

- **Federação Brasileira de Gastroenterologia**
- **Presidente** - Jaime Natan Eisig

- **Associação Brasileira de Psiquiatria**
- **Presidente** - João Alberto Carvalho

- **Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**

- **Presidente** - Gustavo Diniz Ferreira Gusso

- **Sociedade Brasileira de Cancerologia**

- **Presidente** - Roberto Porto Fonseca

Profissionais e Instituições por Unidade Federada

AL

Fernando Antônio Mendonça Guimarães

José Nobre Pires

Rogério César Correia Bernardo

Suzanna de Vasconcellos Bernardes Santos

AM

Agostinho Paiva Masullo

Habacuc Val de Oliveira

Lelis Ferreira Marotti

Maria do Socorro de Lucena Cardoso

Raimundo Fernandes Giffoni Filho

BA

Almério de Souza Machado

Antônio Carlos Moreira Lemos

Bernardo Assis Filho

Frederico Corrêa de Oliveira Wanderley

Guilhardo Fontes Ribeiro

Joel Alves Pinho Filho

Luiz Eduardo Café Cardoso Pinto
Milena Pereira Pondé
Modesto Antonio O. Jacobino
Rosa Garcia Lima
Wagner Coelho Porto

CE

Carlos Enéas Soares Ricca
Francisco Sálvio Cavalcante Pinto
José Alves Gurgel
José de Anchieta Cruz Maciel
Maria da Penha Uchoa Sales

DF

Antônio Geraldo da Silva
Carlos Alberto de Assis Viegas
Fernando Diaz
Geniberto Paiva Campos
José Carlos de Almeida
Lázaro Fernandes de Miranda
Luciano Gonçalves de Souza Carvalho
Mauro Birche de Carvalho
Paulo Henrique Ramos Feitosa
Ricardo Luiz de Melo Martins

ES

Carlos Alberto Ferreira Chagas
Carlos Alberto Gomes dos Santos
Fausto Amarante
Maria do Carmo Linard Reis
Sérgio Alexandre Hatab

GO

Antônio de Moraes Júnior
Ney Clayton Bueno Barbosa
Ricardo Nogueira de Paiva
Rodrigo Sebba Aires

MA

Antônio de Pádua Silva Sousa
Fábio Gomes Teixeira
Fernando Antônio Cardoso Pereira Lima
Geraldo Melonio do Nascimento
José de Ribamar R. Calixto
Maria do Rosário da Silva Ramos Costa

MG

Eugênio Augusto Costa de Souza
Gilda Paoliello Nicolau
José de Laurentys Medeiros Júnior
Jurandir Raimon Costa
Maurício Leão de Rezende
Váleria Maria Augusto

MT

José Alberto Alves
José Cesário Martins Carneiro
Sandro Andrey Nogueira Franco
Alexandre de Campos Bomfim
Ana Maria Campos Marques
Fábio Paes Barreto

PA

Antônio Delduque de Araújo Travessa

Benedito Paulo Bezerra

Paulo Roberto de Barros Morais

PB

Arlindo Monteiro de Carvalho Júnior

Fátima Maria Macedo dos Santos

José Hamilton Maciel Silva

José Nonato Fernandes Spinelli

Marco Antonio de Vivos Barros

Maria Goreth Araújo de Medeiros

PE

Antônio Peregrino da Silva

Benedito Medrado Dantas

Deuzeny Tenório Marques de Sá

José Marcelo Ferreira de Lira

PI

Dilson Barbosa Gomes

Leandro Cardoso Fernandes

Valdeci Ribeiro de Carvalho

PR

Beto de Jesus

Carlos Roberto de O. Borges

Jairo Sponholz Araújo

José Carlos Moura Jorge

Luciano Kowalski Coelho

Marco Antônio Socorro Marques Ribeiro Bessa

Oscar Alves
Osmar Ratzke

RJ

Afrânio Kritski
Alexandre Pinto Cardoso
André Guilherme L. da C. Cavalcanti
Carlos Cleverson Lopes Pereira
Emílio Cesar Zilli
Geraldo Di Biase Filho
José Genilson Alves Ribeiro
José Manoel Jansen
Henrique da Costa Rodrigues
Kátia Mecler
Luiz Carlos Sell
Marcos Nascimento
Maria do Carmo de Andrade Silva
Mauro Musa Zamboni
Ronaldo Damião

RN

José Hipólito Dantas Júnior
Myrna Maria Chaves de Vasconcelos
Sílvia Rocha da Costa Fernandes

RS

Euler Roberto Fernandes Manenti
Jussara Fiterman
Milton Berger
Paulo José Zimmermann Teixeira
Paulo Roberto Zimmermann

Rogério Gottert Cardoso
Walter J. Koff

RO
Francisco Inocêncio Novaes Lima
Gederson Rossato

SC
Edibert Melchert
Flavio Vicente
Hans Joachim Barg
Tales de Carvalho

SE
Marcos da Silva Gomes
Saulo Maia Davila Melo

SP
Aguinaldo Cesar Nardi
Alexandrina Maria Augusto da Silva Meleiro
Carlos Alberto de Castro Pereira
Carlos Eduardo Kerberg Zacharias
Ericson Bagatin
João Fernando Monteiro Ferreira
José Eduardo Delfini Cançado
José Francisco Kerrer Saraiva
José Roberto de Brito Jardim
José Sebastião dos Santos
Irma Godoy
Luiz Cuschnir
Márcia Thereza Couto Falcão

Pedro Luiz Macedo Cortado
Rogério Toledo Júnior SP
Rui Fernando Ramos
Sidney Glina
Stênio de Cássio Zequi
Ubirajara Ferreira
Ulysses Garzella Meneghelli
Valdemar Ortiz
Wagner dos Santos Figueiredo

TO
Giovanni Montinni Sandoval

Órgãos do Governo

Alfredo Schectman
Ana Lúcia Ferraz Amstaldem
Andressa Gorla
Antônio Garcia Reis Júnior
Augusto César
Carlos Felipe Almeida D'oliveira
Cristiane Daher
Doriane Périco Lima
Eliana Dourado
Fábio Tomasello
Gisele Vital Gobbi da Gama Cruz
José Ivo Pedrosa
Kátia Galbinski
Lidiane Gonçalves
Marcelo Araújo Freitas

Marcelo de Faveri
Maria Alice Pedotti
Maria da Conceição de Souza Rocha
Maria Elizabete G.M. Maciel
Marly Cunha Terrel
Maura Beatriz Drago Dornelles
Michele Lobato Rodrigues
Milena Pacheco
Renata Weber
Ricardo A. Lins
Sueli Simonette da Rosa Manhães Borges
Taciane Monteiro
Valter Chaves Costa

