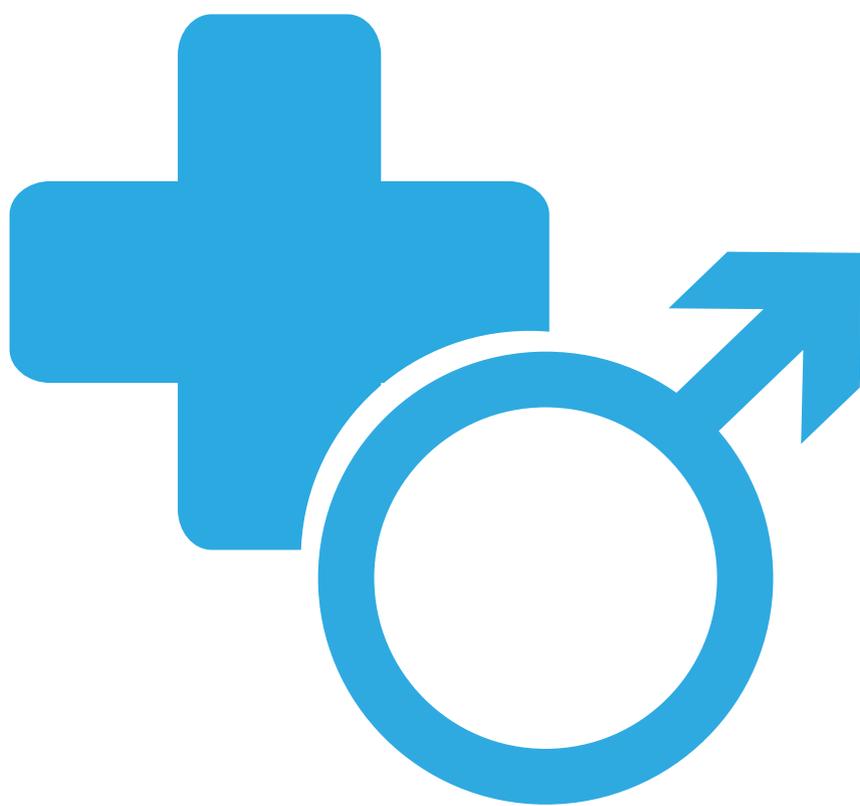


# SAÚDE DO HOMEM:

ações integradas na Atenção Básica

Fábia Pottes Alves



UNIVERSIDADE  
FEDERAL  
DE PERNAMBUCO



Saber  
Tecnologias Educacionais e Sociais



UNA-SUS  
Universidade Aberta do SUS

# SAÚDE DO HOMEM:

ações integradas na Atenção Básica

Fábia Pottes Alves

Recife  
2016

© UNA-SUS UFPE

É PERMITIDA A REPRODUÇÃO PARCIAL OU TOTAL DESTA PUBLICAÇÃO, DESDE QUE CITADA A FONTE.

## GOVERNO FEDERAL

### Presidente da República

Dilma Vana Rousseff

### Ministro da Saúde

Marcelo Castro

### Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

Heider Aurélio Pinto

### Diretor do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES)

Alexandre Medeiros de Figueiredo

### Secretário Executivo da Universidade Aberta do Sistema

### Único de Saúde (UNA-SUS)

Francisco Eduardo de Campos

## CONTATO

Universidade Federal de Pernambuco

Centro de Convenções da UFPE, Espaço Saber, Sala 04

Avenida dos Reitores, s/n, Cidade Universitária, Recife - PE,

CEP 50.741-000

<http://sabertecnologias.com.br>

## UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

### Reitor

Anísio Brasileiro de Freitas Dourado

### Vice-Reitor

Florisbela Campos

## GRUPO SABERTECNOLOGIAS EDUCACIONAIS E SOCIAIS UNA-SUS UFPE

### Coordenadora Geral

Profª. Cristine Martins Gomes de Gusmão

### Coordenadora Técnica

Josiane Lemos Machiavelli

### Coordenadora de EAD

Profª. Sandra de Albuquerque Siebra

### Equipe de Ciência da Informação

Profª. Vildeane da Rocha Borba

Jacilene Adriana da Silva Correia

### Equipe de Design

Amarílis Ágata da Silva

Cleyton Nicollas de Oliveira Guimarães

Silvânia Cosmo

### Assessoria – Educação em Saúde

Luiz Miguel Picelli Sanches

Patrícia Pereira da Silva

### Secretaria Acadêmica

Fabiana de Barros Lima

Geisa Ferreira da Silva

Isabella Maria Lorêto da Silva

### Revisor linguístico

Emanuel Cordeiro da Silva

610 Alves, Fábia Pottes

A474s Saúde do homem: ações integradas na atenção básica / Fábia Pottes Alves  
– Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2016.

53 p.

Inclui Ilustrações

ISBN: 978-85-415-0813-1

1. Atenção Primária a Saúde – Saúde do homem 2. Promoção da saúde. 3. Políticas, Planejamento e Administração em Saúde. 4. Saúde do Homem. I. Título.

# LISTA DE ILUSTRAÇÕES E QUADROS

<b>Tabela 01</b> – Número (N), proporção (%) e taxa de internação (por 10 mil habitantes) por causas externas - Brasil, 2010.....	15
<b>Tabela 02</b> – Taxa de incidência anual de neoplasias malignas por 100.000 habitantes, por localização, segundo Região e UF, sexo masculino, Brasil, 2010 e 2011.....	17
<b>Tabela 03</b> – Frequência de consumo de bebida alcoólica em homens e mulheres com idade a partir de 18 anos .....	18
<b>Gráfico 02</b> – Porcentagem (%) das principais causas de internação em homens por faixa etária, Brasil, 2010.....	19
<b>Gráfico 03</b> – Internações por doenças do aparelho respiratório, 2007.....	20
<b>Gráfico 04</b> – Percentual de internações hospitalares pelo aparelho circulatório na população masculina dos 25–59 anos, 2007 .....	21
<b>Gráfico 05</b> – Mortalidade proporcional (%), segundo o sexo, Brasil, 2000, 2005 e 2010 .....	22
<b>Gráfico 06</b> – Mortalidade proporcional (%), segundo o sexo e o ano do óbito por faixa etária, Brasil, 2000 e 2010 .....	23
<b>Quadro 01</b> – Quatro principais causas específicas de mortalidade entre 20 e 59 anos (nesta ordem), homens, 2010 .....	23
<b>Tabela 04</b> – Número (N), proporção (%) e taxa bruta de mortalidade (por 100 mil habitantes) por causas externas, segundo sexo, faixa etária e regiões geográficas, Brasil, 2009 ..	24
<b>Gráfico 07</b> – Distribuição proporcional do total de mortes por câncer, segundo localização primária do tumor, em homens, Paraíba, para os períodos entre 2002-2006 e 2007-2011 .....	25
<b>Gráfico 08</b> – Distribuição proporcional do total de mortes por câncer, segundo localização primária do tumor, em homens, Pernambuco, para os períodos entre 2002-2006 e 2007-2011 ..	26
<b>Gráfico 09</b> – Mortalidade proporcional (%) por capítulos da CID* no sexo masculino, Brasil, 2000 e 2010 .....	27
<b>Quadro 02</b> – Indicadores para a análise do perfil da população masculina.....	37

# SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO .....</b>	<b>5</b>
<b>1 SAÚDE DO HOMEM E MASCULINIDADES.....</b>	<b>6</b>
1.1 GÊNERO, MASCULINIDADE E PROMOÇÃO DA SAÚDE.....	6
1.2 VULNERABILIDADES MASCULINAS.....	9
<b>2 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E DE SAÚDE DA POPULAÇÃO MASCULINA NO BRASIL, EM PERNAMBUCO E NA PARAÍBA .....</b>	<b>11</b>
2.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DA POPULAÇÃO MASCULINA.....	12
2.2 PRINCIPAIS INDICADORES DE MORBIMORTALIDADE.....	13
2.2.1 MORBIDADE.....	14
2.2.2 MORTALIDADE .....	22
<b>3 PROGRAMAS, POLÍTICAS E PACTOS DE SAÚDE PARA O HOMEM NO BRASIL.....</b>	<b>29</b>
3.1 PACTO PELA SAÚDE .....	29
3.2 POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM (PNAISH) .....	30
3.3 POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO (PNH).....	32
3.4 POLÍTICA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE.....	34
<b>4 A ORGANIZAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO PLANEJAMENTO DE AÇÕES E AVALIAÇÃO DE RISCOS À SAÚDE DO HOMEM.....</b>	<b>35</b>
4.1 CONHECENDO A POPULAÇÃO MASCULINA DA SUA ÁREA DE ABRANGÊNCIA.....	36
4.2 INSERÇÃO DA ATENÇÃO E CUIDADO AO HOMEM NO PROCESSO DE TRABALHO DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA.....	38
4.3 AÇÕES DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA VOLTADAS PARA A SAÚDE DO HOMEM .....	39
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>43</b>

# APRESENTAÇÃO

## Caro(a) aluno(a),

Esta primeira parte da disciplina Saúde do Adulto II, na qual é abordada a Saúde do Homem, surge como um diferencial na formação dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família, visto que este é um tema relativamente novo dentro da agenda de prioridades do Ministério da Saúde.

A Atenção Básica deve ser a porta de entrada preferencial e o principal contato dos usuários com os serviços de saúde. Porém, o que vemos é que a demanda dos homens por atendimento é inferior à das mulheres. Logo, a inclusão destes em ações de preservação e promoção da saúde tem se tornado cada vez mais desafiadora e requer qualificação da atenção primária para que não se restrinja à recuperação da saúde. Deve-se garantir, sobretudo, a prevenção de doenças e agravos evitáveis.

Para tanto, constituem objetivos da disciplina Saúde do Adulto II no que se refere à saúde do homem:

- » refletir sobre as características masculinas que dificultam o acesso do homem ao serviço de saúde;
- » identificar os indicadores de morbimortalidade nacionais e estaduais em saúde do homem;
- » conhecer os pactos, políticas e programas voltados à saúde do homem no Brasil;
- » reorientar os membros da Equipe de Saúde da Família no planejamento de ações e avaliação de riscos relativos à saúde do homem;
- » orientar as ações da clínica e do cuidado relacionados aos principais agravos da saúde do homem.

**Bons estudos!**

# 1 SAÚDE DO HOMEM E MASCULINIDADES

Homens e saúde: parece que essas duas palavras juntas não combinam, mas se engana quem pensa assim. Mesmo com todas as dificuldades que envolvem a relação saúde e população masculina, o Brasil está atento e agindo para que essa relação possa seguir outro caminho, que é o da prevenção das doenças e agravos e da promoção à saúde.

No entanto, não é uma tarefa fácil perceber os homens, quando o assunto é saúde, pois eles têm se mostrado ainda pouco ativos no cuidado com ela e, quando procuram ajuda, às vezes, esbarram em obstáculos, como a falta de um olhar adequado dos(as) profissionais da saúde e de serviços que acolham as demandas masculinas (CZERESNIA, 2003).

Compreender a saúde enquanto práticas de cuidado e bem-estar e não somente doença é um desafio para os homens e cabe a nós, profissionais da saúde, ajudá-los nesse processo.

## 1.1 GÊNERO, MASCULINIDADE E PROMOÇÃO DA SAÚDE

A temática relacionada à saúde masculina foi por muito tempo pouco abordada e discutida em contraposição à saúde da mulher, objeto de políticas públicas e de variadas investigações (BRAZ, 2005).

Há muito tempo, as mulheres foram acostumadas a expor seus corpos para um(a) médico(a), principalmente em função da ginecologia. Isso fez com que o olhar medicalizado sobre o corpo feminino tivesse maior naturalização, passando a ser mais aceito o fato de a mulher se cuidar, sendo esse fato, inclusive, associado à ideia de fragilização da mulher (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007).

Além disso, o movimento feminista favoreceu o protagonismo social e político da mulher nas ações de promoção da saúde, permitindo grande avanço nas questões referentes à saúde feminina. No entanto, essa evolução não foi acompanhada pelo grupo masculino em virtude das concepções do que seria um comportamento ideal do ser macho (GOMES; NASCIMENTO, 2006).



No caso dos homens, os estudos foram ampliados a partir da década de 1980. A abordagem nessa época era voltada, sobretudo, para a sexualidade e saúde reprodutiva masculina (BRITO; SANTOS, 2010). Por outro lado, nos anos 1990, os estudos começaram a se estruturar a partir da perspectiva de gênero, discutindo, dentre outros aspectos, a singularidade do ser saudável e do ser doente, buscando o entendimento de que era necessária uma visão da saúde do homem mais integralizada (GOMES; NASCIMENTO, 2006). Como prova disso, no início dos anos 2000, a Organização das Nações Unidas (OMS) lançou publicações focalizadas na saúde masculina. A primeira publicação defendia a importância da abordagem da saúde para homens jovens, como forma de socialização e adoção de estilo de vida mais saudável. E, em 2001, propôs ações voltadas à saúde dos homens com idades mais avançadas, fase na qual se encontram mais vulneráveis e mais expostos aos riscos que degradam a saúde. Além disso, nessas publicações, é defendida a pertinência de abordagens pautadas no caráter relacional de gênero para que seja possível promover mais igualdade entre mulheres e homens nas sociedades (GOMES, 2011).

Paralelamente, emergem centenas de estudos sobre gênero. De lá para cá, a questão gênero vem migrando dos espaços de luta política para a academia e desta para diversos contextos políticos e sociais, incluindo a saúde (VILLELA, 2005; CAMURÇA; GOUVEIA, 2004). Mas, afinal, qual é a diferença entre sexo e gênero?

O **sexo** é uma determinação biológica, baseada nas diferenças físicas do corpo de machos e fêmeas, quer sejam da espécie humana ou de qualquer espécie animal, diferenças essas que não mudam, só se desenvolvem no decorrer da vida (CAMURÇA; GOUVEIA, 2004; LIMA, 1999).

O **gênero** é um dos mais importantes princípios organizadores da nossa sociedade; é a forma de descrever as construções sociais que determinam aos meninos e às meninas formas de ser homem e ser mulher, ou seja, são os papéis sociais que lhes são atribuídos (GARCIA, 1998).

Trata-se de uma construção histórica, estabelecida pelos seres humanos e que varia de acordo com a época, os lugares, seus costumes e cultura, leis, religião, classe social, etnia e idade (CAMURÇA; GOUVEIA, 2004; GIFFIN, 2005).

