

Sentidos atribuídos à política voltada para a Saúde do Homem

Meanings attributed to policy directed to Men's Health

Romeu Gomes ¹

Andréa Fachel Leal ²

Daniela Knauth ²

Geórgia Sibebe Nogueira da Silva ³

Abstract *This study analyzed the meanings given to the Brazilian National Men's Health Policy (PNAISH) by those involved in its implementation to find out how a policy formulated at national level is reflected in local contexts. In five cities, from each macro region of the country, a set of 6 narratives and 21 semi-structured interviews were held with health managers and professionals; the information on the Policy was developed according to the Meaning Interpretation Method. The Policy is generally perceived as positive. Among the meanings given, it is emphasized that the policy is seen, by some, as a comprehensive care that guides actions to address men as a whole in Primary Care; then again, others perceived it as a reduction to urological problems. The policy was also perceived as something vague, which does not detail how to proceed to take men to the services and to better assist them, or something episodic, being the policy reduced to the accomplishment of specific events rather than ongoing actions in everyday services. The different meanings guide practices and actions, which may signal the effective and continued engagement of the professional with the policy, being a key element for its monitoring and evaluation.*

Key words *Men's health, Health policy, Public Health Policies, Gender and health, Qualitative research, Brazil*

Resumo *Analisou-se os sentidos atribuídos à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) pelos envolvidos na sua implementação, buscando identificar como uma política formulada em nível nacional é significada nos contextos locais. Em cinco municípios, de cada macrorregião do país, realizaram-se 6 narrativas e 21 entrevistas semiestruturadas, com gestores e profissionais de saúde; as informações sobre a Política foram trabalhadas a partir do Método de Interpretação de Sentidos. A Política é percebida em geral com positividade. Dentre os sentidos atribuídos, destacamos que a Política é vista, por alguns, como uma atenção integral que norteia ações para abordar os homens como um todo na Atenção Primária; ao contrário, por outros, foi percebida como uma redução a problemas urológicos. Também foi vista como algo vago, não detalhando como proceder para trazer os homens aos serviços e melhor atendê-los, ou algo episódico, sendo a política reduzida à realização de eventos pontuais e não a ações continuadas, incorporadas no cotidiano dos serviços. Os diferentes sentidos orientam práticas e ações, podendo sinalizar o engajamento efetivo e continuado do profissional com a Política, sendo um elemento fundamental para seu monitoramento e avaliação.*

Palavras-chave *Saúde do Homem, Política de saúde, Políticas públicas de saúde, Gênero e saúde, Pesquisa qualitativa, Brasil*

¹ Departamento de Ensino, Instituto Fernandes Figueira, Escola de Saúde Pública, Fundação. Av. Rui Barbosa 716/4º andar, Flamengo. 20550-011 Rio de Janeiro RJ. romeu@iff.fiocruz.br

² Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul

³ Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Introdução

A expressão *política pública* é polissêmica. No interior dessa polissemia, sentidos e significados se articulam a partir de processos sociais da experimentação e das interações situadas na cultura e no processo interacional histórico¹. Os sentidos podem ser entendidos como uma apropriação de significados culturalmente estabelecidos por meio da subjetividade e da intersubjetividade². Assim, pode-se considerar que – no âmbito da linguagem – os significados se relacionam mais à denotação, enquanto os sentidos se aproximam à conotação.

No amplo espectro polissêmico, a política pública comumente é compreendida como ações governamentais idealizadas, formuladas e desenhadas em atenção aos propósitos de agenda dos governos, permeados e intercambiados com os anseios e as demandas de grupos da sociedade, resultando em programas, ações, estratégias, planos, que terão efeitos e buscarão transformações e resultados positivos e benéficos para pessoas numa dada realidade³.

É fato que, ao se atentar para os modos de se fazer, pode-se caminhar desde as formas majoritárias de ofertas normativas, cuja rigidez opera na direção da modelização⁴, às políticas de experimentação e constituição de processos de subjetivação, que em sua produção expressam a compreensão de que as transformações sociais desejadas são da ordem da consequência, da coerência e consistência dos processos que engendram⁵.