Professores Universitários

Afrânio Kritski	UFRJ
Alexandrina Maria Augusta da S. Meleiro	USP
Antônio Carlos Moreira Lemos	UFBA
Antônio Peregrino da Silva	UFPE
Arlindo Monteiro de Carvalho Júnior	UFPB
Benedito Medrado Dantas	UFPE
Benedito Paulo Bezerra	UFPA
Carlos Roberto de O. Borges	FEPAR
Emilio Cesar Zilli	UERJ
Ericson Bagatin	UNICAMP
Euler Roberto Fernandes Manenti	PUCRS
Fábio Paes Barreto	UCDB
Fernando Diaz	UNB/HUB
Giovanni Montinni Sandoval	UFT

Habacuc Val de Oliveira	UEA
João Fernando Monteiro Ferreira	USP
Joel Alves Pinho Filho	UCSal
José Alberto Alves	UFMT
José Carlos Moura Jorge	PUCPR
José de Ribamar R. Calixto	UFMA
José Francisco Kerr Saraiva	PUC Campinas
José Genilson Alves Ribeiro	UERJ
José Roberto de Brito Jardim	UNIFESP
José Sebastião dos Santos	USP Ribeirão Preto
Kátia Mecler	UFRJ
Leandro Cardoso Fernandes	UESPI
Lelis Ferreira Marotti	
Luciano Gonçalves de Souza Carvalho	FEPCS-DF
Luiz Cuschnir	USP
Márcia Thereza Couto Falcão	UNIFESP
Marco Antonio de Vivo Barros	UFPB
Maria do Carmo de Andrade Silva	GAMA FILHO
Mauro Musa Zamboni	PUC-RJ
Milena Pereira Pondé	UFBA
Milton Berger	UFRS
Modesto Antonio O. Jacobino	UFBA
Oscar Alves	UNOPAR
Paulo Roberto Zimmermann	PUCRS
Rodrigo Sebba Aires	UFG
Rogério César Correia Bernardo	UFAL
Romeu Gomes	FIOCRUZ – Inst. Fernando Figueiras
Ronaldo Damião	UNERJ
Rosa Garcia Lima	UFBA
Sandro Andrey Nogueira Franco	UNIC
Sérgio Alexandre Hatab	UFES

Tales de Carvalho	UDESC
Ubirajara Ferreira	UNICAMP
Ulysses Garzella Menegelli	USP Ribeirão
Valdemar Ortiz	UNIFESP
Wagner dos Santos Figueiredo	USP
Walter J. Koff	UFRGS

Agradecimentos Especiais

Alexandrina Maria Augusta da S. Meleiro
Benedito Medrado Dantas
Carlos Felipe Almeida D'oliveira
Emilio Cesar Zilli
Geniberto Paiva Campos
Gisele Vital Gobbi da Gama Cruz
José Carlos de Almeida
Luiz Carlos Sell
Márcia Thereza Couto
Milena Pereira Pondé
Oscar Alves
Paulo Roberto Zimmermann
Ronaldo Damião
Rosa Garcia Lima
Sidney Glina
Ubirajara Ferreira
Ulysses Garzella Menegelli
Walter J. Koff

ABGLT – Associação Brasileira de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais

FEPAR – Faculdade Evangélica do Paraná

INSTITUTO PAPAI – Recife/Pernambuco

INSTITUTO PROMUNDO – Rio de Janeiro/RJ

NUDES – Núcleo de Sexologia do Rio de Janeiro

PUCPR – Pontifícia Universidade Católica do Paraná

PUCRS – Pontifícia Universidade do Rio Grande do Sul

PUCCAMP – Pontifícia Universidade Católica - Campinas

UCDB – Universidade Católica Dom Bosco

UCSal – Universidade Católica de Salvador

UDESC – Universidade do Estado de Santa Catarina

UEA – Universidade do Estado do Amazonas

UEPB – Universidade Estadual da Paraíba

UERJ – Universidade Estadual do Rio de Janeiro

UESPI – Universidade Estadual do Piauí

UFBA – Universidade Federal da Bahia

UFES – Universidade Federal do Espírito Santo

UFG – Universidade Federal do Goiás

UFMA – Universidade Federal do Maranhão

UFMT – Universidade Federal de Mato Grosso

UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

UFRJ – Universidade Federal do Rio de Janeiro

UFPA – Universidade Federal do Pará

UFPE – Universidade Federal de Pernambuco

UFT – Universidade Federal de Tocantins

UNIC – Universidade de Cuiabá

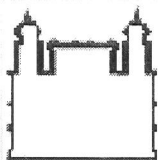
UNICAMP – Universidade Estadual de Campinas

UNOPAR – Universidade do Norte do Paraná

USP – Universidade de São Paulo

USP Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo – Ribeirão Preto

ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A participação da sociedade civil no processo de construção da Política Nacional de Saúde dos Homens

Pesquisador: Ana Paula Azevedo Hemmi

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 52391216.7.0000.5240

Instituição Proponente: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.413.443

Apresentação do Projeto:

Projeto de doutorado, qualificado em 14/12/2015, orientado por Tatiana Wargas de Faria Baptista e coorientado por Mônica de Rezende.

A projeto tem como propósito analisar o processo de construção da Política Nacional de Saúde dos Homens no Brasil com destaque à participação da sociedade civil.

Para tanto, buscará identificar agentes que, individual ou coletivamente, estiveram envolvidos na construção da política.

A pesquisadora responsável considera que esta identificação poderá ser feita por sondagens junto a acadêmicos ligados à Instituições de Ensino Superior e de Pesquisa, médicos ligados às diversas sociedades brasileiras de medicina, membros de ONGs como a PAPAI e Pro-Mundo Brasil, ABRASCO e Movimento LGBT. Além de outros possíveis informantes, como aqueles ligados ao Poder Legislativo e Executivo do Governo Federal brasileiro.

A partir dessa identificação, a pesquisadora realizará entrevistas para compreender os discursos e

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo

Bairro: Manguinhos

CEP: 21.041-210

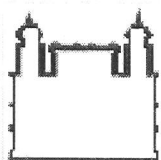
UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2598-2863

Fax: (21)2598-2863

E-mail: cep@ensp.fiocruz.br



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 1.413.443

a participação desses informantes, presentes nas diferentes arenas envolvidas com a política de saúde dos homens.

Além de entrevistas, a pesquisadora empregará a análise de documentos oficiais, vídeos e outras mídias que forem encontradas. Tais documentos constam no Formulário de Encaminhamento como de acesso público e irrestrito.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar o processo de construção da Política Nacional de Saúde dos Homens no Brasil com destaque à participação da sociedade civil.