Cada sociedade elabora o seu modelo masculino e feminino a ser imitado por homens e mulheres, respectivamente. Essas identidades são mutuamente exclusivas.

Essas diferenças que vão sendo estabelecidas atribuem fragilidade e passividade à mulher e virilidade e poder ao homem, reforçando a dominação do masculino sobre o feminino, em que o poder atua de variadas maneiras, produzindo formas de viver e de cuidados com a saúde que também são diversas.

As relações de gênero sempre levaram a uma distribuição desigual do poder, da autoridade e dos direitos masculinos e femininos. Estes, inicialmente, eram considerados fenômenos naturais (CAMURÇA; GOUVEIA, 2004). No entanto, podemos perceber que o homem, mesmo estando no domínio das relações de poder estabelecidas em nossa sociedade, também é submetido aos constrangi-



mentos sociais que impõem padrões de comportamentos (SOUZA,2005; KONH et al, c2012). Esses padrões acentuam a dificuldade do homem em lidar com o próprio corpo e com suas emoções bem como com as situações de adoecimento.

Desde muito cedo, no núcleo familiar, “aprendemos” a ser o que somos, convivendo com as relações de poder dos mais velhos sobre os mais novos, do homem sobre a mulher, do rico sobre o pobre. Desde pequenos, os meninos aprendem a demonstrar força, segurança, a serem competitivos e não ter medos, a suportar sem chorar suas dores físicas e emocionais. A dor é, antes de tudo, assunto de mulheres, devendo o homem desprezá-la, sob pena de se ver desvirilizado e de ser rebaixado ao nível da condição feminina (KONH et al, c2012).

Ao homem se associa a imagem do provedor e protetor, da autoridade, agressividade, da força e virilidade, da autonomia, do domínio do mundo externo, dos espaços públicos. Por outro lado, à mulher atribui-se a fragilidade, submissão, o carinho, o cuidado dos filhos, dos doentes e da casa, o espaço privado (VILLELA, 2005).

Por meio desse modelo, os homens manifestam sua masculinidade e rejeitam comportamentos tidos como femininos. Muitas vezes, não demonstram o que pensam e sentem medo de demonstrar sua fragilidade (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007).

As masculinidades devem ser entendidas como configurações de práticas em torno da posição dos homens nas relações de gênero, isto é, das experiências concretas do cotidiano de muitos homens e não apenas os comportamentos que a sociedade espera. Ou seja, não é uma qualidade essencial ou estática. Há uma diversidade de tipos de masculinidades, que correspondem a diferentes inserções dos homens na estrutura social, política, econômica, cultural e a trajetórias e estágios diferentes do seu ciclo vital. Citando algumas dessas inserções, tem-se: a paternidade, a adolescência, o envelhecimento, a emergência de outras categorias sexuais, o desemprego, a globalização, a participação das mulheres no mercado de trabalho e na política, etc. Além da masculinidade hegemônica, identificam-se, portanto, outras masculinidades marginais, subordinadas (BRAZ, 2005).

No entanto, essa hegemonia masculina não deve ser compreendida como uma condição biológica própria dos homens, mas sim, a partir de valores culturais construídos ao longo dos anos aos quais os indivíduos estão inseridos (GOMES, 2003).

Esse padrão de masculinidade faz com que, muitas vezes, os homens, por medo, vergonha e preconceitos, sejam impedidos de assumir que necessitam de cuidados. Isso se reflete na área da saúde pública, quando se nota a ausência de ações preventivas e de promoção da saúde para os homens, revelando a iniquidade presente nos serviços de saúde de baixa complexidade (BRITO; SANTOS, 2010).

Assim, é comum associarmos homens, masculinidades e risco, sendo que o risco não é algo evitado pelos homens, mas deve ser superado a cada dia por eles (GOMES et al, 2008).



Braz (2005) destaca que não cabe, de forma alguma, vitimizar os homens, mas vislumbrá-los também sob a perspectiva da fragilidade, de seres que têm vulnerabilidades específicas do gênero. É preciso perceber que a definição normativa de masculinidade, vista como dominante, não é a única versão.

É preciso ultrapassar as barreiras sociais que impedem o reconhecimento dos homens como seres que necessitam de cuidados. Isso pode ocorrer a partir de ações educativas que sejam capazes de contribuir com o estabelecimento de maior conscientização desse grupo quanto à adoção de hábitos mais saudáveis. Nesse sentido, para que tais medidas sejam eficazes, elas devem focar os reais problemas e dificuldades do público ao qual se destinam, pois se sabe que a educação em saúde requer a participação dos sujeitos no intuito de estabelecer trocas de saberes, populares e científicos, os quais são de suma relevância quando se desejam realizar mudanças na vida das pessoas (BRUM et al, 2010).

Portanto, estratégias de prevenção de doenças e agravos e promoção de saúde devem considerar as diferenças de gênero a fim de que esses objetivos sejam alcançados, e os resultados frutifiquem no sentido de formar uma nova geração de homens mais cuidadosos consigo mesmos.

## 1.2 VULNERABILIDADES MASCULINAS

Na atualidade, a atenção à saúde do homem vem sendo colocada na pauta dos debates e efetivada em políticas, principalmente porque constituem uma população em risco, com vulnerabilidades e carências assistenciais do processo saúde-doença-cuidado.

Há uma série polimorfa de danos à saúde que colocam o homem como foco de atenção, como revelam os indicadores de morbidade e mortalidade e dos efeitos deletérios de alguns agravos, seja por causas externas, como acidentes de trânsito, ou por violências bem como por doenças (infectocontagiosas, crônicas, degenerativas, as doenças sexualmente transmissíveis, cérebro e cardiovasculares, relacionadas ao trabalho, o câncer de próstata, entre outras) (XIMENES NETO et al, 2013).

Considera-se que os modelos de masculinidade e a maneira como ocorre a socialização masculina podem fragilizar, ou mesmo, afastar os homens das preocupações com o autocuidado e com a busca pelos serviços de saúde (GOMES et al, 2008). Dentre as questões mais frequentemente consideradas, estão os valores da cultura masculina, que envolvem tendências à exposição a riscos, associação da masculinidade à invulnerabilidade e também a própria educação familiar, a qual orienta o homem para um papel social de provedor e protetor. Essa cultura tende a gerar modelos masculinos pouco aderentes às práticas de autocuidado e pode estimular o comportamento agressivo, violento e de descuido com ele mesmo (GOMES; NASCIMENTO, 2006; SILVA et al, 2012).



Dados do Ministério da Saúde (MS) revelam que o uso do álcool possui uma maior prevalência na população masculina assim como a maioria dos dependentes são homens, fazendo com que sofram mais de doenças provocadas pelo uso excessivo de bebida alcoólica e drogas ilícitas. Em relação ao tabagismo, os homens usam cigarros com maior frequência do que as mulheres, o que predispõe a doenças cardiovasculares, cânceres, doenças pulmonares, da cavidade bucal, entre outras. Outras patologias que acometem com frequência esse grupo populacional são os tumores e as doenças do aparelho digestivo, circulatório e respiratório (BRASIL, 2008a; XIMENES NETO et al, 2013 ).

Quanto às causas da mortalidade masculina, observa-se que a maioria dos óbitos se deve às causas externas, como os acidentes por meio de transporte, os homicídios, os suicídios e as agressões. No entanto, a diferença de mortalidade entre os dois sexos se mantém independente da causa morte. De acordo com dados do IBGE (2012), a esperança de vida ao nascer é maior nas mulheres, sendo de 78,3 anos no sexo feminino e de 70,6 anos nos homens. Ou seja, as mulheres vivem 8 anos e 3 meses a mais que os homens.

Os homens nascem mais, mas também morrem mais, caracterizando uma maior vulnerabilidade masculina. Há uma sobre mortalidade masculina em todas as gerações, mas a maior diferença se situa especialmente nos mais jovens, em torno dos 20 anos e após os 60, quando os homens adoecem e morrem mais. Em 2010, a chance de um homem falecer aos 22 anos de idade era 4,5 maior que a de uma mulher. A elevação da curva que a descreve está estreitamente associada às mortes por causas externas, em particular as violentas, que incidem com maior intensidade sobre a população masculina jovem e adulta jovem (IBGE, 2011).

O senso comum considera o masculino como o sexo forte. Na verdade, deve ser visto como o sexo fraco, pelo menos em vários aspectos de suas vulnerabilidades físicas e psíquicas (BRAZ, 2005). Portanto, é necessário sensibilizar todos para a necessidade de se ter outro olhar em relação às vulnerabilidades dessa parcela da população.

## 2 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E DE SAÚDE DA POPULAÇÃO MASCULINA NO BRASIL, EM PERNAMBUCO E NA PARAÍBA

Como você já sabe, o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) é um órgão da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde (MS), que tem a responsabilidade de coletar, processar e disseminar informações sobre saúde. No DATASUS, podem ser encontrados indicadores de saúde, informações relativas à assistência à saúde, rede assistencial, epidemiologia e morbidade, estatísticas vitais, demográficas e socioeconômicas sobre saúde suplementar, inquéritos e pesquisas.

### Saiba

Para conhecer melhor os dados disponibilizados, explore o site DATASUS por meio do link <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>>.

Diante de tantas informações disponíveis, quais seriam as necessárias para conhecer a situação de saúde do homem? Como localizá-las?

Vários são os bancos de dados disponíveis relativos à saúde da população brasileira como um todo, como:

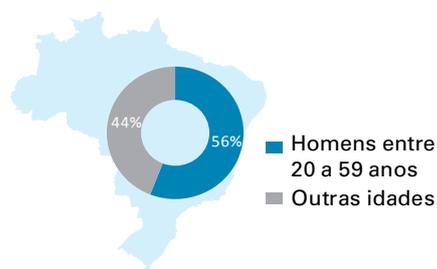
- Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM);
- Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações (SIPNI);
- Censo 2010 (IBGE);
- Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN);
- Instituto Nacional do Câncer (INCA);
- Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD);
- Sistema de Informação Ambulatorial (SAI);
- Sistema de Informação Hospitalar (SIH).



## 2.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DA POPULAÇÃO MASCULINA

A Política de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) estabeleceu um recorte estratégico da população masculina, que compreende a faixa etária de 20 aos 59. A delimitação dessa faixa etária é uma estratégia metodológica, haja vista que existem outras políticas que asseguram os direitos da saúde dos outros segmentos etários, como a saúde da criança, dos adolescentes e dos idosos. Esses grupos foram ou serão estudados em outras disciplinas do curso. Portanto, nesta disciplina, abordaremos a faixa etária trabalhada na PNAISH.

De acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) 2013, o total da população residente no Brasil é de 201.467.000 pessoas, das quais 49,0% eram do sexo masculino. Por outro lado, a população masculina na faixa etária de 20 a 59 anos é de 54.242.000, o que corresponde a 56% da população masculina.



O estado da Paraíba apresentou, por meio de dados da PNAD 2013, uma população de 4.992.000 pessoas. A população masculina na faixa etária de 20 a 59 anos é de 978.841 pessoas. Apresenta também uma razão de sexo de 93,9 homens para cada 100 mulheres. Em Pernambuco, a população total, segundo a PNAD 2013, era de 10.777.000 pessoas, sendo a população masculina, na faixa etária de 20 a 59 anos, de 2.311.943 e a razão de sexo de 92,7 homens para cada 100 mulheres.



Tanto na Paraíba quanto em Pernambuco, aproximadamente 26% da população na faixa etária de 20 a 59 anos, são homens.



Esse grupo etário corresponde a 41,3 % da população masculina ou a 20% do total da população do Brasil. Representa uma grande parcela da força produtiva do país, além de exercer um significativo papel sociocultural e político (BRASIL,2008a).

Dentre os indicadores sociodemográficos necessários para se realizar um diagnóstico da situação que caracteriza a população masculina, listamos no quadro a seguir aqueles que consideramos mais relevantes.

**Quadro 01** – Indicadores demográficos e socioeconômicos para a análise da população masculina

Indicadores demográficos	Indicadores socioeconômicos
População total	Taxa de analfabetismo
Razão por sexo	Escolaridade da população de 15 anos ou mais
Taxa de crescimento da população	Produto Interno Bruto (PIB) per capita
Mortalidade proporcional por idade	Razão de renda
Taxa bruta de mortalidade	Proporção de pobres
Esperança de vida ao nascer	Taxa de desemprego
Esperança de vida aos 60 anos de idade	

Fonte: (Brasil, c2008).

## Saiba +

### Sites

Para mais informações sobre os indicadores sociodemográficos, acesse:

Cadernos de Informações de Saúde- Paraíba

<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/pb.htm> (BRASIL,[20--?a])

Cadernos de Informações de Saúde- Pernambuco

<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/pe.htm> (BRASIL,[20--?b])

Indicadores e Dados Básicos - Brasil – 2011- IDB-2011

<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2011/matriz.htm#demog> (BRASIL, c2008).

## 2.2 PRINCIPAIS INDICADORES DE MORBIMORTALIDADE

Entre as principais enfermidades e agravos que acometem os homens, aproximadamente 75% delas estão concentrados em cinco grandes áreas especializadas: cardiologia, urologia, saúde mental, gastroenterologia e pneumologia, além das causas externas, que representam um grande problema e com forte impacto na mortalidade e morbidade da população masculina (BRASIL, 2008a).



Na próxima fase desta disciplina, você terá a oportunidade de estudar sobre algumas dessas enfermidades e agravos, como: hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, doenças pulmonares (Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica – DPOC, asma e pneumonias comunitárias), doenças osteoarticulares, além das doenças transmissíveis (tuberculose, hepatites virais e aids) e tabagismo. Aqui abordaremos outras importantes causas de morbimortalidade no homem: causas externas, alguns tumores, sobretudo o da próstata, e o alcoolismo.

## 2.2.1 MORBIDADE

### Atenção!

Do ponto de vista de análise da morbidade, é preciso comentar que os dados a seguir se referem aos casos mais graves que necessitaram de internação.

## CAUSAS EXTERNAS

Além do sofrimento físico, psíquico e social determinado pelos acidentes e as violências, que caracterizam as causas externas, há de se considerar o enorme impacto econômico mensurado pelos seus gastos hospitalares, inclusive em dias de permanência em unidades de terapia intensiva (BRASIL, 2012a).