A perspectiva antropológica sobre as políticas públicas tem crescido nos últimos anos, tanto no sentido de fornecer informações para a elaboração e avaliação de programas e projetos, quanto no sentido de produzir uma análise crítica sobre as concepções e os impactos destas políticas sobre a sociedade⁶. Uma das importantes contribuições desta perspectiva é a de demonstrar que a definição e a implantação de uma política pública envolve um conjunto de interesses e de relações de poder, que muitas vezes estão em conflito. Destaca, ainda, que a implementação desta política se dá a partir de sujeitos sociais e em um contexto social específico que devem ser considerados tanto no planejamento quanto na implantação e na avaliação das políticas. É neste sentido que as realidades e as identidades locais imprimem configurações particulares a políticas concebidas como universais⁷. É também nessa direção que várias análises recentes sobre políticas públicas, em particular sobre políticas de saúde, têm destacado que essas, muitas vezes, aca-

bam por aprofundar ou mesmo gerar desigualdades sociais, seja pela “população alvo” privilegiada, seja pelos “operadores” desta política⁷⁻⁹.

Uma política pública é o resultado da confluência de fatores de diversas ordens (econômicos, sociais, culturais, políticos, entre outros) e mobiliza diferentes campos sociais que, por sua vez, apreendem essa política de acordo com diferentes lógicas. Como sugere Remi Lenoir¹⁰, ao analisar a política francesa centrada na família (*familialisme*), o objeto de uma política é sempre reinterpretado de acordo com os interesses, regras e valores de cada campo social implicado. E, como salienta o referido autor, o sucesso de uma política está relacionado à legitimidade social da categoria central acionada, no caso analisado por ele a categoria de família¹¹. Nessa perspectiva, pode-se entender a formulação e a implantação de uma política como busca da imposição de uma *doxa*, que implica em uma normatização e, por vezes, na definição de novas especialidades profissionais. Este movimento pode gerar rearranjos, reestruturações ou mesmo resistências por parte dos campos sociais implicados.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) – instituída pela Portaria nº 1.944/GM, do Ministério da Saúde, de 27 de agosto de 2009 – tem como 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*¹². Nasce sob a justificativa de que o modelo básico de atenção a quatro grupos populacionais – crianças, adolescentes, mulheres e idosos – não é suficiente para tornar o país mais saudável, principalmente por deixar de fora das ações programáticas cerca de 25% da população brasileira (os homens de 20 a 59 anos), com pouca visibilidade nas estratégias públicas de atenção à saúde¹².

A instituição da PNAISH foi precedida por várias discussões, envolvendo diversos atores sociais, instituições e entidades civis. O produto dessas discussões foi submetido à Consulta Pública no sentido de possibilitar maior participação da sociedade em geral, mas – diferentemente da Política Nacional de Atenção à Saúde Integral da Mulher – não refletiu uma motivação do campo do movimento social, uma vez que esta população não é reconhecida como excluída ou prescindida socialmente.

Contudo, apesar deste processo de construção democrática, os significados de uma política

de saúde provocam interpretações diversas desde o seu nascedouro, e as atribuições de sentido dirigidas a elas nem sempre vão coincidir com seus reais propósitos. Essas interpretações, por sua vez, se ancoram num conjunto de *habitus* – entendido como um conhecimento adquirido, um haver, um capital que indicam uma disposição incorporada^{13,14} – que serve de referência para a representação dos agentes envolvidos na implantação da PNAISH. Assim, ouvir as várias vozes e discursos que se movimentam em torno do “fazer ver e fazer crer”¹³ é vital para os rumos da construção dessa Política.

A partir dessa perspectiva, o presente artigo objetiva analisar os sentidos atribuídos à Política Nacional de Assistência Integral à Saúde do Homem por parte dos sujeitos sociais diretamente envolvidos na implementação dessa Política. Busca-se identificar como uma política formulada em nível nacional é significada nos contextos locais e como os diferentes campos (políticos, profissionais), suas regras e valores, reinterpretem esta política.