Objetivo Secundário:

- Identificar quem foram os agentes sociais individuais e coletivos envolvidos na construção da política;
- Compreender o processo de participação dos diferentes agentes sociais individuais e coletivos na construção da política por meio dos seus discursos em torno do tema;
- Discutir como a ideia de mecanismos de participação da sociedade civil se relaciona à ideia de democracia e à legitimidade de política.

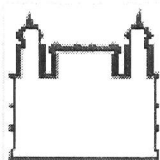
Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisadora responsável avalia com pertinência que toda pesquisa possui riscos potenciais e considera que, como este estudo visa abordar sujeitos que se encontram localizados em cargos públicos ou em organizações não-governamentais, pode haver o risco de constrangimento durante a entrevista devido à exposição do ponto de vista sobre o processo de construção da e participação na política de saúde dos homens.

Assim, a pesquisadora se compromete que, caso isso aconteça, garantir que o entrevistado tenha plena autonomia para que haja ou não divulgação de sua entrevista ou parte dela.

Entre os benefícios, sejam diretos ou indiretos, estão a possibilidade de ampliar o entendimento em torno da participação social nos processos decisórios no âmbito da saúde, principalmente no que diz respeito à sua influência na formulação de políticas públicas de saúde, assim como no

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
Bairro: Manguinhos **CEP:** 21.041-210
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863 **Fax:** (21)2598-2863 **E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br



Continuação do Parecer: 1.413.443

planejamento e gestão do setor saúde. Dessa forma, acredita poder discutir aspectos mais abrangentes que se relacionam à participação da sociedade civil na formulação de políticas públicas no Brasil.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Excelente questão de pesquisa e desenho conceitual.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentou:

- Projeto de Pesquisa na íntegra;
- Formulário de Encaminhamento com data de qualificação;
- TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido detalhado, muito bem redigido e plenamente adequado;
- Instrumentos de coleta de dados (roteiros de entrevistas) plenamente adequados;
- Folha de Rosto gerada pela Plataforma Brasil;

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há.

Considerações Finais a critério do CEP:

* Em atendimento ao subitem II.19 da Resolução CNS nº 466/2012, cabe ao pesquisador responsável pelo presente estudo elaborar e apresentar relatório final "[...] após o encerramento da pesquisa, totalizando seus resultados". O relatório deve ser enviado ao CEP pela Plataforma Brasil em forma de "notificação". O modelo de relatório que deve ser seguido se encontra disponível em www.ensp.fiocruz.br/etica.

* Qualquer necessidade de modificação no curso do projeto deverá ser submetida à apreciação do CEP, como emenda. Deve-se aguardar parecer favorável do CEP antes de efetuar a modificação.

* Justificar fundamentadamente, perante o CEP, caso haja interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo

Bairro: Manguinhos

CEP: 21.041-210

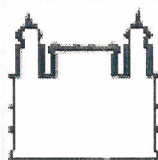
UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2598-2863

Fax: (21)2598-2863

E-mail: cep@ensp.fiocruz.br



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 1.413.443

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_648245.pdf	04/01/2016 22:20:17		Aceito
Folha de Rosto	FolhaDeRostoCEP.pdf	04/01/2016 11:41:40	Ana Paula Azevedo Hemmi	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.docx	03/01/2016 23:04:11	Ana Paula Azevedo Hemmi	Aceito
Outros	InstrumentoColetaDados.pdf	03/01/2016 22:33:13	Ana Paula Azevedo Hemmi	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	03/01/2016 22:29:10	Ana Paula Azevedo Hemmi	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	03/01/2016 22:25:51	Ana Paula Azevedo Hemmi	Aceito
Outros	Formulario.pdf	03/01/2016 22:01:16	Ana Paula Azevedo Hemmi	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	03/01/2016 21:59:54	Ana Paula Azevedo Hemmi	Aceito
Outros	FolhaRosto_AnaPaulaHemmi.pdf	18/02/2016 09:19:21	Carla Lourenço Tavares de Andrade	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 18 de Fevereiro de 2016

Assinado por:

Carla Lourenço Tavares de Andrade
(Coordenador)

Carla Lourenço Tavares de Andrade
Coordenadora
Comitê de Ética em Pesquisa
CEP/ENSP

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo

Bairro: Manguinhos

CEP: 21.041-210

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2598-2863

Fax: (21)2598-2863

E-mail: cep@ensp.fiocruz.br

ANEXO C – PROGRAMAÇÃO DOS FÓRUMS DE SAÚDE DO HOMEM

Fóruns da Saúde do Homem

I Fórum de Políticas Públicas em Saúde e Doenças do Homem

Local: HFA – Hospital das Forças Armadas - Brasília DF

Tema: Despertar a atenção da população masculina no aspecto da própria saúde.

As Forças Armadas são compostas fundamentalmente por pessoas do sexo masculino

Objetivo: A saúde do homem nas Forças Armadas e A saúde do homem: descaso ou onipotência

Coordenação: General-de-Brigada Médico Milton Braz Pagani
Dr. José Carlos de Almeida

Data: 21 a 24 de março de 2005.

II Fórum de Políticas Públicas em Saúde e Doenças do Homem

Local: HFA – Hospital das Forças Armadas - Brasília DF

Tema: A Atenção da população masculina no aspecto da própria saúde.

As Forças Armadas são compostas fundamentalmente por pessoas do sexo masculino

Objetivo: Saúde do homem

Coordenação: General-de-Brigada Médico Milton Braz Pagani
Dr. José Carlos de Almeida

Data: Março de 2006.

III FÓRUM POLÍTICAS PÚBLICAS E SAÚDE DO HOMEM

Data: 31 de maio de 2007

Local: Auditório Nereu Ramos - Anexo II da Câmara dos Deputados

Horário: das 08h às 18h

8h: Abertura Oficial do Evento

Dep. Jorge Tadeu Mudalen - Presidente da Comissão de
Seguridade Social e Família/CSSF

Dep. Rafael Guerra - Presidente da Frente Parlamentar da
Saúde/FPS

Dep. Clodovil Hernandez

Dep. Jair Bolsonaro

Ministério da Saúde: Representante

9h: A Sociedade Brasileira de Urologia/SBU e a Responsabilidade Social

Conferencista: Dr. Sidney Glina

9h20: Política Brasileira de Atenção à Saúde do Homem

Coordenador: Dr. Geraldo Eduardo de Faria

Conferencista: Dra. Neidil Espinola da Costa

9h40: Política Brasileira de Atenção à Saúde do Idoso

Coordenador: Dr. Rogério de Moraes Mattos

Conferencista: Dr. José Luiz Telles

10h: Intervalo (15 minutos)