Em 2010, foram realizadas 928.893 internações hospitalares por causas externas nos serviços financiados pelo SUS, caracterizado da seguinte forma:

- » os homens representavam 70,5% das internações por essas causas;
- » a taxa de internação hospitalar foi 48,5 por 10 mil habitantes, sendo 69,6/10 mil homens;
- » o risco de internação entre os homens foi 2,5 vezes maior que o estimado entre as mulheres;
- » no período de 2000 a 2010, a proporção de internações por causas externas apresentou aumento progressivo (7,7% em 2000 para 10,4% em 2010).

Na tabela a seguir pode-se observar que, em 2010, os acidentes por transporte terrestre responderam por 15,7% das hospitalizações com risco e 7,6 internações por 10 mil habitantes. Estimou-se maior risco de internação entre os homens (12,2 internações por 10 mil homens) em comparação com as mulheres (3,2 internações por 10 mil mulheres) (BRASIL, 2012a).



**Tabela 01** – Número (N), proporção (%) e taxa de internação (por 10 mil habitantes) por causas externas - Brasil, 2010

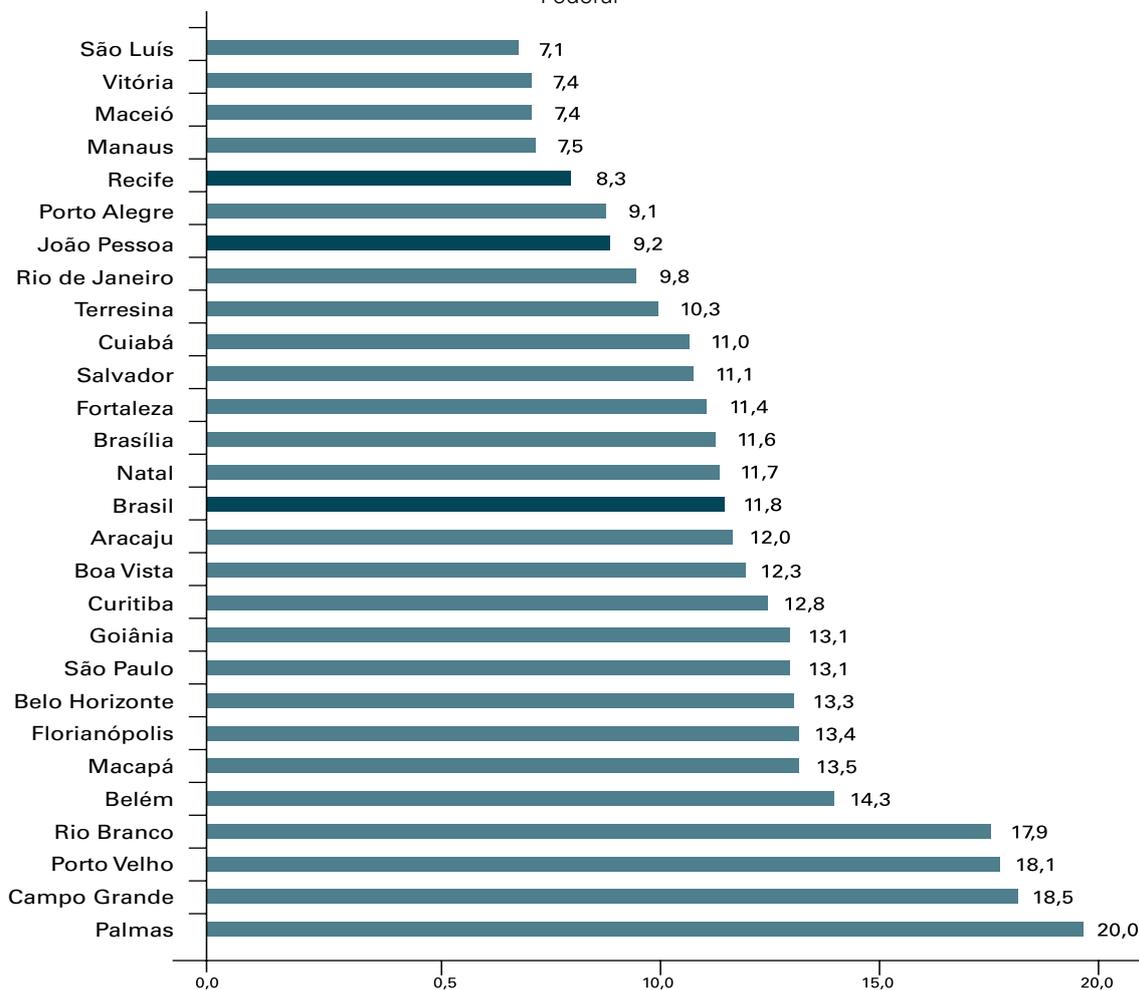
Características	Sexo						Total		
	Masculino			Feminino					
	N	%	Taxa	N	%	Taxa	N	%	Taxa
<b>Faixa etária</b>									
<b>0 a 9 anos</b>	57308	8,8	34,4	32342	11,8	20,2	89650	9,7	27,5
<b>10 a 14 anos</b>	41832	6,4	49,9	13120	4,8	16,2	54952	5,9	33,3
<b>15 a 19 anos</b>	58005	8,6	68,1	15359	5,6	18,6	73364	7,9	43,7
<b>20 a 39 anos</b>	274566	41,9	86,2	68964	25,2	21,3	343530	37,0	53,4
<b>40 a 59 anos</b>	153889	23,5	76,9	63445	23,2	29,0	217334	23,4	51,9
<b>60 a mais</b>	69342	10,6	80,1	80721	29,5	75,0	150063	16,2	77,2
<b>Acidentes</b>	537420	82,1	57,1	224348	81,9	23,0	761768	82,0	39,8
<b>Acidente de transporte terrestre</b>	114383	17,5	12,2	31652	11,6	3,2	146035	15,7	7,6
<b>Pedestres</b>	27612	4,2	2,9	11649	4,3	1,2	39261	4,2	2,1
<b>Motociclistas</b>	58508	8,9	6,2	11444	4,2	1,2	69952	7,5	3,7
<b>Ocupantes de veículos</b>	11690	1,8	1,2	4353	1,6	0,4	16043	1,7	0,8
<b>Quedas</b>	241892	36,9	25,7	121601	44,4	12,5	363493	39,7	19,0
<b>Quedas no mesmo nível</b>	81112	12,4	8,6	47378	17,3	4,9	128490	13,8	6,7
<b>Quedas de um mesmo nível a outro</b>	41623	6,4	4,4	17542	6,4	1,8	59165	6,4	3,1
<b>Quedas não especificadas</b>	119157	18,2	12,7	56681	20,7	5,8	175838	18,9	9,2
<b>Demais acidentes</b>	181145	27,7	19,3	71095	26,0	7,3	252240	27,2	13,2
<b>Violências</b>	43444	6,6	4,6	11940	4,4	1,2	55384	6,0	2,9
<b>Lesões autoprovocadas</b>	5173	0,8	0,6	3561	1,3	0,4	8734	0,9	0,5
<b>Agressões e intervenções legais</b>	38271	5,8	4,1	8379	3,1	0,9	46650	5,0	2,4
<b>Armas de fogo</b>	10835	1,7	1,2	1069	0,4	0,1	11904	1,3	0,6
<b>Pérfuro-cortante</b>	9953	1,5	1,1	1860	0,7	0,2	11813	1,3	0,6
<b>Eventos de intenção indeterminada</b>	31252	4,8	3,3	13462	4,9	1,4	44714	4,8	2,3
<b>Demais causas externas</b>	86270	13,2	9,2	36141	13,2	3,7	122411	13,2	6,4
<b>Total</b>	654942	100,0	69,6	273951	100,0	28,1	928893	100,0	48,5

Fonte: (BRASIL, 2011a, p.212).

Conforme apresentado no gráfico a seguir, as causas externas são responsáveis por 11,8% dos gastos com todas as hospitalizações financiadas pelo SUS no Brasil. As capitais da Paraíba e Pernambuco tiveram, respectivamente, 9,2% e 8,3% dos gastos com causas externas (BRASIL, 2011a).



**Gráfico 01** – Proporção dos gastos do SUS com internações por causas externas nas capitais e Distrito Federal



FONTE: (BRASIL, 2011a, p. 214).

## TUMORES

Os tumores, que incidem com maior frequência na faixa etária dos 25 aos 59 anos, são oriundos dos aparelhos digestivo, respiratório e urinário. Cerca de 43,2% de todos os tumores assinalados na CID 10, Capítulo II têm origem no aparelho digestivo (BRASIL, 2008a).

O câncer da próstata é uma neoplasia, que geralmente apresenta evolução muito lenta, de modo que a mortalidade pode 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 frequente, sendo superado apenas pelo câncer de pele não melanoma (VIEIRA et al, 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 socioeconômicas e a má higiene íntima. No Brasil, esse câncer representa cerca de 2% de todas as neoplasias que atingem o homem, sendo mais frequente nas regiões Norte e Nordeste, existindo estados, como é o caso do Maranhão, em que sua incidência supera até a do câncer de próstata (BARROS; MELO, 2009).

Dados do INCA, referentes aos tumores malignos na população masculina dos estados da Paraíba e Pernambuco, apontam que o câncer de próstata é o que apresenta maior incidência, conforme mostra a tabela a seguir.

**Tabela 02** – Taxa de incidência anual de neoplasias malignas por 100.000 habitantes, por localização, segundo Região e UF, sexo masculino, Brasil, 2010 e 2011

Região e UF	Pulmão, traqueia e brônquios	Esôfago	Estômago	Cólon, junção retossigmóide, reto e ânus	Próstata	Lábio e cavidade oral	Melanoma maligno da pele	Outras neoplasias malignas da pele
Paraíba	7,30	4,38	10,46	4,62	43,69	8,43	1,02	73,68
Pernambuco	12,50	4,71	10,65	6,53	57,83	8,67	1,32	60,60

Fonte: (INCA, c2013, adaptado).

## ALCOOLISMO

Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) apontam que 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. Esse índice é quatro vezes maior 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 (BRASIL, 2008a).

Estudos revelam que o uso do álcool está sendo iniciado cada vez mais precocemente por homens e mulheres. Portanto, torna-se fundamental avaliar os determinantes sociais de vulnerabilidade do homem em relação aos problemas com o álcool para a construção de ações efetivas de prevenção e promoção da saúde mental desse segmento, inclusive para jovens e adolescentes (LARANJEIRA et al, 2007; SENA et al, 2011).

Segundo o Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), o consumo de álcool e outras drogas está associado a transtornos graves e 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 (UNIFESP, 2006; BRASIL, 2008a).



Laranjeira et al (2007), realizaram uma pesquisa intitulada “Primeiro Levantamento Nacional sobre Padrão de Consumo de Álcool na População Brasileira”, cujos resultados apontaram que 52% dos brasileiros acima de 18 anos bebem, pelo menos, uma vez ao ano e, destes, 65% são homens. A prevalência de dependentes de álcool é maior para o sexo masculino, em que 19,5% dos homens são dependentes do álcool, enquanto 6,9% das mulheres apresentam dependência. Segundo esses dados, para cada seis pessoas do sexo masculino que faz uso de álcool, uma fica dependente. Destaca-se ainda que, do conjunto dos homens adultos, 11% bebem todos os dias, e 28% consomem bebida alcoólica de 1 a 4 vezes por semana, conforme apresentado na tabela a seguir.

**Tabela 03** – Frequência de consumo de bebida alcoólica em homens e mulheres com idade a partir de 18 anos

Frequência de Consumo	A partir de 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 frequente (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 de CID-10)	Homens	Mulheres	Média Brasileira
	14%	4%	9%

Fonte: (BRASIL, 2008a, p.14).

## OUTRAS CAUSAS DE MORBIDADE

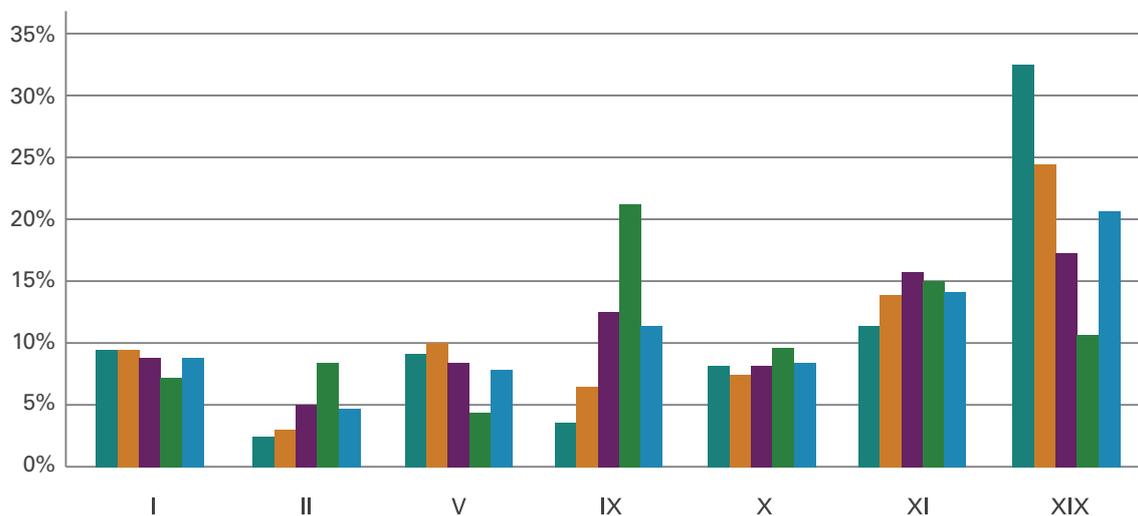
No período de 2000 a 2010, observou-se que a proporção de internações por doenças cardiovasculares manteve-se constante, e as hospitalizações por doenças do aparelho respiratório apresentaram redução no mesmo período (BRASIL, 2012a).

No gráfico apresentado a seguir, podem-se observar, quanto à morbidade, as sete causas que respondem pela internação da maioria dos homens em ordem decrescente de ocorrência:



- » As lesões, os envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas são a primeira causa de internação para homens entre 20 e 49 anos de idade e a terceira, para aqueles entre 50 e 59 anos;
- » As doenças do aparelho digestivo são a segunda causa para todas as faixas etárias;
- » Doenças infecciosas e parasitárias são a terceira causa para homens de 20 a 29 anos, transtornos mentais e comportamentais entre 30 e 39 anos e doenças do aparelho circulatório entre 40 e 49 anos;
- » Para os homens de 50 a 59 anos, a principal causa de internação são as doenças do aparelho circulatório (SCHWARZ et al, 2012).