O resultado deste estudo pode tanto trazer um panorama do quão os sentidos atribuídos se aproximam ou se distanciam dos significados oficialmente estabelecidos sobre a PNAISH, quanto subsidiar o monitoramento das ações de implantação dessa Política ancorado na negociação entre sentidos e significados.

Desenho metodológico

O presente estudo é parte integrante de uma pesquisa maior, cujo objetivo foi avaliar as ações iniciais da implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), executada pelo Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF) da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ)¹⁵, com recursos do Departamento de Ciência e Tecnologia (DECIT) da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SC-TIE) do Ministério da Saúde (MS).

A pesquisa maior, aprovada pelo Comitê de Ética do mencionado Instituto, teve como referência metodológica a triangulação de métodos^{16,17}, articulando as abordagens epidemiológica e socioantropológica e utilizando as técnicas de questionário, narrativa, entrevista semiestruturada e observação baseada em princípios etnográficos, além de análise documental.

Os questionários foram voltados para os gestores das 27 unidades federadas e dos 26 municí-

pios que iniciaram a implantação da Política. As demais técnicas foram realizadas nos seguintes municípios selecionados e representativos de cada macrorregião: Goiânia (GO), Petrolina (PE), Rio Branco (AC), Rio de Janeiro (RJ) e Joinville (SC).

Neste estudo, estão sendo levadas em conta as técnicas de narrativa e de entrevistas semiestruturadas, respectivamente com gestores e profissionais de saúde envolvidos diretamente na implantação da PNAISH. A narrativa está sendo entendida como uma forma na qual a experiência é representada e recontada, sendo os eventos apresentados em uma ordem significativa e coerente, possibilitando ao narrador perceber uma articulação entre presente, passado e futuro¹⁸. A técnica de produção das narrativas baseou-se em Jovchelovitch e Bauer¹⁹. Com base nesses autores, para o início dos relatos, foi sugerido o seguinte tópico inicial:

Nós gostaríamos de resgatar o histórico das atividades iniciais da implantação da PNAISH no seu município. Por isso, pedimos a sua colaboração para nos contar com detalhes como que essa Política chegou aqui, quais foram as principais estratégias utilizadas para sua implantação, e outros aspectos que você julgue importante destacar.

Quanto à entrevista semiestruturada – aqui entendida como uma conversa orientada por um roteiro de pesquisa – foram contemplados os seguintes aspectos: dados sociodemográficos; trajetória profissional; capacitação profissional voltada para a saúde do homem; demandas no serviço; implantação da PNAISH no município e relação com a comunidade.

Inicialmente foi prevista a realização de uma narrativa e três entrevistas por município. Entretanto, com base nos princípios de amostra qualitativa²⁰, foi incluído um maior número de depoimentos para se chegar à saturação dos dados. Assim, foram realizadas seis narrativas e 21 entrevistas semiestruturadas.

Tanto nas narrativas quanto nas entrevistas, para o objetivo deste estudo foram recortadas apenas as informações sobre a forma como a Política é percebida por gestores e profissionais de saúde.

Essas informações recortadas das narrativas e das entrevistas foram trabalhadas a partir do Método de Interpretação de Sentidos²¹. Esse método baseia-se em princípios hermenêutico-dialéticos que buscam interpretar o contexto, as razões e as lógicas de falas, ações e interações entre grupos e instituições. Na trajetória analítico-interpretativa dos textos foram percorridos os seguintes passos: (a) leitura compreensiva, com

vistas à impregnação, à visão de conjunto e à apreensão das particularidades do material da pesquisa; (b) identificação e recorte temático que emergem dos depoimentos; (c) identificação e problematização das ideias explícitas e implícitas nos depoimentos; (d) busca de sentidos mais amplos (socioculturais), subjacentes às falas dos sujeitos da pesquisa; (e) diálogo entre as ideias problematizadas, informações provenientes de outros estudos acerca do assunto e o referencial teórico do estudo; e (f) elaboração de síntese interpretativa, procurando articular objetivo do estudo, base teórica adotada e dados empíricos.

Caracterização dos sujeitos

Em relação aos seis sujeitos das narrativas, optou-se por não descrever as suas características para que não fossem identificados.