10h15: Mesa-Redonda com os tópicos abordados pela manhã

Coordenador: Dr. José Carlos de Almeida

Debatedores: Parlamentares

Ministério da Saúde/MS

Sociedade Brasileira de Urologia/SBU

Ministério da Defesa/MD

Associação Médica Brasileira/AMB

Conselho Federal de Medicina/CFM

12h: Intervalo para almoço

14h20: O SUS e a Prática Urológica

Conferencista (Ministério da Saúde): Dra. Neidil Espinola
Costa

Conferencista (SBU): Dr. Sebastião José Westphal

14h50: DST e a População Masculina

Coordenador: Dr. José Carlos Pizarro Fragomeni

Conferencista: Dr. Eduardo Campos

15h10: O Homem e o Câncer Urológico no Brasil

Conferencista (SBU): Dr. Aguinaldo César Nardi

Conferencista (INCA): Dra. Gulnar Azevedo e Silva Menz

15h40: O Câncer de Próstata no Brasil

Coordenador: Dr. José Carlos de Almeida

Conferencista: Dr. Luciano Favorito

16h: A Violência e a População Masculina

Coordenador: Dr. André Guilherme Cavalcanti

Conferencista: Dra. Marta Maria Alves da Silva

16h20: Direitos Sexuais / Reprodutivos e o Homem

Coordenador: Dr. Marcelo Vieira

Conferencista ONG Papai: Dr. Cláudio Henrique Pedrosa

16h40: A Incontinência Urinária no Idoso Brasileiro

Coordenador: Dr. José Carlos de Almeida

Conferencista: Dr. Luis Seabra Rios

17h: Debate final e conclusões do III Fórum

Coordenador: Dr. Sidney Glina

Debatedores: Parlamentares

Ministério da Saúde/MS

Sociedade Brasileira de Urologia/SBU

Ministério da Defesa/MD

Associação Médica Brasileira/AMB

Conselho Federal de Medicina/CFM

IV FÓRUM POLÍTICAS PÚBLICAS E SAÚDE DO HOMEM
"A SAÚDE DO HOMEM, ASPECTOS UROLÓGICOS E O SUS, SITUAÇÃO ATUAL E
PERPECTIVAS".

Data: 07 de agosto de 2008 (quinta-feira)

Local: Plenário 7 - Anexo II da Câmara dos Deputados

Horário: das 14h às 18h

Coordenador: Dr. José Carlos de Almeida

Debatedores:

Dr. **César Bortoluzo** - Médico Urologista da Comissão de Honorários da Sociedade Brasileira de Urologia/SBU

Dr. **Valdemar Ortiz** - Professor Titular de Urologia da Unicep

Dr. **Ricardo Cavalcanti** - Coordenador da Área Técnica de Saúde do Homem do Ministério da Saúde
Representante da Frente Parlamentar da Saúde

14h00: Abertura Oficial do Evento

Dep. **Arlindo Chinaglia** - Presidente da Câmara dos Deputados

Dep. **Jofran Frejat** - Presidente da Comissão de Seguridade Social e Família/CSSF

Dep. **Rafael Guerra** - Presidente da Frente Parlamentar da Saúde/FPS

Dr. **José Carlos de Almeida** - Presidente da Sociedade Brasileira de Urologia

14h20 - 14h40: "Vasectomia e o SUS"

Conferencista: Representante do Ministério da Saúde

14h40 - 15h00: "Hiperplasia Prostática Benigna – O que fazer com o paciente com sonda vesical de demora e distribuição de Medicamentos"

Conferencista: Dr. **Aguinaldo Nardi**

15h00 - 15:20: "Câncer de Próstata e Saúde Pública – Situação Atual"

Conferencista: Dr. **Ubirajara Ferreira**

Debates: 15h40 - 16:00:

"Disfunção Erétil – Abordagem e Tratamento. O Sistema Único de Saúde deve distribuir gratuitamente os medicamentos?"

Conferencista: Dr. **Sidney Glina**

16h00 - 16h20: "Quais os equipamentos básicos que devem compor um serviço de urologia para atender os pacientes do SUS"

Conferencista: Dr. **Modesto Jacobino**

16h20 - 16h40: "Câncer de Pênis no Brasil – Campanha da SBU e perspectivas"

Conferencista: Dr. **Luciano Favorito**

Debates: 17h00 - 17h20:

"Campanhas e Projetos de Colaboração SBU/Ministério da Saúde"

Conferencista: Dr. **Aguinaldo Nardi**

17h20 - 17h40:

"Conhecendo a Urologia Brasileira"

Conferencista: Dr. **Sebastião Westphal**

17h40 - 18h00: Considerações Finais e Elaboração de documento

Conferencista: Dr. **José Carlos de Almeida**

V Fórum de Políticas Públicas e Saúde Masculina

Data: 20/08/2009

Local: Plenário 7 - anexo II - Câmara dos Deputados

Hora: 9h às 13h

Programação:

9h às 9h30min - Abertura com os convidados:

Presidenta da CSSF: Dep. Elcione Barbalho

Presidente da Câmara dos Deputados: Dep Michel Temer

Presidente da Frente Parlamentar da Saúde: Dep. Darcisio Perondi

Ministro da Saúde ou Representante: Dr. José Gomes Temporão

Coordenador da Saúde do Homem (MS): Dr. Baldur Schubert

Presidente da SBU: Dr. José Carlos de Almeida

Presidente da Comissão de Políticas Públicas (SBU): Dr. Fernando Diaz

9h30min às 9h50min - **Os agravos à saúde do Homem e seu impacto sócio-econômico**

Palestrante: Dr. Ricardo Cavalcanti

9h50min às 10h10min - **Os cuidados ao paciente masculino uro-oncológico no Brasil - Uma visão crítica**

Palestrante: Dr. Walter Koff

10h10min às 10h30min - **A Urologia, a SBU e as campanhas públicas.**

Palestrante: Dr. Sidney Glina

10h30min às 10h50min - **O idoso e as doenças urológicas**

Palestrante: Dr. Lísias Nogueira Castilho

10h50min às 11h10min - **A vasectomia e a política de planejamento familiar no Brasil**

Palestrante: Dr. Celso Gromatzky

11h10min às 11h30min – **O Homem portador de câncer Urológico: Uma visão do INCA**

Palestrante: Representante do INCA: Dr. Ronaldo Correa e Silva

11h30min às 11h50min – **Mesa redonda sobre: Uma política de inclusão do homem no SUS**