**Gráfico 02** – Porcentagem (%) das principais causas de internação em homens por faixa etária, Brasil, 2010



I Algumas doenças infecciosas e parasitárias

II Neoplasias (tumores)

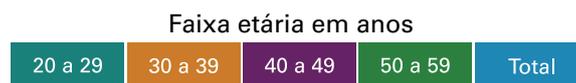
V Transtornos mentais e comportamentais

IX Doenças do aparelho circulatório

X Doenças do aparelho respiratório

XI Doenças do aparelho digestivo

XIX Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas

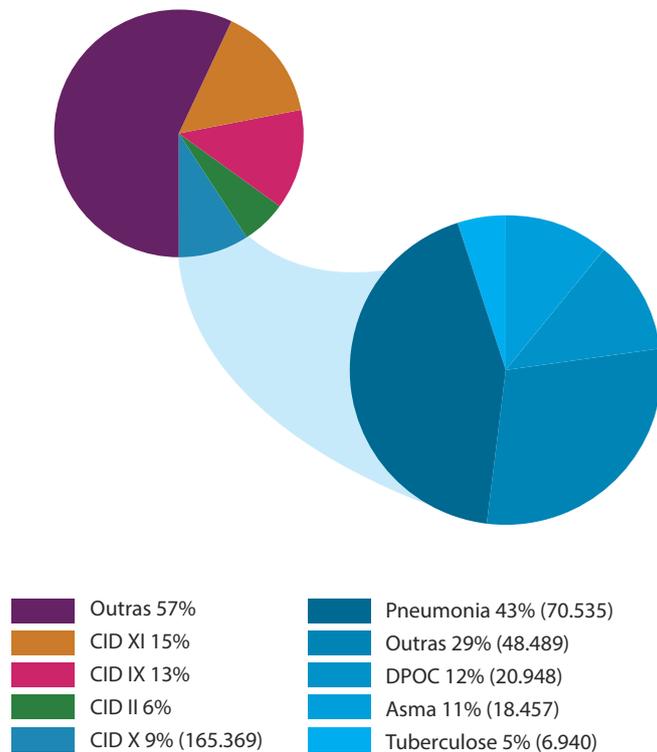


Fonte: (SCHWARZ et al, 2012 , adaptado).

As principais causas de internações por enfermidades do aparelho respiratório estão assinaladas no gráfico a seguir.



**Gráfico 03** – Internações por doenças do aparelho respiratório, 2007

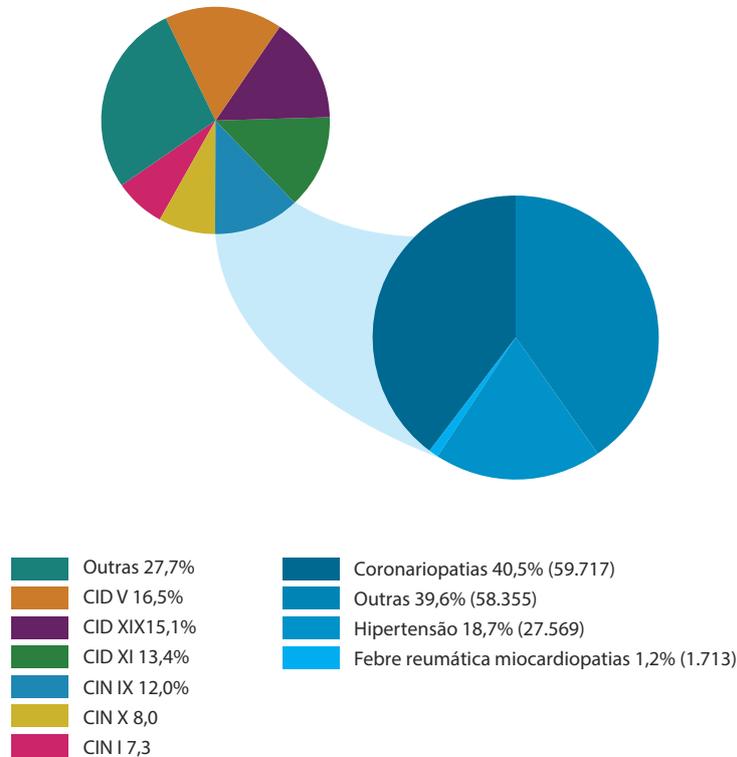


**Fonte:** (BRASIL, 2008a, p.26, adaptado).

Em relação às doenças do aparelho respiratório, as que apresentaram maior incidência foram as pneumonias (43%), doença pulmonar obstrutiva crônica (12%) e a tuberculose, que, mesmo apresentando o menor percentual de casos de internação (5%), destaca-se pela importância do ponto de vista da saúde pública (BRASIL, 2008a).



**Gráfico 04** – Percentual de internações hospitalares pelo aparelho circulatório na população masculina dos 25–59 anos, 2007



**Fonte:** (BRASIL, 2008a, p.27, adaptado).

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 (BRASIL, 2008a, p.27).

## Saiba +

### Sites

Para saber mais sobre o assunto, acesse:

MOURA, E. C.; MALTA, D. C. Consumo de bebidas alcoólicas na população adulta brasileira: características sociodemográficas e tendência. *Rev Bras Epidemiol* 2011; 14(1) Supl.: 61-70. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rbepid/v14s1/a07v14s1.pdf>>. Acesso em: 27/09/2013.

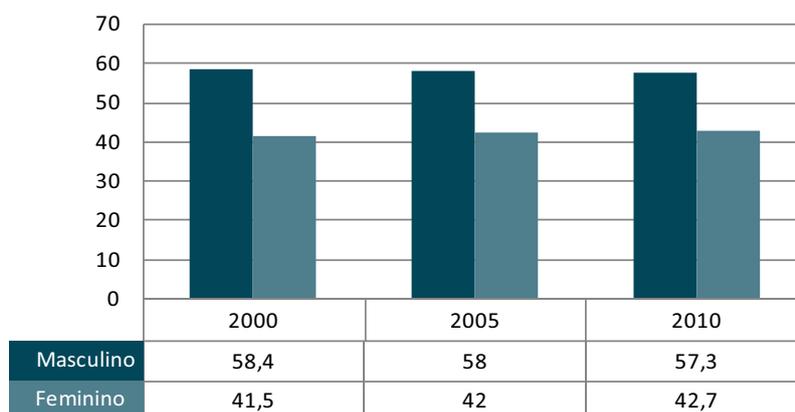
LARANJEIRA, R. et al. I Levantamento nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2007. Disponível em: <[http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio\\_padroes\\_consumo\\_alcool.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_padroes_consumo_alcool.pdf)>. Acesso em: 27 set. 2013.



## 2.2.2 MORTALIDADE

Em relação à mortalidade, ao longo de toda a última década, foi observada maior proporção de óbitos entre homens que entre mulheres na faixa etária adulta, especialmente jovens adultos (de 15 a 39 anos de idade). Diversos estudos mostram que as causas externas de mortalidade (acidentes e violências) são extremamente importantes entre os adultos, especialmente para homens jovens. No sexo masculino, elas representaram 64% dos óbitos de 20 a 39 anos, enquanto que no sexo feminino o percentual foi de 23%. Mesmo observando uma redução no diferencial entre homens e mulheres no período entre 2000 e 2010, os homens ainda morrem mais que as mulheres, conforme apresenta o gráfico a seguir (BRASIL, 2011b; BRASIL; 2011c; LAURENTI; JORGE; GOTLIEB, 2005; MARANHÃO et. al., 2011).

**Gráfico 05** – Mortalidade proporcional (%), segundo o sexo, Brasil, 2000, 2005 e 2010

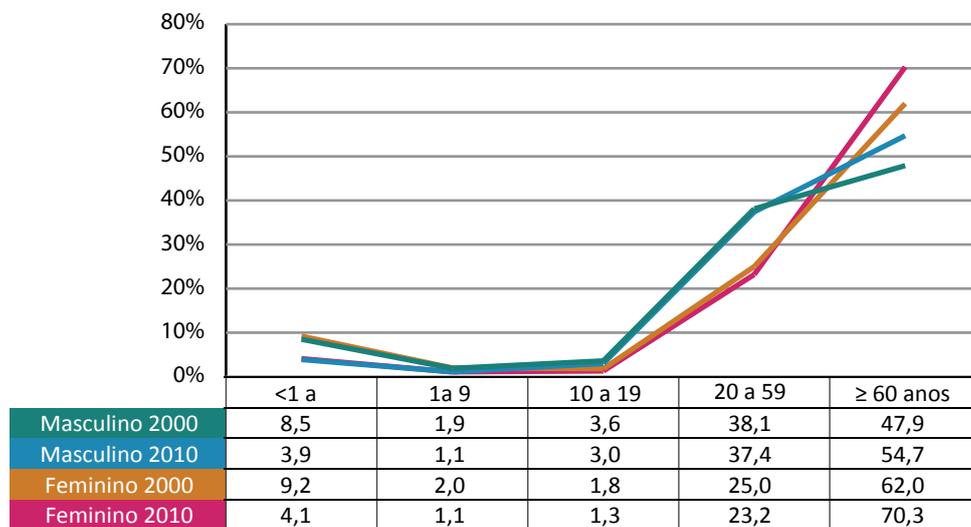


**Fonte:** (BRASIL, 2012a, p.112, adaptado).

O próximo gráfico apresenta as curvas de mortalidade proporcional para homens e mulheres, que têm padrões diferentes entre os anos, principalmente para os grupos de adultos e idosos, indicando um padrão de mortalidade mais tardia entre as mulheres. Na faixa etária de 20 a 59 anos, houve um maior percentual de óbitos dos homens (38,1% em 2000 e 37,4% em 2010), quando comparado ao das mulheres (25% em 2000 e 23,2% em 2010) (BRASIL, 2012a).



**Gráfico 06** – Mortalidade proporcional (%), segundo o sexo e o ano do óbito por faixa etária, Brasil, 2000 e 2010



Fonte: (BRASIL, 2012a, p.113).

**Quadro 01** – Quatro principais causas específicas de mortalidade entre 20 e 59 anos (nesta ordem), homens, 2010

20 a 59 anos	20 a 29 anos	Homicídios, Acidentes de transporte terrestre, Eventos Int. Indeterminada, Suicídio.
Causas externas	30 a 39 anos	Homicídios, Acidentes de transporte terrestre, D. HIV, Cirose e D. Fígado.
Circulatório	40 a 49 anos	<b>D. Isquêmica do coração</b> , Cirrose e D. Fígado, Homicídios, Acidentes de transporte terrestre.
Neoplasias	50 a 59 anos	<b>D. Isquêmica do coração</b> , Cirrose e D. Fígado, Acidentes de transporte terrestre, <b>D. Cerebrovasculares</b> .
Digestivo		
DIP		

Fonte: (BRASIL, 2012a, adaptado).



Dados de 2012 mostram que, no Brasil, as causas externas representam a primeira causa mais frequente de morte na população masculina entre 20 a 59 anos, configurando-se como um grande desafio aos gestores públicos e profissionais, sobretudo os da saúde, pois se deve ultrapassar a dimensão da assistência e reabilitação das vítimas, ocupando-se, também, da promoção à saúde, prevenção e vigilância epidemiológica de acidentes e violências (BRASIL, 2012a).

Os homens, no Brasil, apresentam um risco de morte por causas externas 5,1 vezes maior que as mulheres. Quanto à idade, vale destacar as altas taxas de mortalidade por causas externas observadas a partir dos 19 anos de idade, em especial entre os adultos jovens de 20 a 39 anos de idade e os idosos com 60 e mais anos de idade. O risco de morte por causas externas foi de 100 óbitos por 100 mil habitantes entre os adultos jovens e de 110,4 óbitos por 100 mil habitantes entre os idosos (BRASIL, 2012a).

A análise do risco de morte por causas externas, segundo regiões geográficas, demonstrou uma distribuição menos desigual que nas análises anteriores segundo atributos de idade e sexo, sendo que taxas de mortalidade apenas ligeiramente superiores foram encontradas nas regiões Centro-Oeste (85,3 por óbitos por 100 mil habitantes), Nordeste (75,5 óbitos por 100 mil habitantes) e Sul (74,6 óbitos por 100 mil habitantes) (BRASIL, 2012a).

**Tabela 04** – Número (N), proporção (%) e taxa bruta de mortalidade (por 100 mil habitantes) por causas externas, segundo sexo, faixa etária e regiões geográficas, Brasil, 2009