Quanto aos 21 sujeitos entrevistados, observa-se que – em termos sociodemográficos – há predomínio de profissionais casados e situados na faixa etária de 40 a 49 anos (Tabela 1).

Tabela 1. Características sociodemográficas dos entrevistados (N = 21).

Características sociodemográficas	Total
Região/município	
Centro-Oeste/Goânia	3
Sul/Joinville	6
Nordeste/Petrolina	4
Norte/Rio Branco	4
Sudeste/Rio de Janeiro	4
Sexo	
Masculino	10
Feminino	11
Idade (anos)	
23-30	3
30-39	4
40-49	8
50-59	3
Sem informação	3
Situação conjugal	
Casado	12
Solteiro	4
Divorciado	1
Viúvo	1
Sem informação	3
Prática religiosa	
Católica	5
Evangélica	4
Espírita	4
Nenhuma	3
Bahá'í	1
Sem informação	4

Os entrevistados têm, em sua maior parte, formação em cursos da saúde: dez são enfermeiros/as, seis são médicos/as, uma é psicóloga e três são assistentes sociais (em uma entrevista, não foi possível identificar a formação). Dos 21 entrevistados, 12 têm curso de pós-graduação *lato sensu*, com curso de especialização, sendo que destes 12, um já concluiu também curso de pós-graduação *stricto sensu*, com mestrado, e um está cursando. Dos entrevistados com especialização, salienta-se que quatro deles têm especialização em Saúde Pública e dois em Saúde da Família. Dos seis médicos entrevistados, cinco mencionaram curso de especialização, alguns acumulando mais de uma especialidade.

Apresentação e discussão dos resultados

Para os sujeitos da pesquisa, a PNAISH assume diferentes sentidos. Inicialmente, faz-se necessário observar que, em muitos casos, evidencia-se a pouca ou nenhuma familiaridade dos entrevistados com a Política. Alguns sujeitos discorrem sobre diversos assuntos, mas não falam de qualquer aspecto ou dimensão da Política. Outros explicitam que nunca leram qualquer documento referente ao assunto.

Entre aqueles que possuíam alguma informação acerca da Política, em geral ela é percebida com certa positividade. Isso necessariamente não anula a ampla polissemia que atravessa a discussão, nem algumas críticas a ela dirigidas.

Um dos sentidos atribuídos à Política é o que a vê como uma atenção integral que norteia ações para abordar os homens como um todo, envolvendo o âmbito da atenção primária. Nessa concepção, as ações envolveriam outras dimensões além da clínica médica para que não só voltasse para doenças, mas avançasse na promoção da saúde em geral. A integralidade, um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), pode ser concebida a partir de quatro eixos: *eixo das necessidades* (relacionado à atenção ampliada às demandas de atenção à saúde, sem se restringir à doença e sem dela se descuidar); *eixo das finalidades* (referente à integração entre promoção de saúde, prevenção de agravos, tratamento de doenças e recuperação da saúde/reinserção social); *eixo das articulações* (relacionado à adoção da interdisciplinaridade, da multiprofissionalidade e da intersetorialidade na atenção à saúde) e *eixos das interações* (referente às interações intersubjetivas entre os partícipes da atenção à saúde)²². O sentido aqui atribuído pelos sujeitos à PNAISH refere-se – direta ou indiretamente – a esses ei-

xos. Ainda que esse sentido possa se esboçar mais no campo do que é idealmente concebido do que no âmbito das ações do cotidiano, observa-se que um ganho positivo da implantação que é a identificação do significado da saúde ampliada que a Política deseja imprimir.

Outro sentido recorrente nos depoimentos é o que percebe a PNAISH como algo episódico. Nesse sentido, são citados vários eventos, tais como: “Dia da Saúde do Homem”, “Semana do Homem”, “Dia dos Pais”, painéis com especialistas, divulgações nos meios de comunicação local, distribuição de folders, dentre outros. Essas ações episódicas são direcionadas tanto à população masculina, visando estimular os homens a buscarem informações e atendimento nos serviços de saúde, como aos profissionais de saúde visando sensibilizá-los para a temática.