Coordenadores: Dr. José Carlos de Almeida

Dr. Mário Ronalsa Brandão Filho

Participantes: Dr. Lísias Nogueira Castilho

Dr. Walter Koff

Dr. Baldur Schubert

Dr. José Genilson Alves Ribeiro

Dr. Fernando Diaz

ANEXO D – RELATÓRIO SÍNTESE DO SEMINÁRIO DE SAÚDE MENTAL



MINISTÉRIO DA SAÚDE | SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
Esplanada dos Ministérios, Bloco G, 6º andar.
Telefone: (61)3315.2187/3841
70.058-900 - Brasília/DF

DEFININDO A POLÍTICA INTEGRAL DE ATENÇÃO AOS HOMENS NA SAÚDE

**Relatório síntese da reunião com representantes da Sociedade
Brasileira de Psiquiatria, pesquisadores e ativistas sociais**

Brasília, 25-26 de abril de 2008

Brasília, 2008



INTRODUÇÃO

Este documento apresenta uma síntese das principais discussões e proposições geradas a partir do 1º Workshop “Definindo a Política Integral de Atenção aos Homens na Saúde”, promovido pela Área Técnica de Saúde do Homem do Ministério da Saúde, entre os dias 25 e 25 de abril deste ano, em Brasília.

Partindo do pressuposto que a construção de qualquer política de saúde exige a mobilização de gestores e da sociedade civil, esta reunião teve o objetivo de elaborar pré-requisitos da Política Nacional de Atenção Integral aos Homens na Saúde, na perspectiva de que a garantia do direito à saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, mas um compromisso de todos. Assim, este encontro reuniu:

- representantes da Sociedade Brasileira de Psiquiatria;
- representantes do CONASS/CONASSEMS;
- integrantes do Ministério da Saúde;
- pesquisadores vinculados a Universidades Públicas que têm-se dedicado a estudos voltados aos homens e/ou masculinidades, a partir da perspectiva de gênero, tais como USP, UFPE, UPE, UNESP, UFRJ; Univ. Gama Filho etc.
- representantes de organizações não-governamentais e redes que atuam a partir do diálogo com movimento feminista e movimento LGBT, tais como Instituto PAPAI, Promundo e ILGA.

A metodologia de trabalho compreendeu 3 turnos. No primeiro, a equipe da Área Técnica de Saúde do Homem, sob coordenação do Sr. Ricardo Cavalcanti e direção do Sr. Adson França, fez uma explanação geral sobre morbi-mortalidade da população masculina brasileira e sobre as linhas gerais da política nacional de saúde.

No turno seguinte, os 46 participantes foram distribuídos em grupos de trabalho, com o objetivo de produzir reflexões éticas, políticas, conceituais e metodológicas em torno de 4 temas centrais:

Grupo 1. Adesão a programas de saúde	Grupo 2. Agressões	Grupo 3. Suicídios	Grupo 4. Acidentes de transporte
1. Andresa Gorla	15. Ana Ferraz	28. Alexandrina Medeiros	37. Alexandrina Meleiro
2. Antônio G. Reis Jr.	16. Beto de Jesus	29. Benedito Bezerra	38. Alfredo Schechtman
3. Antonio Pelegrino	17. Christiane Daher	30. Carlos d'Oliveira	39. Antônio G. da Silva
4. Benedito Medrado	18. Fausto Amarante	31. Fabio Barreto	40. Carlos Zacarias
5. Bernardo Alves	19. José Alves Gurgel	32. Flavio Vicente	41. Geraldo Nascimento
6. Eliana Dourado	20. José Hamilton Filho	33. Luiz Cuschnir	42. Kátia Galbinski
7. Gilda Paoliello	21. Kátia Mecler	34. Milena Pacheco	43. Márcia Huçulak
8. José de A. Maciel	22. Márcia Couto	35. Paulo Zimmermann	44. Marco Bessa
9. Marcelo de Freiras	23. Marcos Nascimento	36. Suzzana Santos	45. Myrna Vasconcelos
10. Maria do Carmo A. Silva	24. Milena Pondé		46. Osmar Ratzke
11. Maurício de Resende	25. Raimundo G. Filho		
12. Rosa Garcia	26. Renata Weber		
13. Tatiane Monteiro	27. Rogério G. Cardoso		
14. Wagner Figueiredo			

No terceiro e último turno, um representante de cada grupo apresentou a síntese das discussões, justificativas e proposições de cada grupo, que foi discutida em grande plenária. A síntese aqui apresentada é o resultado desta discussão em plenária, tendo por base o material produzido pelos grupos.



GRUPO 1. Da “Adesão a Programas de Saúde” à “atenção integral aos homens na saúde”

1.1. Reflexões gerais

A partir de apreciações, argumentações e exemplos, o grupo resumiu suas reflexões na seguinte formulação:

1. o que impede ou dificulta a procura dos homens por serviços públicos de saúde são os estereótipos de gênero, enraizados há séculos em nossa cultura, que potencializam práticas baseadas em crenças e valores típicos do que é ser homem;
2. a idéia de que ser homem é ser forte e de que doença é sinal de fragilidade, gera uma compreensão de que os serviços de saúde são exclusivamente para os supostos mais fracos: mulheres, crianças e idosos.
3. conseqüentemente, os homens não consideram os serviços de saúde como espaços masculinos e os serviços de saúde não consideram os homens como sujeitos de cuidado.

1.1.1. Barreiras práticas.

A partir dessa matriz subjetiva, cultural, institucional, identificamos algumas barreiras práticas:

- os homens têm dificuldades em reconhecer suas necessidades;
- os serviços não estão preparados a responder de forma adequada às demandas e necessidades dos homens;
- as estratégias de comunicação nos espaços de atenção básica em saúde (tanto em campanhas publicitárias como na ação das agentes comunitárias de saúde em visitas domiciliares) privilegiam a mulher e a criança;
- profissionais da atenção básica são prioritariamente mulheres, o que pode criar barreiras para os homens reconhecerem aquele como um espaço para suas demandas;
- muitas vezes, a exigência do papel de provedor dificulta aos homens dedicar tempo a sua saúde e ao auto-cuidado.

1.1.2. Dimensão estrutural

Do ponto de vista estrutural, essas barreiras práticas são potencializadas, quando observamos:

- baixo nível e má distribuição de renda da população brasileira, de um modo geral;
- baixa escolaridade, especialmente da população masculina, no Brasil que impede o pleno exercício da cidadania;
- precariedade dos serviços públicos de saúde e educação que impedem uma atenção de qualidade.