Características	Sexo <sup>a</sup>						Total		
	Masculino			Feminino			N	%	Taxa
	N	%	Taxa	N	%	Taxa			
<b>Faixa etária <sup>b</sup></b>									
<b>0 a 9 anos</b>	2.517	2,2	15,1	1.594	6,8	10,0	4.111	3,0	12,6
<b>10 a 14 anos</b>	1.740	1,5	20,8	733	3,1	9,0	2.473	1,8	15,0
<b>15 a 19 anos</b>	11.780	10,2	138,4	1.629	7,0	19,7	13.409	9,7	79,9
<b>20 a 39 anos</b>	57.656	50,0	181,0	6.105	28,2	20,4	64.261	46,3	100,0
<b>40 a 59 anos</b>	26.305	22,8	131,5	1.586	19,6	21,0	30.891	22,3	73,8
<b>60 a mais</b>	13.342	11,6	154,1	8.109	34,6	75,3	21.451	15,5	110,4
<b>Ignorado</b>	1.904	1,7	-	179	0,8	-	2.083	1,5	-
<b>Região</b>									
<b>Norte</b>	9.317	8,1	119,9	1.508	6,4	19,9	10.825	7,8	70,5
<b>Nordeste</b>	34.639	30,1	131,7	5.807	24,8	21,3	40.446	29,2	75,5
<b>Sudeste</b>	44.360	38,5	112,5	10.405	44,4	25,1	54.765	39,5	67,7
<b>Sul</b>	17.023	14,8	124,6	3.652	15,6	26,0	20.675	14,9	74,6
<b>Centro-Oeste</b>	9.826	8,5	142,8	2.023	8,6	28,8	11.849	8,5	85,3
<b>Total</b>	115.244	100,0	122,5	23.435	100,0	24,1	138.679	100,0	72,4

a) Excluídos 137 registros com sexo ignorado

b) Excluídos 119 registros com região de residência ignorada

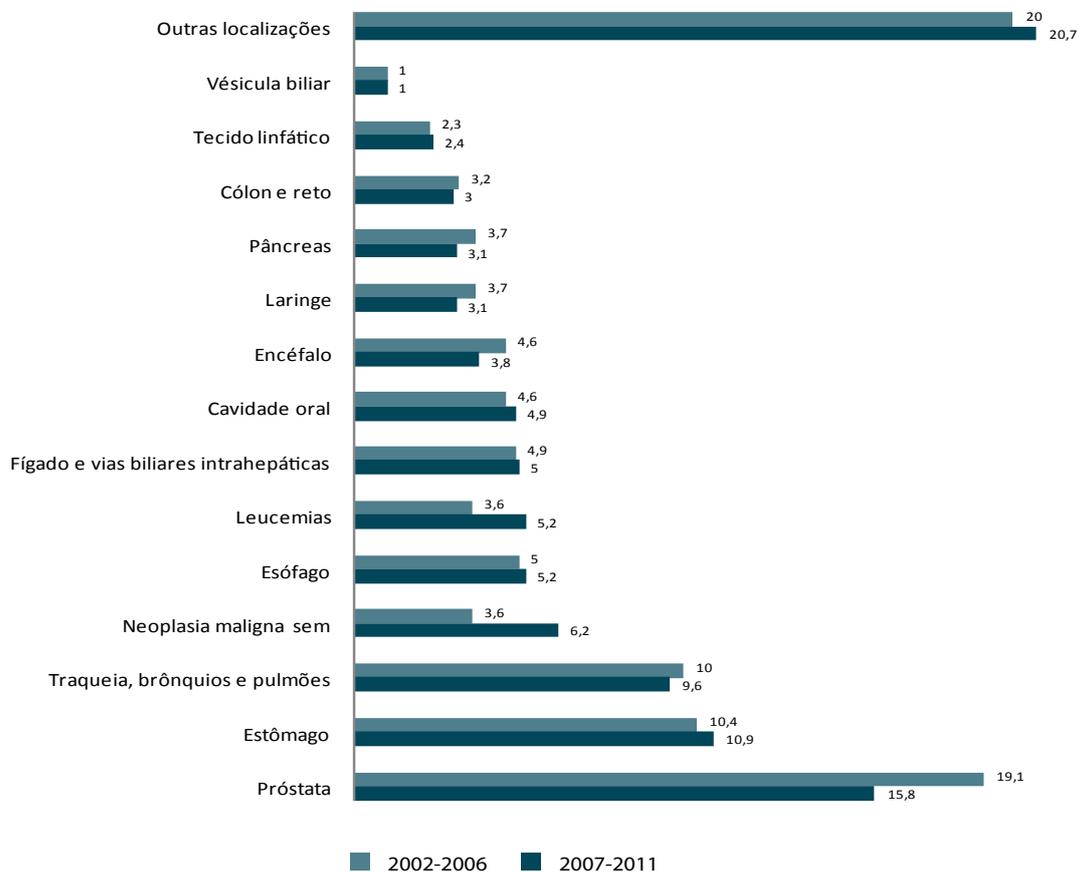
**Fonte:** (BRASIL, 2011b, p.234, adaptado).



Embora não exista grande diferença nos coeficientes de mortalidade por neoplasias malignas, é preciso destacar que, entre os homens, predominam os cânceres de pulmão, vindo a seguir os de próstata e o de estômago. A análise de séries históricas de mortalidade no Brasil mostra claramente a importância crescente do câncer de próstata, que já suplanta a neoplasia maligna de estômago há alguns anos (LAURENTI; JORGE; GOTLIEB, 2005).

No estado da Paraíba, o que se percebe é que, em relação à mortalidade por cânceres na população masculina, o tumor da próstata já se destaca como o de maior prevalência, além de ter tendência crescente em relação aos períodos 2002–2006 e 2007–2011.

**Gráfico 07** – Distribuição proporcional do total de mortes por câncer, segundo localização primária do tumor, em homens, Paraíba, para os períodos entre 2002-2006 e 2007-2011



Fonte: (INCA, c1996-2013, adaptado).

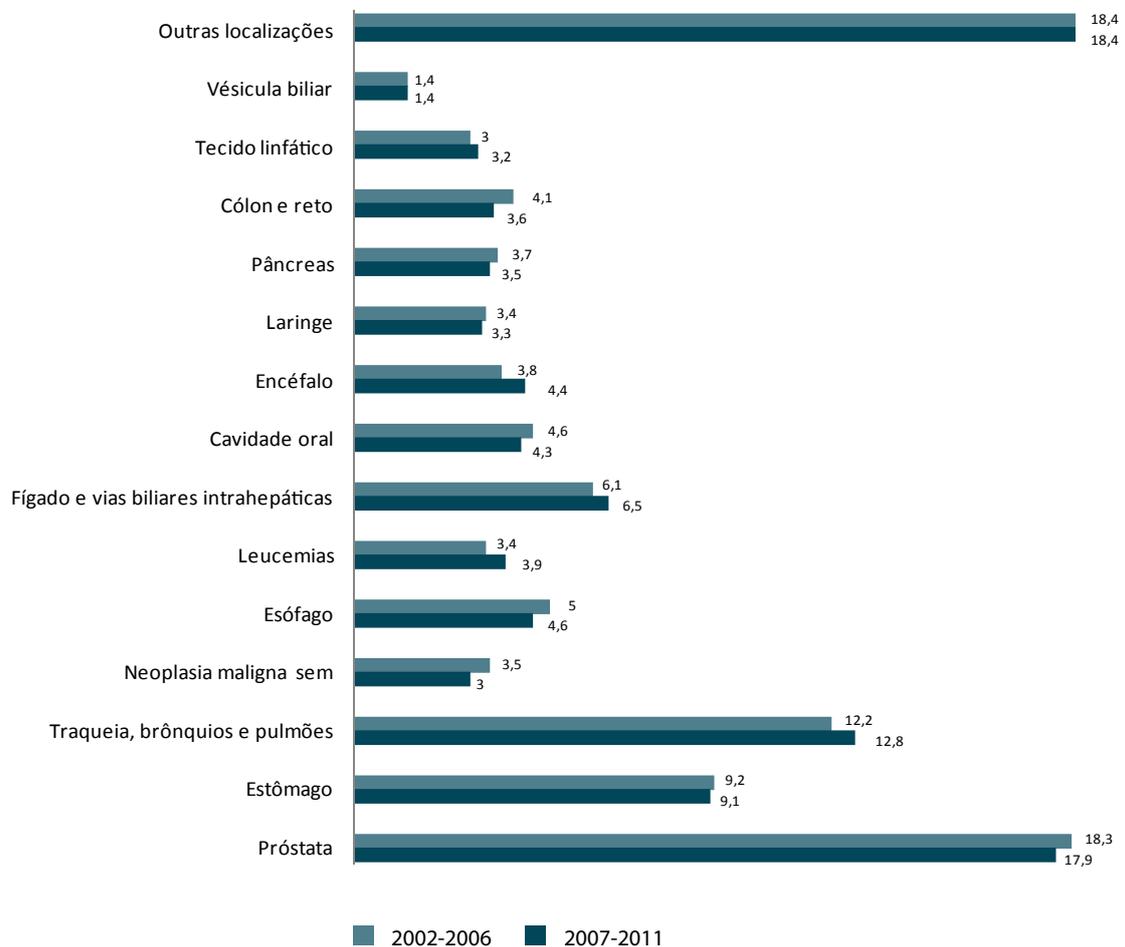
Por outro lado, no estado de Pernambuco, o câncer de próstata também apresenta maior prevalência em relação aos outros tumores, mas mesmo apresentando tendência a aumento no período avaliado, não foi tão significativo quanto no estado da Paraíba. Outro ponto de destaque é a tendência à diminuição nos tumores de traqueia, brônquios, pulmões, fígado e vias biliares.



Dentre as doenças do aparelho digestivo, podem-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% devem-se à doença por consumo de álcool, 36% à fibrose e cirrose e 18% a outras doenças do fígado (BRASIL, 2008a).

Por outro lado, em relação à mortalidade proporcional, de acordo com os capítulos da CID–10, entre homens apresenta uma tendência de redução da proporção de óbitos por doenças do aparelho circulatório e tendência de aumento nas seguintes causas: neoplasias, doenças endócrinas e causas externas (BRASIL, 2012a).

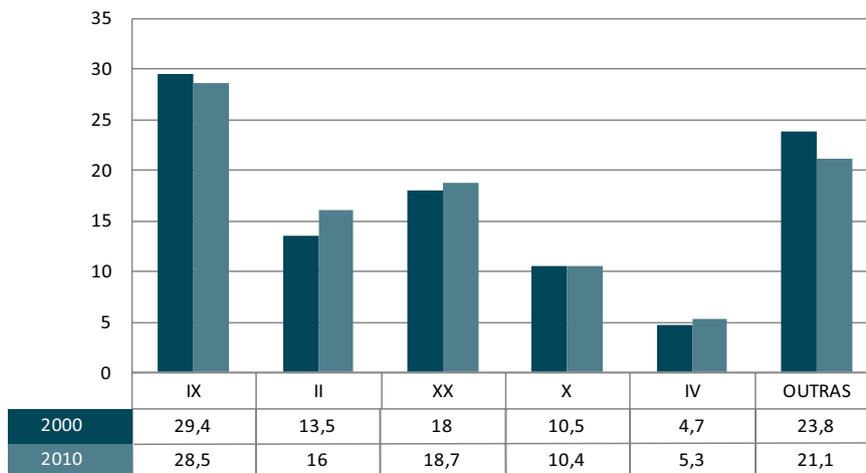
**Gráfico 08** – Distribuição proporcional do total de mortes por câncer, segundo localização primária do tumor, em homens, Pernambuco, para os períodos entre 2002-2006 e 2007-2011



Fonte: (INCA, c1996-2013, adaptado).



**Gráfico 09** – Mortalidade proporcional (%) por capítulos da CID\* no sexo masculino, Brasil, 2000 e 2010



Fonte: (BRASIL, 2012a, p.121, adaptado).

## Saiba +

### Sites

Para realizar uma análise mais detalhada do perfil de mortalidade masculina, consulte o material Mortalidade do adulto no Brasil: taxas de mortalidade segundo o sexo, as causas e as Regiões, 2010, disponível em: <[http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2013/Fev/21/sau-debrasil2011\\_parte1\\_cap7.pdf](http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2013/Fev/21/sau-debrasil2011_parte1_cap7.pdf)>. Acesso em: 25 set. 2013.

Leia também o Perfil da situação de saúde do homem no Brasil (2012), disponível em : <<http://u.saude.gov.br/images/pdf/2014/maio/21/CNSH-DOC-Perfil-da-Situa----o-de-Sa--de-do-Homem-no-Brasil.pdf>> Acesso em: 26 ago. 2015.

Nos artigos a seguir, os autores fazem uma discussão ampliada sobre as principais causas de morbimortalidade masculina:

LAURENTI, R.; JORGE, M. H. P. de M.; GOTLIEB, S. L. D. Perfil epidemiológico da morbimortalidade masculina. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 35-46, jan./mar., 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n1/a04v10n1.pdf>>. Acesso em: 30 set. 2013.

LUIZAGA, C. T. de M.; GOTLIEB, S. L. D. Mortalidade masculina em três capitais brasileiras, 1979 a 2007. *Rev Bras Epidemiol*, v. 16, n. 1, p. 87-99, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v16n1/1415-790X-rbepid-16-01-0087.pdf>>. Acesso em: 25 set. 2013.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). A qualidade da informação sobre a mortalidade no Brasil recente e avaliação do impacto das causas violentas no número de anos de vida perdidos. In: IBGE. *Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil*. n. 25. Rio de Janeiro: IBGE, 2009. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic\\_sociosaude/2009/indicsaude.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/indicsaude.pdf)>. Acesso em: 25/09/2013.

VIEIRA, S. O câncer e a saúde do homem: um panorama completo dos tumores que acometem a população masculina. *Revista Onco& – Oncologia para todas as especialidades*, São Paulo, a. 2, n. 11, p. 12-18, maio/jun., 2012. Disponível em: <[http://revistaonco.com.br/wp-content/uploads/2012/05/ONCO\\_11.pdf](http://revistaonco.com.br/wp-content/uploads/2012/05/ONCO_11.pdf)>. Acesso em: 25 set. 2013.



Para você ter acesso a dados sobre morbimortalidade da população masculina dos estados de Paraíba e Pernambuco, acesse os links abaixo:

TABNET – ÓBITOS/PARAÍBA. Disponível em: <<http://tabnet.saude.pb.gov.br/deftohtm.exe?tabdo/tabnetsimpb.def>>. Acesso em: 25 set. 2013.

ATLAS DE MORTALIDADE POR CÂNCER – INCA (Instituto Nacional de Câncer). Disponível em: <<http://mortalidade.inca.gov.br/Mortalidade/prepararModelo04.action>>. Acesso em: 25 set. 2013.

PACTO PELA SAÚDE/SISPACTO. Cadastro e metas para indicadores de monitoramento e avaliação do pacto pela saúde: prioridades e objetivos. Estado: PARAÍBA. Disponível em: <<http://portalweb04.saude.gov.br/sispacto/menu.asp>>. Acesso em: 31 out. 2013.

PACTO PELA SAÚDE/SISPACTO – Cadastro e metas para indicadores de monitoramento e avaliação do pacto pela saúde: prioridades e objetivos Estado: PERNAMBUCO. Disponível em: <<http://portalweb04.saude.gov.br/sispacto/menu.asp>>. Acesso em: 31 out. 2013.

Nos links para acesso ao Pacto pela Saúde, após abrir a página do SISPACTO, clique em relatórios, que aparece no lado esquerdo da tela. Em seguida, clique em relatórios estaduais e localize o estado que você deseja consultar.

# 3 PROGRAMAS, POLÍTICAS E PACTOS DE SAÚDE PARA O HOMEM NO BRASIL

A seguir, descreveremos os principais programas, políticas e pactos que têm relação com a saúde do homem no Brasil. Recomendamos que você consulte os links complementares para saber mais sobre cada um deles.

## 3.1 PACTO PELA SAÚDE

Aprovado por unanimidade pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) e publicado na Portaria GM/MS nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, o Pacto pela Saúde é um conjunto de reformas institucionais do SUS pactuado entre as três esferas de gestão (União, Estados e Municípios), com o objetivo de promover a melhoria dos serviços ofertados à população e a garantia de acesso a todos. Também redefine as responsabilidades de cada gestor em função das necessidades de saúde da população e na busca da equidade social. Sua adesão se constitui em um processo de cooperação permanente entre os gestores e negociação local, regional, estadual e federal.