Alguns desses eventos expressam o caráter episódico de algo que não faz parte de um cotidiano e sim que foi criado especificamente para se implantar a Política. Em muitos casos, não se explicita o desdobramento desses momentos demarcadores. Pode ter sido tanto um ponto de partida para um processo de trabalho com segmentos masculinos, quanto mais um evento no conjunto das ações de saúde dos municípios. Alguns profissionais consideram os eventos em si como insuficientes para implantação da Política.

Em um dos municípios estudados, a gestão promoveu a Semana do Homem, que envolvia um concurso entre as equipes. Contudo, estas foram informadas da Semana com poucos dias de antecedência, não receberam qualquer capacitação específica sobre a PNAISH e tinham de elaborar ações para aquela semana, sem que houvesse uma coordenação central ou que fossem enviados maiores recursos para a realização das ações. Algumas equipes ampliaram o horário de atendimento durante alguns dias, outras elaboraram esquetes de teatro na comunidade, enquanto outras ainda aplicaram uma enquete junto a homens que estavam nas proximidades da unidade de saúde.

Vale observar que a promoção de alguns eventos – como a Semana do Homem ou uma campanha ampla de divulgação da Política – ocorreram pouco antes da ida dos pesquisadores a campo.

O sentido episódico da PNAISH pode ser visto como um reflexo do senso comum acerca da implantação de políticas que se reduz a eventos e não ao planejamento e desenvolvimento de processos. Em alguns depoimentos, observa-se uma crítica a essa prática. Mas não se pode dizer que o

fato de se mencionar eventos seja um reducionismo. Os eventos evocados em narrativas podem servir de marcos necessários para a organização temporal e a reconstituição de enredos das experiências vivenciadas pelos sujeitos e pelos grupos sociais^{18,23}. Assim, as referências temporais tanto podem servir de marcos para a produção das narrativas, como podem simbolicamente servir de síntese identitária do que se concebe em relação à Política.

Outro sentido que circula em alguns depoimentos é o de uma política reduzida a problemas urológicos, mais especificamente ao câncer prostático, em detrimento de outros problemas que prejudicam a saúde e a qualidade de vida dos homens. Como observa um médico, a Política não tem um *calcanhar de Aquiles* e sim *uma próstata de Aquiles*. Alguns entrevistados expressam uma visão crítica em relação a isso, observando que tal redução vai à contramão daquilo que é preconizado na Atenção Básica – um trabalho em prevenção, promoção e um atendimento integral. Outros observam que uma atenção por parte do urologista não é viável em alguns lugares por causa da escassez desse profissional.

A redução a aspectos urológicos se explica em parte pelo fato do surgimento da PNAISH se associar tanto a campanhas específicas produzidas pela Sociedade Brasileira de Urologia antes do lançamento da Política, quanto a ações gerais dessa sociedade no sentido de tornar a especialidade médica em questão protagonista das ações voltadas para a resolução de problemas de saúde pública relacionados à população masculina²⁴. É possível considerar, ainda, que tal centralidade possa ocorrer também pelo destaque que o Plano Nacional da Implantação da Política deu a esse agravo na definição de suas metas iniciais.

Essa redução identificada pelos profissionais da saúde pode ainda, através de uma associação simbólica, invisibilizar outros agravos à saúde masculina que não aqueles diretamente relacionados ao aparelho genital masculino. Problemas no sistema circulatório, por exemplo, podem não ser percebidos como parte do que se denomina saúde do homem.

Eleger o câncer de próstata e a disfunção erétil como os problemas centrais da saúde do homem não só corre o risco de se deslocar o foco de outros grandes problemas que comprometem essa saúde, como é o caso da violência, como também se reduz a sexualidade masculina à doença, sem levar em conta ações de promoção da saúde. Além de contribuir para o avanço da medicalização do corpo masculino, em especial no

que tange à sua sexualidade, fato esse iniciado na luta contra a sífilis, encontra na impotência sexual um terreno fértil²⁴.

Por sua vez, a promoção da saúde como conceito norteador fundamental da Estratégia de Saúde da Família (ESF) pode tanto possibilitar a valorização das microculturas locais e caminhar em direção à autonomia dos sujeitos, quanto ser empregada como estratégia para conduzir indivíduos a assumirem individualmente a responsabilidade por sua saúde, depende da forma como ela é entendida e praticada²⁵.