1.2. Propostas

Com base no exposto anteriormente, o grupo reafirmou alguns eixos metodológicos, conceituais e práticos considerados fundamentais para orientar a área técnica de saúde do homem na formulação de ações e estratégias:

1. Mudar o foco programático, saindo da perspectiva da “adesão a programas de saúde” para uma perspectiva que privilegie a “atenção integral aos homens na saúde”;
2. Não perder de vista a população foco da política, homens de 25 a 59 anos, mas garantir que as idades inferiores e superiores sejam contempladas a partir de ações integradas com as respectivas áreas técnicas (saúde da criança, saúde do adolescente e saúde do idoso);
3. Articular a política de Atenção Integral aos Homens na Saúde com a política de atenção integral à saúde das mulheres, recuperando experiências e conhecimentos produzidos naquela área e promovendo ações futuras em consonância, tanto em princípios como em práticas;
4. Articular a política de Atenção Integral aos Homens na Saúde com diferentes programas governamentais, especialmente aqueles que atuam em espaços coletivos prioritariamente ocupados por homens, tais como: prisões, albergues e quartéis;
5. Garantir a interface com as estratégias de humanização em saúde, especialmente com o PNH - Programa Nacional de Humanização;
6. Promover ações estejam em consonância com os princípios do Sistema Único de Saúde, evitando, assim a setorialização de serviços ou a segmentação de estruturas.

1.2.1. Propostas operativas

O grupo considera que a atenção básica deve ser o centro da atuação da área técnica em saúde do homem. Neste sentido, sugere que a política de saúde para homens deve:

1. Criar estratégias para sensibilizar e atrair os homens a partir, por um lado, de ações ampliadas (em diferentes espaços da comunidade, onde os homens estão) e, por outro lado, da reconfiguração de estruturas e práticas dos PSF, com especial foco na sensibilização e capacitação da equipe de saúde;
2. Definir estratégias contextualizadas com base no reconhecimento da diversidade da população masculina, considerando idade, orientação sexual, diferenças regionais e de raça/etnia, entre outras;
3. Desenvolver campanhas sobre a importância dos homens cuidarem da saúde, tendo como público alvo tanto os homens como mulheres e profissionais de saúde;
4. Incluir os homens como sujeitos nos programas de saúde/direitos sexuais e reprodutivos, especialmente no que se refere às ações de contracepção, pré-natal e puericultura;
5. Promover articulação entre os diferentes níveis de atenção em saúde, especialmente entre a emergência e a atenção básica, para que os homens possam receber, além de atendimento humanizado em pronto-socorros, a garantia de continuidade da assistência (a partir da concepção de redes de cuidados);
6. Desenvolver estratégias de educação em saúde que contemplem o tema “gênero e saúde masculina” junto a: 1) estudantes universitários em cursos de saúde; 2) profissionais de saúde (a partir de educação continuada) e estudantes de ensino fundamental e médio.



GRUPO 2. De agressões a violências.

1.1. Reflexões gerais

O grupo propõe uma ampliação de foco passando a abordar não as agressões, mas a violência, compreendida como fenômeno difuso, complexo, multi-causal, com raízes em fatores sociais, culturais, políticos, econômicos e psico-biológicos, que envolve práticas em diferentes níveis:

Violência interpessoal: que compreende tanto a violência (psicológica e/ou sexual e/ou física) entre membros da mesma família, em geral dentro do lar, envolvendo crianças, mulheres, homens e idosos, definida aqui como violência familiar íntima; como a violência comunitária, violência interpessoal que ocorre no espaço público (assédio e abuso sexual e outras violências no contexto comunitário, entre elas a homofobia).

Violência coletiva - realizada por pessoas que se identificam com um grupo contra outro grupo (violência institucional, violência entre torcidas, violência de base étnico-racial, violência de gênero, restrição de direitos a casais homossexuais etc.).

Neste sentido, a prevenção da violência, no contexto da promoção e atenção à saúde, deve se basear na intra e intersectorialidade e interdisciplinaridade, bem como na formação de alianças que propiciam o desenvolvimento integral das ações.

Dada essa complexidade do fenômeno, a abordagem deve considerar a perspectiva da vulnerabilidade que atua nos níveis individual, social e programático.

PLANO INDIVIDUAL	Consumo impróprio ou abuso de álcool; consumo impróprio ou abuso de drogas lícitas; consumo ou abuso de drogas ilícitas; ter presenciado ou sofrido violência na infância e/ou adolescência; estar em sofrimento por transtorno mental; limitações impostas por ser portador de necessidades especiais, entre outros.
PLANO SOCIAL	Homofobia; venda ilegal de drogas lícitas; contexto do narcotráfico; sexismo; discriminação ao portador de transtorno mental; discriminação ao portador de deficiência; situações desfavoráveis no trabalho (desemprego, subemprego, assédios); racismo; valorização da masculinidade hegemônica; legislação ao acesso às armas, entre outros.
PLANO PROGRAMÁTICO	Violências institucionais (sistema policial, prisional, abrigos, hospitais de custódia, asilos de idosos etc.); ausência de normas técnicas e protocolos de atendimento para homens em situação de violência; ausência de programas formadores de equipes capacitadas para o atendimento de homens em situação de violência; deficiência de uma política de valorização dos direitos humanos; insuficiência e dificuldade de acesso ao uso dos serviços e equipamentos de saúde; ausência de políticas para populações específicas (ex: homens transexuais, intersexo), entre outros.

Aqui é importante ressaltar que, no Brasil, a população masculina de 25 a 59 anos é tanto aquela que mais adoece e morre por causas violentas, como também aquela que mais comete crimes contra a vida (de outros homens e mulheres) e contra o patrimônio. Mais de 90% da população carcerária no Brasil é formada por homens. Neste sentido, ao pensar a violência no contexto da atenção integral aos homens na saúde, é imprescindível produzir ações que visem também a promoção do cuidado de si, mas também dos outros.



1.2. Propostas

O grupo organizou suas sugestões e propostas nos seguintes eixos:

Vigilância

- Capacitação dos agentes comunitários de saúde e dos demais membros das equipes de saúde em geral, e das equipes do PSF para identificação de vulnerabilidade de homens em situação de violência;
- Melhoria do sistema de informação já existente, para o nível secundário e terciário da assistência;
- Estímulo financeiro a pesquisas estratégicas;
- Aprimoramento do sistema de comunicação de referência e contra-referência da rede de serviços;
- Mapeamento de experiências na atenção, prevenção e promoção da saúde do homem, especialmente em situações de violência;
- Implementação da ficha de notificação interpessoal.