O pacto pela saúde se divide em 3 eixos:

1. Pacto em defesa do SUS: defesa dos princípios do SUS, qualificação do SUS como política pública;
2. Pacto pela gestão do SUS: processo continuado de pactuação intergestores – responsabilidades sanitárias e diretrizes de gestão;
3. Pacto pela vida: compromisso entre os gestores do SUS em torno das responsabilidades nacionais, estaduais, regionais e municipais, com definições de metas e ações.

Por meio da Portaria nº 325/GM, de 21 de fevereiro de 2008, o Ministério da Saúde estabeleceu novas prioridades, objetivos, metas e indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde para o ano de 2008, no qual foi inserido



como uma das prioridades a Saúde do Homem, cuja meta era a de promover a saúde integral do homem, com a elaboração, publicação e implantação da Política Nacional de Saúde do Homem.

## Saiba

### Sites

Para saber mais sobre o assunto, recomendamos que você veja os links a seguir:

BRASIL. Ministério da Saúde. Pacto pela Saúde. SISPACTO - Aplicativo do Pacto pela Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, [2011?c]. Disponível em: <<http://portalweb04.saude.gov.br/sispacto/>>. Acesso em: 26set.2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministério. Portaria nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o pacto pela saúde 2006 - Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>>. Acesso em: 26set.2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministério. Portaria nº 325 de 21 de fevereiro de 2008. Estabelece prioridades, objetivos e metas do Pacto pela Vida para 2008, os indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde e as orientações, prazos e diretrizes para a sua pactuação. Brasília: Ministério da Saúde, 2008b. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/GM/GM-325.htm>>. Acesso em: 27set. 2013.

MACHADO, R. R. et al. Entendendo o pacto pela saúde na gestão do SUS e refletindo sua implementação. Rev. Eletrônica de Enfermagem, v. 11, n. 1, p. 181-187, 2009. Disponível em: <[http://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v11/n1/pdf/v11n1a23.pdf](http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v11/n1/pdf/v11n1a23.pdf)>. Acesso em: 27set.2013.

## 3.2 POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM (PNAISH)

Foi instituída por meio da Portaria nº 1.944, de 27 de agosto de 2009. Destaca-se por ser um programa pioneiro dentre os países da América Latina, lançado após 20 anos de implantação do SUS no Brasil. Visa abranger a faixa etária de 20 a 59 anos, melhorando a assistência oferecida aos homens por meio de ações de informação, proteção e promoção da saúde assim como tratamento e recuperação de agravos, além de uma mudança cultural no que diz respeito ao comportamento masculino nessa área (BRASIL, 2008a).

A PNAISH está alinhada com a Política Nacional de Atenção Básica – porta de entrada preferencial ao Sistema Único de Saúde – primando pela humanização da atenção, e em consonância com os princípios do SUS, fortalecendo ações e serviços em redes e cuidados da saúde. Ela norteia as ações de atenção integral



à saúde do homem, visando estimular o autocuidado e, sobretudo, o reconhecimento de que a saúde é um direito social básico e de cidadania de todos os homens brasileiros (BRASIL, 2008a).

Tem como objetivo principal:

Promover a melhoria das condições de saúde da população masculina do Brasil, contribuindo, de modo efetivo, para a redução da morbidade e mortalidade dessa população através do enfrentamento racional dos fatores de risco e mediante a facilitação ao acesso, às ações e aos serviços de assistência integral à saúde. (BRASIL, 2008a).

Além disso, a PNAISH propõe uma reorientação das ações de saúde, com foco na Estratégia de Saúde da Família (ESF), de modo que essa política seja integrada e executada juntamente com as demais políticas, programas, estratégias e ações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2008a).

### Para refletir

Você já teve oportunidade de discutir a PNAISH com os demais membros da equipe de saúde? Quais são as ações desenvolvidas na sua unidade de saúde para os homens? Como é a adesão da população a essas ações? Quais são suas principais dificuldades?

### Saiba

Conheça o estudo que avaliou a implantação da PNAISH em municípios brasileiros. Nele, foram avaliados como estão sendo desenvolvidas as ações de fortalecimento desta política. Está disponível em: <<http://u.saude.gov.br/images/pdf/2014/maio/21/CNSH-DOC-Fortalecimento-da-PNAISH.pdf>>. Acesso em: 01 fev. 2015.

### Sites

Para você conhecer mais sobre a PNAISH, acesse os links a seguir:

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministério. Portaria nº 1.944, de 27 de agosto de 2009. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1944\\_27\\_08\\_2009.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1944_27_08_2009.html)>. Acesso em: 27 set. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: Plano de Ação Nacional 2009-2011. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_atencao\\_saude\\_homem\\_2009-2011.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_saude_homem_2009-2011.pdf)>. Acesso em: 27 set. 2013.

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, 2008a. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_atencao\\_homem.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_homem.pdf)>. Acesso em: 20 set. 2013.

CARRARA, S.; RUSSO, J. A.; FARO, L. A política de atenção à saúde do homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino. PhysisRevista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p.659-678, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v19n3/a06v19n3.pdf>>. Acesso em: 27set. 2013.



LEAL, A. F; FIGUEIREDO, W. 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. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, n. 10, p.2607-2616, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v17n10/10.pdf>>. Acesso em: 27 set. 2013.

### 3.3 POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO (PNH)

A Política Nacional de Humanização (PNH) foi criada em 2004, como fortalecimento da rede assistencial do SUS e com o objetivo de oferecer uma saúde digna para todos, com profissionais comprometidos com a ética e com a defesa da vida.

Para a PNH, humanizar é ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com o acolhimento, com a melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais.

Como política, a Humanização deve, portanto, traduzir princípios e modos de operar no conjunto das relações entre profissionais e usuários. A humanização supõe troca de saberes (incluindo os dos pacientes e familiares), diálogo entre os profissionais e modos de trabalhar em equipe. Como estratégia de interferência no processo de produção de saúde, considera-se que sujeitos sociais, quando mobilizados, são capazes de transformar realidades, transformando-se a si próprios nesse mesmo processo.

#### PRINCÍPIOS NORTEADORES DA POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO

1. Valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão, fortalecendo/estimulando processos integradores e promotores de compromissos/responsabilização.
2. Estímulo a processos comprometidos com a produção de saúde e com a produção de sujeitos.
3. Fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, estimulando a transdisciplinaridade e a grupalidade.
4. Atuação em rede com alta conectividade, de modo cooperativo e solidário, em conformidade com as diretrizes do SUS.
5. Utilização da informação, da comunicação, da educação permanente e dos espaços da gestão na construção de autonomia e protagonismo de sujeitos e coletivos.



## DIRETRIZES ESPECÍFICAS NA ATENÇÃO BÁSICA

1. Elaborar projetos de saúde individuais e coletivos para usuários e sua rede social, considerando as políticas intersetoriais e as necessidades de saúde.
2. Incentivar práticas promocionais de saúde.
3. Estabelecer formas de acolhimento e inclusão do usuário que promovam a otimização dos serviços, o fim das filas, a hierarquização de riscos e o acesso aos demais níveis do sistema.
4. Comprometer-se com o trabalho em equipe, de modo a aumentar o grau de corresponsabilidade, e com a rede de apoio profissional, visando à maior eficácia na atenção em saúde.

E o acolhimento, como pode ser entendido? Trata-se de uma prática nas ações de atenção e gestão nas unidades de saúde, que favorece a construção de uma relação de confiança e compromisso dos usuários com as equipes e os serviços, contribuindo para a promoção da cultura de solidariedade e para a legitimação do SUS. Com o acolhimento, passa a existir a possibilidade de avanços na aliança entre usuários, trabalhadores e gestores da saúde em defesa do SUS como uma política pública essencial da e para a população brasileira (GENIOLE et al, 2011).

### Para refletir

Como profissional de saúde, suas atitudes contemplam as dimensões abordadas na Política Nacional de Humanização? E qual o envolvimento que você visualiza desta Política com a Saúde do Homem? Você acredita que a falta de acolhimento pode dificultar o acesso dos homens às unidades de saúde?

### Saiba

#### Sites

Para conhecer mais sobre a Política Nacional de Humanização, acesse os links: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/doc\\_base.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/doc_base.pdf)> (BRASIL, 2004) e <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus\\_gestores\\_trabalhadores\\_sus\\_4ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_gestores_trabalhadores_sus_4ed.pdf)> (BRASIL, 2008c).

A Política Nacional de Humanização possui um caderno específico para a Atenção Básica. Para conhecê-lo, acesse o link: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humaniza\\_sus\\_atencao\\_basica.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humaniza_sus_atencao_basica.pdf)> (BRASIL, 2009c).

E para entender mais sobre acolhimento, acesse a cartilha denominada Acolhimento nas práticas de produção de saúde, disponível no link: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento\\_praticas\\_producao\\_saude.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf)> (BRASIL, 2010a).pdf>. Acesso em: 27set. 2013.



## 3.4 POLÍTICA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

Entre as prioridades do Pacto em Defesa da Vida, encontra-se a publicação da Política Nacional de Promoção da Saúde, que ratifica o compromisso do Ministério da Saúde na ampliação e qualificação das ações de promoção da saúde nos serviços e na gestão do SUS. Trata-se de uma política transversal, integrada e intersetorial, que dialoga com as diversas áreas do setor sanitário, os outros setores do Governo, os setores privados e não governamentais e a sociedade, compondo redes de compromisso e corresponsabilidade quanto à qualidade de vida da população, de forma que todos sejam partícipes no cuidado com a saúde (BRASIL, 2006b).

A Política Nacional de Promoção da Saúde foi revisada no ano de 2015 visando se adequar aos novos desafios e compromissos no contexto da saúde nacional.

Ela destaca a necessidade de articulação com outras políticas públicas para fortalecê-la, com o imperativo da participação social e dos movimentos populares, em virtude da impossibilidade de que o setor sanitário responda sozinho ao enfrentamento dos determinantes e condicionantes da saúde. Para tal, toma como referência alguns temas transversais para a formulação de agendas de promoção da saúde e para a adoção de estratégias e temas prioritários, operando em consonância com os princípios e os valores do SUS, como:

- » Determinantes Sociais da Saúde (DSS);
- » equidade e respeito à diversidade;
- » produção de saúde e cuidado;
- » vida no trabalho;
- » cultura da paz e direitos humanos, entre outras (BRASIL, 2015).

O objetivo principal dessa política é promover a equidade e a melhoria das condições e dos modos de viver, ampliando a potencialidade da saúde individual e coletiva e reduzindo vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais (BRASIL, 2015).

### Saiba

#### Sites

Para conhecer melhor a Política Nacional de Promoção da Saúde, você pode ver o link:  [<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_promocao\\_saude\\_3ed.pdf >](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf) . Acesso em: 28 out. 2013. (BRASIL, 2010b).

Para ter acesso à Política Nacional de Promoção da Saúde revisada e identificar todas as atualizações da versão de 2015, acesse:  [<http://promocaodasaude.saude.gov.br/promocaodasaude/arquivos/pnps-2015\\_final.pdf >](http://promocaodasaude.saude.gov.br/promocaodasaude/arquivos/pnps-2015_final.pdf) . Acesso em: 01 fev. 2015.

## **4 A ORGANIZAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO PLANEJAMENTO DE AÇÕES E AVALIAÇÃO DE RISCOS À SAÚDE DO HOMEM**

Uma das diretrizes da PNAISH é a reorganização das ações de saúde por meio de uma proposta inclusiva, na qual os homens considerem os serviços de saúde, sobretudo as unidades básicas de saúde ou unidades de saúde da família, também como espaços masculinos e, por sua vez, esses serviços reconheçam os homens como sujeitos que necessitem de cuidados (SILVA et al, 2012).

A compreensão das barreiras institucionais é importante para a proposição estratégica de medidas que venham a promover o acesso dos homens aos serviços de atenção primária, que deve ser a porta de entrada preferencial ao sistema de saúde, a fim de resguardar a promoção e a prevenção como eixos fundamentais de intervenção (SILVA et al, 2012).

Nesse contexto, estudos vêm relacionando a masculinidade tradicional como o principal obstáculo para o acesso dessa parcela populacional aos serviços de saúde, sobretudo àqueles que estão voltados à promoção da saúde. A busca por esse tipo de serviço pode ser considerado sinônimo de fraqueza, realidade que vai de encontro com os preceitos da hegemonia masculina, na qual os homens são educados para não demonstrar qualquer traço de fragilidade. Some-se a isso o fato de as unidades básicas e de saúde da família por serem compostas por muitos profissionais do sexo feminino e serem frequentadas, sobretudo, por mulheres, provocam uma sensação de não pertencimento a tais espaços (FIGUEIREDO, 2005; BRAZ, 2005; GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007; BRITO; SANTOS, 2010 ; SILVA et al, 2012).

Os estudos apontam ainda outros motivos pela baixa demanda masculina na Atenção Básica, como: a organização dos serviços, a demora em conseguir atendimento médico, o horário de funcionamento incompatível com a jornada de trabalho daqueles inseridos no mercado formal, a ausência de programas específicos para atender aos homens, o déficit no processo de abordagem e de cuidar/cuidado da população masculina por parte dos profissionais, a ausência de acolhimento ou o acolhimento pouco atrativo, a frágil qualificação profissional para lidar com o segmento masculino.



O certo é que muitos agravos que acometem a população masculina poderiam ser evitados, caso fossem realizadas, com regularidade, as medidas de prevenção primária. A resistência masculina à atenção primária aumenta não somente a sobrecarga financeira da sociedade mas também o sofrimento físico e emocional do paciente e de sua família na luta pela conservação da saúde e da qualidade de vida dessas pessoas (BRASIL, 2008a).

O fortalecimento e a qualificação da atenção primária garantem a promoção da saúde e a prevenção aos agravos evitáveis, dado o reconhecimento de que os homens adentram o sistema de saúde por meio da atenção especializada, agravando a morbidade pelo retardamento na atenção e maior custo para o SUS (BRASIL, 2008a).

Assim, ao serem elaboradas estratégias voltadas à conscientização do grupo masculino sobre a adoção de hábitos mais saudáveis, o primeiro passo a ser dado é a sensibilização dos profissionais de saúde que atuam na atenção básica para que compreendam os padrões culturalmente arraigados na população acerca do que é ser homem, as principais barreiras possam ser superadas, e essa população possa efetivamente ser acolhida (BRITO; SANTOS, 2010 ).