Nessa direção, Gaudenzi e Ortega²⁶ afirmam que o incentivo do Ministério da Saúde a políticas que se baseiam em uma visão ampliada de saúde, que valorizam a autonomia e as formas de corresponsabilidade solidária – como é o caso da Estratégia de Saúde da Família (ESF) – cria a possibilidade da realização de uma atenção à saúde desmedicalizante, que permite uma maior expressão de pequenos movimentos em prol do resgate da autonomia.

Cabe ressaltar que a PNAISH nasce em seus propósitos discursivos alinhada com a Política Nacional de Atenção Básica, intentando construir mecanismos de fortalecimento e qualificação da atenção primária, privilegiando a ESF e o diálogo intersetorial e com coletivos diversos da sociedade organizada, pretendendo promover intervenções sistêmicas que abranjam inclusive as determinações sociais sobre a saúde e a doença, para além da adoção de medidas médico biológicas.

A “próstata de Aquiles” no início da implantação da PNAISH representa um desafio importante para “fazer ver e fazer crer” tal construção.

Por último, destaca-se o sentido que se atribui à Política como algo vago que traz mais tarefas para os profissionais de saúde, não se percebendo como trazer os homens para os serviços, nem como desenvolver um olhar diferenciado para o atendimento masculino. Nesse sentido, a saúde do homem representa sempre uma atividade a mais que o profissional assume na unidade, além daquelas com as quais já se encontra envolvido. Assim, a chegada de uma nova política causa uma preocupação por parte dos profissionais em ter que cumprir uma nova tarefa, em meio às dificuldades do sistema municipal que nem sempre consegue atender às demandas existentes. Junto a essa preocupação, os depoimentos também revelam certa incompreensão do que a PNAISH se propõe.

Outra hipótese explicativa que pode ser creditada ao fato de a Política ser vaga se refere ao fato de os seus princípios não terem as adequa-

das ancoragens na formação de alguns profissionais de saúde. Aprendizagens baseadas única e exclusivamente em semiologias e semiotécnicas que operam na ótica biomédica nem sempre são capazes de habilitar profissionais para lidar com a saúde ampliada, nem com seres generificados.

Alguns sentidos atribuídos à Política podem ser interpretados como uma resistência por parte de alguns profissionais. Talvez, resistam com receio de mais atividades diante da precarização de suas condições de trabalho. Mas a resistência pode ser frente ao novo, por causa de um conjunto de *habitus* incorporado, que faz pensar, ver e agir nas mais variadas situações¹⁴. Em outras palavras, talvez a resistência à atenção integral da saúde masculina também se explique pelo fato de se lidar mais com a doença do que com a saúde, se considerar mais a doença do que o sujeito da doença ou se relacionar cuidados apenas a mulheres e crianças. Sinalizaria assim, a presença de um modelo de atenção centrado na dimensão orgânica do cuidado, e a existência de um olhar estereotipado de gênero que pode acarretar a (re) produção de desigualdades entre homens e mulheres na assistência à saúde.

Outros sentidos também podem ser interpretados a partir da lógica do pensamento reflexivo, que é capaz de mobilizar um conjunto de saberes teóricos e metodológicos do campo das disposições para que se articulem o saber e a vontade de compreender²⁷. Assim, alguns profissionais – ainda que seja num plano ideal – estão buscando alternativas para se lidar com a saúde considerando as questões de gênero, nas quais os sujeitos da saúde e da doença sejam vistos a partir das especificidades femininas e masculinas.