Intervenção/assistência

- Potencialização das ações de atenção básica de modo que acolha demandas específicas da população masculina, incluindo homens transexuais e inter-sexo, especialmente no tocante à violência.
- Desenvolvimento de estratégias para a redução de desigualdades (racismo, homofobia, sexismo) no sistema de saúde, ou seja, investir em medidas para a promoção da equidade.
- Desenvolvimento de estratégias para o reforço das garantias constitucionais no direito à saúde, dos apenados durante e posteriormente ao cumprimento das penas.
- Identificação e ampliação de serviços de saúde bem sucedidos de atendimento aos homens em situação de violência.

Qualificação profissional

- Ações inter-setoriais junto à educação para capacitação de profissionais na identificação de vulnerabilidades para situações de violência. (crianças e adolescentes).
- Ampliação dos conteúdos humanísticos na formação dos profissionais de saúde.
- Dimensões de gênero, orientação sexual, masculinidades e violência na formação dos profissionais de saúde.
- Capacitação dos profissionais de saúde, acerca da legislação vigente sobre homens e violência contra a mulher (Lei Maria da Penha), o idoso (Estatuto do Idoso) e criança e adolescente (ECA).

Promoção da saúde

- Campanhas objetivando maior visibilidade e ampliação do debate sobre violência e relações de gênero, especialmente campanhas pelo engajamento dos homens pelo fim da violência contra a mulher;
- Campanha de valorização do exercício do cuidado pelos homens.

Legislação

- Efetivação das medidas de controle da venda de medicamentos.
- Apoio a projetos de lei que favoreçam a eliminação de diferentes formas de violência, como por exemplo, apoio ao PL 122/06 que criminaliza a homofobia.
- Apoio a projetos de lei que visam garantir a maior participação masculina no exercício do cuidado dos outros, especialmente crianças.



GRUPO 3. Suicídios

1.1. Reflexões gerais

O grupo destacou a importância do Ministério da Saúde dar visibilidade ao tema do suicídio, junto a profissionais de saúde e a sociedade em geral, reafirmando a necessidade de articulação entre as propostas da Área Técnica e as atuais diretrizes nacionais e internacionais para atuação no contexto do suicídio. Este interesse está em consonância com o processo histórico que constituiu o suicídio como um problema de saúde pública, remetendo a necessidade de políticas públicas complexas e integrais.

Ressalta-se que no Brasil, os números relativos a suicídio registram-se hoje três homens para cada mulher. Paradoxalmente, há três mulheres para cada homem em número de tentativas de homicídio, em nosso país.

Estudos ressaltam ainda que, entre as populações mais vulneráveis à prática do suicídio, destacam-se: aquelas que apresentam transtornos psíquicos (principalmente depressão), aquelas que já tentaram anteriormente e aquelas pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas. Estudos na área da ciências sociais enfatizam também que precárias condições estruturais (miséria, baixa escolaridade etc.) são também fatores vulnerabilizantes.

Além disso, destaca-se que o suicídio é um fenômeno de ordem comunitária que gera impacto na família, trabalho, escola e outras instituições. A cada suicídio, pelo menos 5 pessoas são afetadas, o que remete também a necessidade de ações de apoio a familiares e outras pessoas próximas.

É necessário abrir mais reflexões sobre a visibilidade do tema, pois há pesquisadores que enfatizam que falar sobre suicídio diminui extremamente o número de suicídios. Porém, este é ainda um campo complexo de debates, com fortes resistências.

Em linhas gerais, as possibilidades de intervenção são de duas ordens: 1) nos caso de tentativas de suicídio e 2) na promoção e prevenção em diferentes níveis de atenção.

No contexto das parcerias, foram indicadas instituições como Rotary, Lions Club, Maçonaria, celebridades, religiosos e figuras públicas de referência como colaboradores e apoiadores da política.

Do ponto de vista cultural, o tema do suicídio extremamente complexo, na medida em que se sabe que há populações indígenas com cultos que valorizam o suicídio. Esse é um problema de difícil equação. Ao mesmo tempo com o advento da internet, hoje o Ministério da Saúde enfrenta grande dificuldade de bloquear o estímulo e a orientação ao suicídio em sites da internet (Google e Yahoo, por exemplo, não abrem o sigilo dos sites).



1.2. Propostas

O grupo organizou suas propostas em: 1) ações e estratégias para os profissionais de saúde; 2) Assistência primária, secundária e terciária à população e 3) ações mais amplas.

1.2.1. Ações e estratégias para profissionais

- Criar estratégias de capacitação de profissionais de saúde para o registro e o atendimento à população masculina tanto no sentido de prevenção (Ex. Identificar/dimensionar o risco de suicídio, da mesma forma que se identifica quaisquer outras síndromes clínicas) como também de apoio a familiares;
- Proporcionar a atualização de profissionais que atuam na Saúde Mental, para que possam aprimorar e multiplicar conhecimentos adquiridos;
- Abordar e desenvolver o tema do suicídio junto a profissionais multiplicadores do conhecimento (professores, policiais, religiosos etc.);
- Desenvolver um plano de visibilidade do debate na mídia, produzindo mensagens diretamente para profissionais relacionados com o tema, em consonância com o preconiza a OMS.
- Processo de formação sobre o tema “suicídio” desde a graduação dos profissionais de saúde.
- Acolhimento e orientação psicossocial às equipes de atendimento.
- A idéia não é montar uma rede específica para o atendimento ao suicídio, mas que os serviços tenham condições de atender essa demanda.

1.2.2. Assistência primária à população

- Promoção da saúde: por meio de campanhas que favoreçam alimentação adequada, estímulo à prática de esportes, entre outras coisas e da construção de espaços de convivência;
- Desde o acolhimento, o profissional deve estar atento para identificar e avaliar os fatores de risco, dando o devido encaminhamento, bem como atenção e acolhimento, como suporte emocional, no atendimento dos pacientes que estão diretamente relacionados com o suicídio.
- Esclarecimento e orientação às populações de alto risco (familiares com antecedentes suicidas e patologias relacionadas como depressão, esquizofrenia etc.).
- Esclarecer sobre os mitos e as crenças relacionados aos suicídios e aos que tentam o suicídio destacando seu sofrimento.
- Busca ativa a pacientes de alto risco.
- Dificultar o acesso a meios que propiciem e facilitem o suicídio, tais como: armas de fogo, vendas de produtos potencialmente perigosos, medicações etc.

1.2.2. Assistência secundária à população

- Leitos em hospital geral, de atenção integral aos pacientes de risco iminente e às tentativas.
- Ampliação de leitos em CAPS III.
- Elaboração de protocolos e fluxograma de atendimento dos pacientes que tentaram o suicídio.
- Equipe de saúde que inclua profissionais capacitados para a detecção de risco de suicídio no atendimento ambulatorial.
- Ofertas de tratamento psicoterápico para populações de risco de suicídio.