## 4.1 CONHECENDO A POPULAÇÃO MASCULINA DA SUA ÁREA DE ABRANGÊNCIA

Você já sabe a importância de os profissionais da atenção básica conhecerem bem as características da sua população adscrita. Sem essa informação, fica difícil se planejar o trabalho a ser desenvolvido.

Como aqui estamos discutindo a saúde do homem, enfatizamos a necessidade de que seja realizado um levantamento sobre o perfil de morbimortalidade dessa população, antes mesmo das ações de prevenção e promoção à saúde serem pensadas.

Como a população masculina é caracterizada pela faixa etária de 20 a 59 anos, uma sugestão é que se definam, por grupos etários, as causas de adoecimento e morte mais prevalentes, e, a partir disso, sejam estruturadas as ações de saúde.

Uma sugestão é você utilizar as informações contidas no quadro a seguir para construir o perfil da sua população masculina.



**Quadro 02** – Indicadores para a análise do perfil da população masculina

<b>Cadastro do número de indivíduos masculinos entre 20 e 59 anos.</b>
Homens diabéticos cadastrados.
Homens diabéticos acompanhados.
Homens hipertensos cadastrados.
Homens hipertensos acompanhados.
Homens com tuberculose cadastrados.
Homens com tuberculose acompanhados.
Homens com hanseníase cadastrados.
Homens com hanseníase acompanhados.
Hospitalizações ocorridas no mês: Por abuso de álcool. Por complicações do Diabetes. Por outras causas.
Internações em hospital psiquiátrico.
Óbitos ocorridos no mês

**Fonte:** (UFSC, 2013, adaptado).

## Saiba +

### Sites

Consulte os links a seguir para saber mais sobre o assunto:

Novo sistema de informação do SUS, o E-SUS Atenção Básica: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/esus.php>>. Acesso em: 1out. 2013. (PORTAL..., 2012).

Portal da atenção básica e seus sistemas de informação: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/sistemas.php>>. Acesso em: 01 de out. de 2013. (BRASIL, [20--?d]).

DATASUS/ Informações de Saúde (TABNET): <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203>>. Acesso em: 01 de out. de 2013. (BRASIL, c2008).



## 4.2 INSERÇÃO DA ATENÇÃO E CUIDADO AO HOMEM NO PROCESSO DE TRABALHO DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Para alcançar a efetividade desejada na atenção básica, consideram-se necessários o planejamento e a implementação de ações de saúde em cada contexto. Esses exigem conhecimentos detalhados sobre as condições de vida das pessoas que ali residem, sobre as especificidades do processo de organização das ações realizadas na assistência à saúde e gestão do trabalho das equipes e dos profissionais envolvidos. Assim, pode-se delinear o que é necessário e o que é possível se realizarem um determinado local (KRUG et al, 2010).

O processo de trabalho na Estratégia Saúde da família é caracterizado pela interdisciplinaridade e pelo trabalho em equipe. Há uma soma dos diversos saberes e das práticas das categorias profissionais por meio de uma abordagem integral e resolutiva (BRASIL, 2012b).

O trabalho em equipe é tido como proposta estratégica para enfrentar o intenso processo de especialização na área da saúde. Esse processo caracteriza-se pelo aprofundamento vertical do conhecimento e da intervenção em aspectos individualizados das necessidades de saúde (PAVONI; MEDEIROS, 2009).

Sendo assim, o ideal é mobilizar toda a equipe, para que juntos possam efetivamente planejar as ações que serão desenvolvidas para a população masculina. Para ajudar nesse processo, relembremos algumas características do processo de trabalho das equipes de atenção básica:

- I. **Definição do território de atuação e da população** sob a responsabilidade das unidades básicas de saúde e das equipes;
- II. Programação e implementação das atividades de atenção à saúde **de acordo com as necessidades de saúde da população**, com a priorização de intervenções clínicas e sanitárias nos problemas de saúde, segundo critérios de frequência, risco, vulnerabilidade;
- III. Desenvolvimento de **ações que priorizem os grupos de risco e os fatores de risco** clínico-comportamentais, alimentares e/ou ambientais, com a finalidade de prevenir o aparecimento ou a persistência de doenças e danos evitáveis;
- IV. Realização do **acolhimento com escuta qualificada, classificação de risco, avaliação de necessidade de saúde e análise de vulnerabilidade**, tendo em vista a responsabilidade da assistência resolutiva à demanda espontânea e o primeiro atendimento às urgências;
- V. Prover **atenção integral, contínua e organizada à população adscrita**;



- VI. Desenvolvimento de **ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da população**, no desenvolvimento de autonomia, individual e coletiva, e na busca por qualidade de vida pelos usuários;
- VII. Desenvolvimento de **ações intersetoriais**, integrando projetos e redes de apoio social voltados para o desenvolvimento de uma atenção integral;
- VIII. Realização de **atenção domiciliar** destinada a usuários que possuam problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde, que necessitam de cuidados com menor frequência e menor necessidade de recursos de saúde e do cuidado compartilhado com as equipes de atenção domiciliar nos demais casos.

Fonte: (BRASIL, 2012b, grifo nosso).

### 4.3 AÇÕES DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA VOLTADAS PARA A SAÚDE DO HOMEM

Como já vimos, vários estudos apontam que os homens padecem mais de condições severas e crônicas de saúde em comparação às mulheres e, igualmente, morrem mais do que as mulheres pelas mesmas causas de morte. Mesmo com o aumento dos índices de morbimortalidade, eles não costumam procurar as unidades básicas de saúde para orientação ou prevenção de alguma patologia e, quando buscam esses serviços, já estão com alguma doença instalada, portanto o desafio das equipes de saúde da família é inverter esse padrão e encontrar formas de estimular a população masculina para ações de prevenção e cuidados à saúde (SILVA et al, 2012; GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007; FIGUEIREDO, 2005; SCHRAIBER et al, 2010).

É mais do que chegada a hora de se distanciar do modelo biomédico, prescritivo, que não enfatiza a prevenção, mas que ainda predomina nos serviços de saúde e está arraigado na cultura masculina. Deve-se ter um olhar integral no atendimento a essa população, no qual se priorizam as necessidades que vão além daquilo que a clínica pode detectar (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007). Também é necessário que os profissionais da atenção básica verdadeiramente entendam o papel de cada um para que efetivamente a PNAISH possa ser implantada nas unidades de saúde.

A equipe da atenção básica é de fundamental importância no processo de estímulo à população masculina pela procurados serviços de saúde. Diversos esforços devem ser investidos para trazer essa população para participar de atividades de



prevenção e promoção da saúde. Para tal, vale acionar familiares na captação dessa população. A mulher, que geralmente é quem procura a unidade, sendo essa esposa, mãe ou irmã, é um canal interessante para se discutir a importância de trazer seus familiares do sexo masculino para consultas de rotina (BRASIL, 2008a). E como fazer isso?

Na seção 4.1 deste livro, você recebeu orientações sobre como conhecer a população masculina da sua área. Agora é hora de reunir a equipe de saúde e planejar as ações, visando à melhoria dos indicadores e à qualidade de vida dessa população. A seguir, sugerimos alguns exemplos de ações que podem ser desenvolvidas por você e sua equipe:

- » Analisar a situação de saúde da população masculina da sua área adscrita, observando as principais causas de morbidade, internação e mortalidade;
- » Estabelecer ações levando em consideração os fatores socioeconômicos, de morbimortalidade e culturais locais que determinam ou condicionam o modo de vida dos indivíduos, respeitando também as diferenças de idade, já que esse grupo populacional envolve homens na faixa etária de 20 e 59 anos;
- » Realizar a busca ativa de homens para a realização de ao menos uma consulta/ano;
- » Informar a população masculina da sua área a respeito da importância da promoção da saúde e prevenção de agravos aos homens;
- » Facilitar o acesso, com oferta de atendimento em horários alternativos, adequados à população masculina;
- » Promover o acolhimento realizando atendimento humanizado;
- » Realizar ações, visando, principalmente, à promoção da saúde, ao estímulo ao autocuidado e à adesão de homens aos serviços de saúde. São exemplos de ações: orientação e sensibilização da população masculina quanto às medidas disponíveis para detecção precoce do câncer de próstata em pacientes sintomáticos e com disfunção erétil, entre outros agravos do aparelho geniturinário;
- » Incorporar os homens nas ações e atividades educativas voltadas para o planejamento familiar;
- » Estimular a participação paterna no pré-natal, parto, puerpério e no crescimento e desenvolvimento da criança;
- » Ofertar exames previstos para homens que participam do pré-natal masculino;
- » Realizar ações educativas para a prevenção de violências e acidentes, e uso de álcool e outras drogas;



- » Responsabilizar, a cada semana, um profissional pelo desenvolvimento de alguma atividade específica ao homem;
- » Divulgar as ações propostas para os homens por meio dos agentes comunitários de saúde e da população feminina que frequenta a unidade de saúde;
- » Comemorar o Dia Internacional do Homem (também conhecido como Novembro Azul). Vale planejar com a equipe ações de prevenção de doenças e agravos e promoção da saúde voltadas à população masculina.

### Você sabia ?<sup>\*</sup>

O Ministério da Saúde vem apoiando estratégias que estimulem e facilitem o acesso dos homens às unidades básicas de saúde. Como alternativa, desde 2010, propôs, durante o I Seminário Internacional de Saúde do Homem das Américas, a implantação do pré-natal masculino como complemento à PNAISH na Atenção Básica à Saúde.

O objetivo é fazer com que os profissionais de saúde incentivem o homem a acompanhar as consultas do pré-natal durante os nove meses de gestação da parceira, e aproveitem esse momento para realizar exames preventivos e, assim, promover o acesso dos homens aos serviços de saúde.

O princípio básico é estimular a participação e inclusão do homem nas ações de planejamento de sua vida sexual e reprodutiva, focando inclusive na paternidade responsável, ou seja, o homem precisa se cuidar para cuidar da família. A proposta tem relação com o fortalecimento do vínculo homem-mulher e pai-filho(a), podendo este ter reflexo sobre a redução da violência doméstica (SANTOS; FERREIRA, 2013).

Na Paraíba, desde o ano de 2009, foi instituída a Semana Estadual da Saúde do Homem (Lei Nº 8.772, de 15 de abril de 2009). Desde essa época, vários eventos aconteceram com o objetivo de implantar e implementar a PNAISH no Estado.

A primeira semana foi intitulada “Alerta Homem”, por meio da qual se definiu um conjunto de ações que foram efetivadas pela Secretaria de Estado da Saúde em parceria com outras instâncias governamentais e não governamentais, inclusive com a Universidade Federal da Paraíba (UFPB), por intermédio do Laboratório de Estudos e Pesquisas Masculinidades e Saúde, vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, que participou dessa semana com ações de educação em saúde.

### Saiba +<sup>\*</sup>

#### Sites

Para você conhecer mais sobre essa experiência, veja o link a seguir:

FONTES, W. D. de. et al. Atenção à saúde do homem: interlocução entre ensino e serviço Acta Paul Enferm, v. 24, n. 3, p.430-433, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n3/20.pdf>>. Acesso em: 1 out. 2013.



Em Pernambuco, também foi instituída a Semana Estadual de Saúde do Homem por meio da Lei Nº 14.158, de 17 de setembro de 2010, que determina a comemoração e realização de ações voltadas a essa população na segunda semana de agosto. Saiba mais consultando o link: <<http://legis.alepe.pe.gov.br/arquivoTexto.aspx?tiponorma=1&numero=14158&complemento=0&ano=2010&tipo=>>. Acesso em: 1 out. 2013.



## REFERÊNCIAS

BARROS, E. N. de; MELO, M. C. B. de. Câncer de pênis: perfil sócio-demográfico e respostas emocionais à penectomia em pacientes atendidos no Serviço de Psicologia do Hospital de Câncer de Pernambuco. **Rev. SBPH**, v. 12, n. 1, Rio de Janeiro, p. 99–111, jun., 2009. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v12n1/v12n1a08.pdf>>. Acesso em: 30 set. 2013.

BRASIL. Epidemiologia das causas externas no Brasil: morbidade por acidentes e violências. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Saúde Brasil 2010**: uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. cap. 10. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cap\\_10\\_saude\\_brasil\\_2010.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cap_10_saude_brasil_2010.pdf)>. Acesso em: 20 set. 2013.

BRASIL. Epidemiologia das causas externas no Brasil: mortalidade por acidentes e violências no período de 2000 a 2009. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Saúde Brasil 2010**: uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b. cap. 11. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cap\\_11\\_saude\\_brasil\\_2010.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cap_11_saude_brasil_2010.pdf)>. Acesso em: 20 set. 2013.

BRASIL. Ministério da saúde. DATASUS - Departamento de Informática do SUS. Online. c2008. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>>. Acesso em: 20 set. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. **Fortalecimento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH)**: compromisso versus ação na atenção básica. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2013. Disponível em: <<http://u.saude.gov.br/images/pdf/2014/maio/21/CNSH-DOC-Fortalecimento-da-PNAISH.pdf>>. Acesso em: 2 fev. 2016.



BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministério. **Portaria nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o pacto pela saúde 2006 - Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>>. Acesso em: 26 set. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministério. **Portaria nº 325 de 21 de fevereiro de 2008**. Estabelece prioridades, objetivos e metas do Pacto pela Vida para 2008, os indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde e as orientações, prazos e diretrizes para a sua pactuação. Brasília: Ministério da Saúde, 2008b. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/GM/GM-325.htm>>. Acesso em: 27 set. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministério. **Portaria nº 1.944, de 27 de agosto de 2009**. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1944\\_27\\_08\\_2009.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1944_27_08_2009.html)>. Acesso em: 27 set. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Informações de Saúde. **Cadernos de Informações de Saúde Paraíba**. Brasília: Ministério da Saúde, [20--?a]. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/pb.htm>>. Acesso em: 20 set. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Informações de Saúde. **Cadernos de Informações de Saúde Pernambuco**. Brasília: Ministério da Saúde, [20--?b]. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/pe.htm>>. Acesso em: 20 set. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Pacto pela Saúde. **SISFACTO** – Aplicativo do Pacto pela Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, [20--?c]. Disponível em: <<http://portalweb04.saude.gov.br/sisfacto/>>. Acesso em: 26 set. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Rede Interagencial de Informações para a Saúde (Ripsa). **IDB-2011 Brasil**: Indicadores e Dados Básicos para a Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, c2008. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2011/matriz.htm#demog>>. Acesso em: 20 set. 2013.