A PNAISH coloca o homem como categoria central das ações. A qual, por sua vez, evoca, como já demonstrado acima, um conjunto de sentidos que remetem a experiências anteriores, mas também a pertencimentos de diferentes campos sociais, particularmente a diferentes posições nos campos da saúde e político^{11,14}. É neste sentido que, na perspectiva de alguns entrevistados, a Política privilegia algumas especialidades que tradicionalmente detém o poder/fazer²⁸⁻³⁰ sobre a saúde do homem, como a urologia, ou ainda se constitui em *algo episódico*, onde os ônus recaem sobre aqueles que se encontram numa posição desprivilegiada (os profissionais da saúde) e os bônus são usufruídos pelo grupo que se encontra na posição hierarquicamente superior no campo político (políticos e gestores). Já para outros entrevistados, a categoria homem é apenas um dos elementos que compõe a *atenção*

integral e, portanto, já deveria se encontrar sob a jurisdição e contemplada nas atividades previstas para a atenção primária à saúde. Ou seja, trata-se de uma categoria com peso igual a outras, tais como crianças, mulheres e idosos. Desta forma, os sentidos atribuídos à Política devem ser compreendidos no contexto profissional e político no qual se inserem os sujeitos sociais implicados.

Considerações finais

Os dados analisados indicam a multiplicidade de sentidos que uma política pública adquire quando são considerados os diferentes níveis e atores sociais envolvidos na implantação e execução desta política. São estes sentidos que irão orientar as práticas e ações as desenvolvidas, razão pela qual sua compreensão é um elemento fundamental no monitoramento e na avaliação da política.

A atribuição de sentido, analisada no presente artigo, pode sinalizar o engajamento do profissional com a Política. A PNAISH pode ser per-

cebida como episódica, eventual, tendo também um envolvimento temporário e ocasional do profissional; pode ser algo que pouco lhe diz respeito, sendo relegada a outras especialidades; ou ainda, pode ser vista como desnecessária na medida em que já estaria contemplada nos princípios e diretrizes da atenção primária à saúde; ou, compreendida como uma demanda a mais, e de difícil realização por encontrar barreiras nos mesmos impeditivos de outras políticas de saúde, que também prescindem da inseparabilidade entre as práticas de atenção e gestão do cuidado para garantir a integralidade das ações.

Esses contextos distintos devem ser considerados na implantação da Política visando o engajamento dos diferentes profissionais implicados de forma efetiva e continuada. Para isto é necessário que estes profissionais reconheçam a saúde do homem em suas práticas cotidianas, percebendo-se, desta forma, contemplados e implicados nas diretrizes da Política. Isso envolve, dentre outros aspectos, a resignificação de *habitus* para que se promova uma atenção à saúde integral de homens numa perspectiva relacional de gênero.

Colaboradores

R Gomes, AF Leal, D Knauth e GS Nogueira da Silva participaram da pesquisa, da análise e da redação final do manuscrito.

Agradecimentos

Os autores agradecem à Área Técnica da Saúde do Homem, do Ministério da Saúde, especialmente ao seu diretor, Eduardo Chakora, pelas inestimáveis contribuições, sem as quais a realização desta pesquisa não teria sido possível.