1.2.3. Assistência terciária à população

- Suporte clínico, psiquiátrico e psicológico durante todas as fases do processo de tratamento;
- Disponibilidade de procedimentos adequados na rede de atenção à saúde em consonância com os protocolos nacionais e internacionais;
- Acolhimento e orientação psicossocial aos familiares e demais pessoas envolvidas com o paciente.

1.2.3. Ações mais amplas

- Desenvolvimento de estudos epidemiológicos mais abrangentes e precisos no país.
- Desenvolvimento de estratégias adequadas de comunicação, tendo em vista que, o Ministério da Saúde desenvolveu recentemente material e tiveram que lidar com os preconceitos.



GRUPO 4. Acidentes de transporte.

1.1. Reflexões gerais

O grupo destacou que os acidentes de trânsito estão relacionados a múltiplos fatores: individuais, sociais, econômicos e culturais e que as ações de prevenção aos acidentes de trânsito envolvem ações centradas nos homens, tanto na condição de vítimas como de causadores desses eventos. Disso, decorrem intervenções em diversas dimensões da vida social, que demandam atividades intersetoriais, com a participação de diversos setores do governo, instituições públicas e privadas.

Os hábitos de dirigir, por exemplo, sob o efeito de bebidas alcoólicas em excesso, em alta velocidade, desrespeitando a legislação, são fruto de uma estrutura social e cultural machista que só serão superados através de uma profunda mobilização pública.

Em outras palavras, a redução dos acidentes de trânsito requer uma ampla participação de toda a sociedade, considerando que a prevenção desses acidentes só será possível mediante uma profunda mudança no comportamento individual e nos valores culturalmente produzidos.

1.2. Propostas

A partir do exposto acima, o grupo elaborou propostas de ações integradas que visam a promoção de saúde, a prevenção à violência e o tratamento das vítimas de violência em seus diversos graus:

1.2.1. Campanhas publicitárias

- material de comunicação com estímulo ao dirigir com segurança - respeitando a legislação e com críticas aos modelos que associam os automóveis e a velocidade ao sucesso e a realização pessoal, ao desempenho sexual, masculinidade, “macheza”;
- estímulo ao reconhecimento social daqueles que respeitam as leis;
- controle da publicidade de bebidas alcoólicas;
- regulamentação da utilização de horários nos meios de comunicação para campanhas de utilidade pública, que promovam a mudança de comportamento de motoristas, pedestres e usuários de serviços de transporte coletivo.
- apoio à legislação que limite o patrocínio de eventos esportivos e culturais e outros que atingem em especial o público infantil e a juventude.

1.2.2. Fortalecer instâncias, redes e outros espaços de intercâmbio

- Estimular a participação dos profissionais de saúde e a sociedade civil em: Comitê Nacional pela Mobilização da saúde, paz e segurança no trânsito; Conselhos de Saúde; Câmaras temáticas de saúde e meio ambiente do Conselho Nacional de Trânsito (CONTRAN);
- Propor a realização de um fórum sobre “O papel dos profissionais de saúde na prevenção aos acidentes de trânsito”

1.2.3. Promover ações interministeriais articuladas pelo Ministério da Saúde

- Ações de responsabilidade do Ministério da Saúde, tais como: Promoção de saúde (vide política nacional de promoção da saúde); prevenção e tratamento de saúde física e mental das vítimas da violência, de seus familiares e aos agressores; treinamento adequado aos cuidadores; prevenção e tratamento de



transtornos psiquiátricos dos cuidadores de vítimas de violência; prevenção e tratamento de transtornos psiquiátricos dos cuidadores de vítimas de violência.

- Papel da atenção básica: prevenção; identificação e tratamento dos casos de dependência química; atendimento psiquiátrico em hospitais gerais, serviços de emergência e unidades de saúde; Implementação do “Projeto de Redução da morbimortalidade por Acidentes de Trânsito” - Mobilizando a sociedade e promovendo a saúde.
- Ações de responsabilidade do Ministério do Trabalho: fiscalização do cumprimento das jornadas de trabalho de motoristas, celetistas e autônomos; programas de capacitação dos motoristas.
- Ações de responsabilidade do Ministério da Justiça: fiscalização e cumprimento da legislação de trânsito; controle de propaganda de bebidas alcoólicas; Fiscalização de motoristas alcoolizados; Controle do uso obrigatório do cinto de segurança e do uso de celular por motoristas; Tabaco x direção; Fiscalização da venda de bebidas alcoólicas a menores de idade; combate à impunidade e busca de maior agilidade no trâmite dos processos jurídicos relacionados aos acidentes; aumento das delegacias e varas especializadas de trânsito.
- Ações de responsabilidade do Ministério das Cidades: DENATRAN e DETRANS - hierarquização e/ou unificação na coordenação de suas atividades; CONTRAN - papel educativo; Secretaria Nacional de Mobilidade Urbana (ciclovias, passarelas).
- Ações de responsabilidade do Ministério da Educação: auto-escolas - revisão curricular e do projeto pedagógico, com ênfase no estudo da relação direção e consumo de álcool e outras drogas; Programa saúde na escola: tema de violência, uso abusivo de álcool e outras drogas, cidadania, DST e AIDS; promoção de ações educativas para a paz, saúde e bem estar na família e dos cidadãos de modo geral.
- Ações de responsabilidade do Ministério dos Transportes: DNIT: vias de tráfego, sinalização, conservação de auto-estradas, melhoria do transporte coletivo
- Ações de responsabilidade da Secretaria Especial de Direitos Humanos: garantia a toda população do acesso ao transporte e circulação urbana seguro e de boa qualidade;
- Ações de responsabilidade do Ministério da Previdência Social: exames perícias e reabilitação profissional
- Ações de responsabilidade do Ministério do Planejamento: IPEA - dados e subsídios para discussão e implementação de políticas públicas de prevenção da violência e de tratamento da saúde física e mental (TEPT) das vítimas, famílias, amigos e agressores;
- Ações de responsabilidade do Ministério da Fazenda: aumentar a sobretaxa no preço de bebidas alcoólicas e combate ao contrabando;
- Ações de responsabilidade do Poder Legislativo e Executivo: incentivo a criação de leis municipais e estaduais que visem a redução do acesso às bebidas alcoólicas por jovens.
- Parceria com a SENAD: discussão e ações conjuntas
- Parceria com Universidades e Órgãos de Pesquisa: Incentivo ao estudo e avaliação das medidas e ações desenvolvidas; Discussão de novos modelos de intervenção; reflexões sobre políticas redução de danos.