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, 2008a. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_atencao\\_homem.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_homem.pdf)>. Acesso em: 20 set. 2013.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**: Plano de Ação Nacional 2009-2011. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_atencao\\_saude\\_homem\\_2009-2011.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_saude_homem_2009-2011.pdf)>. Acesso em: 27 set. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **PNAB**: Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. 110 p. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 27 set. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. NúcleoTécnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS**: Documento base para Gestores e Trabalhadores do SUS. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008c. (Série B.Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus\\_gestores\\_trabalhadores\\_sus\\_4ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_gestores_trabalhadores_sus_4ed.pdf)>. Acesso em: 30 set. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. NúcleoTécnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. 5. reimp. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. 44 p. (Série B.Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento\\_praticas\\_producao\\_saude.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf)>. Acesso em: 30 set. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **O Humaniza SUS na atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009c. 40 p. (Série B.Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humaniza\\_sus\\_atencao\\_basica.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humaniza_sus_atencao_basica.pdf)>. Acesso em: 30 set. 2013.



BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**: PNPS: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <[http://promocaodasaude.saude.gov.br/promocaodasaude/arquivos/pnps-2015\\_final.pdf](http://promocaodasaude.saude.gov.br/promocaodasaude/arquivos/pnps-2015_final.pdf)>. Acesso em: 2 fev. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil 2011**: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. 444 p. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_brasil\\_2011.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2011.pdf)>. Acesso em: 23 set. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: 2006b. 60 p. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_promocao\\_saude\\_3ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf)>. Acesso em: 27 set. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_promocao\\_saude\\_3ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf)>. Acesso em: 30 set. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS**: Documento base para Gestores e Trabalhadores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/doc\\_base.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/doc_base.pdf)>. Acesso em: 30 set. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistemas da Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, [20--?d]. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/sistemas.php>>. Acesso em: 28 out. 2013.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Diretoria de Pesquisas Coordenação de Trabalho e Rendimento. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013**: percepção do estado de



saúde, estilos de vida e doenças crônicas: Brasil, grandes Regiões e Unidades da Federação. Rio de Janeiro: IBGE, 2014. Disponível em: <<ftp://ftp.ibge.gov.br/PNS/2013/pns2013.pdf>>. Acesso em: 2 fev. 2016.

BRAZ, M. A construção da subjetividade masculina e seu impacto sobre a saúde do homem: reflexão bioética sobre justiça distributiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 97-104, jan./mar., 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n1/a10v10n1.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2013.

BRITO, R. S.; SANTOS, D. L. A. Homens e ações preventivas em saúde: revisão sistemática de literatura. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, v.4, n.1, p.1118-123, 2010.

BRUM, C. N. de. et al. Assistência de enfermagem: uma reflexão pautada na promoção e na educação em saúde. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, v. 4, n. 1, p. 429-435, 2010.

CAMURÇA, S.; GOUVEIA, T. **O que é Gênero**. 4. ed. Recife: SOS Corpo, 2004. Disponível em: <[http://nucleodireitoshumanoseinclusao.files.wordpress.com/2011/08/cartilha-\\_o\\_que\\_e\\_gc3a3c2aanero\\_\\_4c3a2c2aaedic3a3c2a7c3a2c2a6o\\_miolo1.pdf](http://nucleodireitoshumanoseinclusao.files.wordpress.com/2011/08/cartilha-_o_que_e_gc3a3c2aanero__4c3a2c2aaedic3a3c2a7c3a2c2a6o_miolo1.pdf)>. Acesso em: 20 set. 2013.

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 Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p.659-678, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v19n3/a06v19n3.pdf>>. Acesso em: 27 set. 2013.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Orgs). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

FIGUEIREDO, W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 105-109, jan./mar., 2005. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000100017>>. Acesso em: 30 set. 2013.



FONTES, W. D. de. et al. Atenção à saúde do homem: interlocução entre ensino e serviço **Acta Paul Enferm**, v. 24, n. 3, p. 430-433, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n3/20.pdf>>. Acesso em: 1 out. 2013.

GARCIA, S. M. Conhecer os homens a partir do gênero e para além do gênero. In: ARILHA, M.; RIDENTI, S. G. U.; MEDRADO, B. (Orgs.). **Homens e masculinidades: outras palavras**. São Paulo: Ed. 34, 1998. p. 31-50.

GENIOLE, L. A. I. et al. Assistência multidisciplinar à saúde: vol. 2. Campo Grande, MS: UFMS; Fiocruz Unidade Cerrado Pantanal, 2011. 156 p. Disponível em: <<http://www.portalsaude.ufms.br/manager/titan.php?target=openFile&fileId=359>>. Acesso em: 20 set. 2013.

GIFFIN, K. A inserção dos homens nos estudos de gênero: contribuições de um sujeito histórico. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 47-57, jan./mar., 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n1/a05v10n1.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2013.

GOMES, R. (Org.). **Saúde do homem em debate**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. 228 p.

GOMES, R. et al. As arranhaduras da masculinidade: uma discussão sobre o toque retal como medida de prevenção do câncer prostático. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 6, p. 1975-1984, nov./dez., 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n6/a33v13n6.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2013.

GOMES, R. Sexualidade masculina e saúde do homem: proposta para uma discussão. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 8, n. 3, p. 825-829, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n3/17463.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2013.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F. do; ARAÚJO, F. C. de. 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**, Rio de



Janeiro, v. 23, n. 3, p. 565-574, mar. 2007. Disponível em: <[www.scielosp.org/pdf/csp/v23n3/15.pdf](http://www.scielosp.org/pdf/csp/v23n3/15.pdf)>. Acesso em: 20 set. 2013.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F. do. A produção do conhecimento da saúde pública sobre a relação homem-saúde: uma revisão bibliográfica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 901-911, maio, 2006. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v22n5/03.pdf>>. Acesso: 20 set. 2013.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). A qualidade da informação sobre a mortalidade no Brasil recente e avaliação do impacto das causas violentas no número de anos de vida perdidos. In: IBGE. **Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil**. n. 25. Rio de Janeiro: IBGE, 2009. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic\\_sociosaude/2009/indicsaude.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/indicsaude.pdf)>. Acesso em: 25/09/2013.

IBGE. **Brasil: tábua completa de mortalidade - 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2011. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/tabuadevida/2010/notastecnicas.pdf>>. Acesso em: 23 set. 2013.

IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**. Rio de Janeiro, v. 33, p.1-133, 2013. Disponível em: <[biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/59/pnad\\_2013\\_v33\\_br.pdf](http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/59/pnad_2013_v33_br.pdf)>. Acesso em: 2 fev. 2016.

IBGE. **Tábua completa de mortalidade**. Rio de Janeiro: IBGE, 2012. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/tabuadevida/2012/defaulttab\\_pdf.shtm](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/tabuadevida/2012/defaulttab_pdf.shtm)>. Acesso em: 2 fev. 2016.

INCA (Instituto Nacional do Câncer). **Atlas de mortalidade por câncer**. c2013. Disponível em: <<http://mortalidade.inca.gov.br/Mortalidade/prepararModelo04.action>>. Acesso em: 31 out. 2013.

KOHN, K. C. et al. **A invisibilidade do homem: olhar de gênero para as práticas em saúde**. Rede Iberoamericana e Africana de Masculinidades. c2012. Disponível em: <<http://www.redmasculinidades.com/sites/default/files/archivos/biblioteca/00232.pdf>>. Acesso em: 7 set. 2013.



KRUG, S. B. F. et al. O processo de trabalho na estratégia de saúde da família: o que dizem os profissionais de saúde em Santa Cruz do Sul/RS. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 9, n. 1, p. 77-88, jan./jun., 2010. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/7282/5242>>. Acesso em: 30 set. 2013.

LARANJEIRA, R. et al. **I levantamento nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira**. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2007. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio\\_padroes\\_consumo\\_alcool.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_padroes_consumo_alcool.pdf)>. Acesso em: 27 set. 2013.

LAURENTI, R.; JORGE, M. H. P. de M; GOTLIEB, S. L. D. Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 35-46, jan./mar., 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n1/a04v10n1.pdf>>. Acesso em: 30 set. 2013.

LEAL, A. F; FIGUEIREDO, W. 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. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 10, p. 2607-2616, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v17n10/10.pdf>>. Acesso em: 27 set. 2013.

LIMA, M. J. Gênero, Cultura e Sociedade. In: FERREIRA, M. (Org.). **Mulher, gênero e políticas públicas**. São Luís: UFMA; Salvador: REDOR, 1999. p. 119–133.

LUIZAGA, C.T. de M.; GOTLIEB, S. L. D. Mortalidade masculina em três capitais brasileiras, 1979 a 2007. **Rev Bras Epidemiol**, v. 16, n. 1, p. 87-99, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v16n1/1415-790X-rbepid-16-01-0087.pdf>>. Acesso em: 25 set. 2013.

MACHADO, R. R. et al. Entendendo o pacto pela saúde na gestão do SUS e refletindo sua implementação. **Rev. Eletrônica de Enfermagem**, v. 11, n. 1, p. 181–187, 2009. Disponível em: <[http://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v11/n1/pdf/v11n1a23.pdf](http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v11/n1/pdf/v11n1a23.pdf)>. Acesso em: 27 set. 2013.



MARANHÃO, A. G. K. et. al. Como morrem os brasileiros: caracterização e distribuição geográfica dos óbitos no Brasil, 2000, 2005 e 2009. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Saúde Brasil 2010**: uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. p. 51-78. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_brasil\\_2010.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2010.pdf)>. Acesso em: 2 fev. 2016.

MOURA, E. C.; MALTA, D. C. Consumo de bebidas alcoólicas na população adulta brasileira: características sociodemográficas e tendência. **Rev Bras Epidemiol**, v. 14, n. 1, Supl., p. 61-70, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/rbepid/v14s1/a07v14s1.pdf>>. Acesso em: 27 set. 2013

MOURA, E. **Perfil da situação de saúde do homem no Brasil**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2012. Disponível em: <<http://u.saude.gov.br/images/pdf/2014/maio/21/CNSH-DOC-Perfil-da-Situa---o-de-Sa--de-do-Homem-no-Brasil.pdf>>. Acesso em: 2 fev. 2016.

PAVONI, D. S.; MEDEIROS, C. R. G. Processos de trabalho na Equipe Estratégia de Saúde da Família. **Rev Bras Enferm - REBEn**, Brasília, v. 62, n. 2, p. 265-271, mar./abr., 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n2/a15v62n2.pdf>>. Acesso em: 30 set. 2013.

PERNAMBUCO. **Lei No 14.158, de 17 de setembro de 2010**. Cria a Semana Estadual de Saúde do Homem. Disponível em: <<http://legis.alepe.pe.gov.br/arquivoTexto.aspx?tiponorma=1&numero=14158&complemento=0&ano=2010&tipo=>>>. Acesso em: 30 set. 2013.

PORTAL da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **E-SUS Atenção Básica**. 2012. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/esus.php>>. Acesso em: 1 out. 2013.

SANTOS, E. M. dos; FERREIRA, V. B. Pré-natal masculino: significados para homens que irão (re) experienciar a paternidade. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 16., Vitória, 2013. **Anais...** Vitória: Cofen, 2013. Disponível em:



<<http://apps.cofen.gov.br/cbcentf/sistemainscricoes/arquivosTrabalhos/I52177.E12.T9332.D8AP.pdf>>. Acesso em: 2 fev. 2016.

SCHRAIBER, L. B. et al. Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 5, p. 961-70. 2010. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v26n5/18.pdf>>. Acesso em: 30 set. 2013.

SCHWARZ, E. et al. Política de saúde do homem. **Rev Saúde Pública**, v. 46 (Supl), p.108-116, 2012. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v46s1/co4221.pdf>>. Acesso em: 30 set. 2013.

SENA, E. L. da S. et al. Alcoolismo no contexto familiar: um olhar fenomenológico. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 20, n. 2, p. 310-318, abr./jun., 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n2/a13v20n2.pdf>>. Acesso em: 30 set. 2013.

SILVA, P. A. dos S. et al. A saúde do homem na visão dos enfermeiros de uma unidade básica de saúde. **Esc. Anna Nery**; v. 16, n. 3, p. 561-568, jul./set., 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v16n3/19.pdf>>. Acesso em: 23 set. 2013.

SOUZA, E. R. Masculinidade e violência no Brasil: contribuições para a reflexão no campo da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 59-70, jan./mar., 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n1/a06v10n1.pdf>>. Acesso em: 8 set. 2013.

UFSC (Universidade Federal de Santa Catarina). Centro de Ciências da Saúde. Especialização em Saúde da Família – Modalidade a Distância. **Saúde do adulto: enfermagem**. Florianópolis, 2010. 136 p.

UNIFESP (Universidade Federal de São Paulo). Departamento de Medicina Preventiva. CEBRID (Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas). **II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas**



**no Brasil:** estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país: 2005. São Paulo: CEBRID; UNIFESP, 2006. Disponível em: <[http://revistaonco.com.br/wp-content/uploads/2012/05/ONCO\\_11.pdf](http://revistaonco.com.br/wp-content/uploads/2012/05/ONCO_11.pdf)>. Acesso em: 30 set. 2013.

VIEIRA, L. J. E. de S. et al. Prevenção do câncer de próstata na ótica do usuário portador de hipertensão e diabetes. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 145-152, jan./fev., 2008. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000100019>>. Acesso em: 20 set. 2013.

VIEIRA, S. O câncer e a saúde do homem: um panorama completo dos tumores que acometem a população masculina. **Revista Onco& – Oncologia para todas as especialidades**, São Paulo, a. 2, n. 11, p. 12-18, maio/jun., 2012. Disponível em: <[http://revistaonco.com.br/wp-content/uploads/2012/05/ONCO\\_11.pdf](http://revistaonco.com.br/wp-content/uploads/2012/05/ONCO_11.pdf)>. Acesso em: 25 set. 2013.

VILLELA, W. Gênero, saúde dos homens e masculinidades. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 29-32, jan./mar., 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n1/a03fv10n1.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2013.

XIMENES NETO, F. R. G. X, et al. Trabalho do enfermeiro na atenção à saúde do homem no território da estratégia saúde da família. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v. 4, n. 1, p.1741–1756, 2013.



Execução:



UNIVERSIDADE  
FEDERAL  
DE PERNAMBUCO



Saber  
Tecnologias Educacionais e Sociais

Financiamento:



Ministério da Saúde

FIOCRUZ  
Fundação Oswaldo Cruz

Secretária de  
Gestão do Trabalho  
e Educação na Saúde

Ministério da  
Saúde