Referências

- Berger PL, Luckmann T. *Modernidade, pluralismo e crise de sentido: a orientação do homem moderno*. Petrópolis: Vozes; 2004.
- Berger PL, Luckmann T. *A construção social da realidade: tratado de sociologia do conhecimento*. Petrópolis, RJ: Vozes; 2001.
- Fernandes FMB, Ribeiro JM, Moreira MR. Reflexões sobre avaliação de políticas de saúde no Brasil. *Cad. Saude Publica* 2011; 27(9):1667-1677.
- Guizardi FL, Cavalcanti FOL. Por um mundo democrático produzido democraticamente (ou: o desafio da produção do comum): contribuições a partir da experiência do Sistema Único Brasileiro. *Revista Lugar Comum* 2009; 27:103-123.
- Jullien F. *Tratado da eficácia*. São Paulo: Editora 34; 1998.
- Singer M, Castro A. Anthropology and Health Policy: A Critical Perspective. In: Castro A, Singer M, editors. *Unhealthy Health Policy: A Critical Anthropological Examination*. Walnut Creek: AltaMira Press; 2004. p. xi-xx.
- Manderson L, Whiteford LM. Introduction: Health, Globalization, and the Fallacy of the Level Playing Field. In: Whiteford LM, Manderson L, editors. *Global Health Policy, Local Realities: The Fallacy of the Level Playing Field*. Boulder: Lynne Rienner; 2000. p. 1-19.
- Fassin D. Social Illegitimacy as a Foundation of Health Inequality: How the Political Treatment of Immigrants Illuminates a French Paradox. In: Castro A, Singer M, editors. *Unhealthy Health Policy: A Critical Anthropological Examination*. Walnut Creek: AltaMira Press; 2004. p. 203-214.
- Pfeiffer J. International NGOs in the Mozambique Health Sector: The "Velvet Glove" of Privatization. In: Castro A, Singer M, editors. *Unhealthy Health Policy: A Critical Anthropological Examination*. Walnut Creek: AltaMira Press; 2004. p. 43-62.
- Lenoir R. Transformations du familialisme et reconversions morales. *Actes de la recherche en sciences sociales* 1985; 59:3-47.
- Lenoir R. L'Etat et la construction de la famille. *Actes de la recherche en sciences sociales* 1992; 91:20-37.
- Brasil. Ministério Da Saúde (MS). Secretaria De Atenção À Saúde. Departamento De Ações Programáticas Estratégicas. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: Princípios e Diretrizes*. Documento apresentado à Comissão Intergestores Tripartite (CIT) com as contribuições do Grupo de Trabalho de Atenção à Saúde. Brasília: MS; 2009.
- Bourdieu P. *O Poder Simbólico*. Rio de Janeiro: Editora Bertrand Russel; 1998.
- Bourdieu P. *Esboço de uma teoria da prática*. Oiras: Celta Editora; 2002.
- Gomes R, Leal AF, Lima AMP, Knauth D, Moura ECD, Nogueira da Silva GS, Couto MT, Urdaneta M, Figueiredo WDS. *Avaliação das ações iniciais da implantação da política nacional de atenção integral à saúde do homem - Relatório Final*. Rio de Janeiro: IFF; 2012.
- Denzin NK. *The Research Act: A Theoretical Introduction to Sociological Methods*. Chicago: Aldine Publishing Company; 1973.
- Minayo MCS, Assis SG, Souza ER, editores. *Avaliação por Triangulação de Métodos: abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.
- Gomes R, Mendonça EA. A representação e a experiência da doença: princípios para a pesquisa qualitativa em saúde. In: Minayo MCS, Deslandes SF, editores. *Caminhos do Pensamento: epistemologia e método*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002.
- Jovchelovitch S, Bauer MW. Entrevista narrativa. In: Bauer MW, Gaskell G, editores. *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. Petrópolis: Editora Vozes; 2002. p. 90-113.
- Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8ª Edição. São Paulo: Hucitec; 2004.
- Gomes R, Souza ER, Minayo MCS, Malaquias JV, Silva CFR. Organização, processamento, análise e interpretação de dados: o desafio da triangulação. In: Minayo MCS, Assis SG, Souza ER, editores. *Avaliação por Triangulação de Métodos: abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p. 185-221.
- Ayres JRCM. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. *Saúde e Sociedade* 2009; 18(Supl. 2):11-23.
- Good BJ. *Medicine, Rationality and Experience: An Anthropological Perspective*. Cambridge: Cambridge University Press; 1994.
- Carrara S, Russo JA, Faro L. A política de atenção à saúde do homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino. *Physis* 2009; 19(3): 659-678.
- Castiel LD. Promoção de saúde e a sensibilidade epistemológica da categoria 'comunidade'. *Rev Saude Publica* 2004; 38(5):615-622.
- Gaudenzi P, Ortega F. O estatuto da medicalização e as interpretações de Ivan Illich e Michel Foucault como ferramentas conceituais para o estudo da desmedicalização. *Interface Comum Saúde Educ* 2012; 16(40):21-34.
- Bourdieu P. *A dominação masculina*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 1999.
- Foucault M. *História da Sexualidade, Volume 1: A Vontade de Saber*. 13ª Edição. Rio de Janeiro: GRAAL Editora; 1999.
- Foucault M. *Nascimento Da Biopolítica*. São Paulo: Martins Fontes; 2008.
- Foucault M. *O Nascimento da Clínica*. 5ª edição. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1998.

Artigo apresentado em 10/06/2012

Versão final apresentada em 28/06/2012