

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, agosto de 2008

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO
2. ABREVIATURAS
3. INTRODUÇÃO
4. METODOLOGIA DE CONSTRUÇÃO DA POLÍTICA
5. DIAGNÓSTICO
 - 5.1. Indicadores demográficos
 - 5.2. Violência
 - 5.2.1. População privada de liberdade
 - 5.3. Alcoolismo e Tabagismo
 - 5.4. Pessoa com deficiência
 - 5.5. Adolescência e velhice
 - 5.6. Direitos sexuais e direitos reprodutivos
 - 5.7. Indicadores de Mortalidade
 - 5.7.1. Causas externas
 - 5.7.2. Tumores
 - 5.7.3. Outras causas de mortalidade
 - 5.8. Indicadores de Morbidade
 - 5.8.1. Causas externas
 - 5.8.2. Tumores
 - 5.8.3. Outras causas de morbidade
6. PRINCÍPIOS
7. DIRETRIZES
8. OBJETIVOS
 - 8.1. Objetivos Gerais
 - 8.2. Objetivos Específicos
9. RESPONSABILIDADES INSTITUCIONAIS
 - 9.1. União
 - 9.2. Estados
 - 9.3. Municípios
10. AVALIAÇÃO
11. BIBLIOGRAFIA

1. APRESENTAÇÃO

O Ministério da Saúde, nos 20 anos do SUS, apresenta uma das prioridades desse governo, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, desenvolvida em parceria entre gestores dos SUS, sociedades científicas, sociedade civil organizada, pesquisadores acadêmicos e agências de cooperação internacional.

A pluralidade das instituições envolvidas nessa construção é um convite e um desafio à consideração da saúde do homem brasileiro nas suas idiossincrasias e similaridades nos 5561 municípios, 26 estados e no Distrito Federal.

Nesse sentido, a política traduz um longo anseio da sociedade ao reconhecer que os agravos do sexo masculino constituem verdadeiros problemas de saúde pública. Um de seus principais objetivos é promover ações de saúde que contribuam significativamente para a compreensão da realidade singular masculina nos seus diversos contextos socioculturais e político-econômicos e que, respeitando os diferentes níveis de desenvolvimento e organização dos sistemas locais de saúde e tipos de gestão, possibilitem o aumento da expectativa de vida e a redução dos índices de morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis nessa população.

Para isso, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem está alinhada com a Política Nacional de Atenção Básica – porta de entrada do Sistema Único de Saúde - e com as estratégias de humanização em saúde, e em consonância com os princípios do SUS, fortalecendo ações e serviços em redes e cuidados da saúde.

O Ministério da Saúde vem cumprir seu papel ao formular a Política que deve nortear as ações de atenção integral à saúde do homem, visando estimular o auto-cuidado e, sobretudo, o reconhecimento que a saúde é um direito social básico e de cidadania de todos os homens brasileiros.

2. ABREVIATURAS

AIH – Autorização de Internação Hospitalar

CID - Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde

CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde

DASIS - Departamento de Análise de Situação de Saúde

DATASUS - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

DPOC - Doenças Pulmonares Obstrutivas Crônicas

ESF - Estratégia de Saúde da Família

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INCA - Instituto Nacional do Câncer

MS - Ministério da Saúde

PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PNH - Programa Nacional de Humanização

SE – Secretaria Executiva

SIA - Sistema de Informação Ambulatorial

SIH - Sistema de Informação Hospitalar

SIM - Sistema de Informação de Mortalidade

SUS - Sistema Único de Saúde

SVS - Secretaria de Vigilância em Saúde

3. INTRODUÇÃO

A proposição da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem visa qualificar a atenção à saúde da população masculina na perspectiva de linhas de cuidado que resguardem a integralidade da atenção. O reconhecimento de que a população masculina acessa o sistema de saúde por meio da atenção especializada requer mecanismos de fortalecimento e qualificação da atenção primária, para que a atenção à saúde não se restrinja à recuperação, garantindo, sobretudo, a promoção da saúde e a prevenção a agravos evitáveis.

Vários estudos comparativos entre homens e mulheres têm comprovado o fato de que os homens são mais vulneráveis às doenças, sobretudo às enfermidades graves e crônicas, e que morrem mais precocemente que as mulheres (Nardi et al, 2007; Courtenay, 2007; IDB, 2006 Laurenti et al, 2005; Luck et al, 2000). Apesar da maior vulnerabilidade e das altas taxas de morbimortalidade, os homens não buscam, como o fazem as mulheres, os serviços de atenção primária (Figueiredo, 2005; Pinheiro et al, 2002), adentrando o sistema de saúde pela atenção ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade, o que tem como consequência agravamento da morbidade pelo retardamento na atenção e maior custo para o sistema de saúde.

A não procura pelos serviços de atenção primária faz com que o indivíduo fique privado da proteção necessária à preservação de sua saúde e continue a fazer uso de procedimentos desnecessários se a procura pela atenção houvesse ocorrido em momento anterior. Muitos agravos poderiam ser evitados caso os homens realizassem, com regularidade, as medidas de prevenção primária. A resistência masculina à atenção primária aumenta não somente a sobrecarga financeira da sociedade, mas também, e, sobretudo, o sofrimento físico e emocional do paciente e de sua família, na luta pela conservação da saúde e da qualidade de vida dessas pessoas.

Tratamentos crônicos ou de longa duração têm, em geral, menor adesão, visto que os esquemas terapêuticos exigem um grande empenho do paciente que, em algumas circunstâncias, necessitam modificar seus hábitos de vida para cumprir seu tratamento. Tal afirmação também é válida para ações de promoção e prevenção à saúde que requer, na maioria das vezes, mudanças comportamentais.

As pesquisas qualitativas apontam várias razões, mas, de um modo geral, podemos agrupar as causas da baixa adesão em dois grupos principais de determinantes, que se estruturam como barreiras entre o homem e os serviços e ações de saúde (Gomes, 2003; Keijzer, 2003; Schraiber et al, 2000) a saber, barreiras sócio-culturais e barreiras institucionais.

Grande parte da não-adesão às medidas de atenção integral, por parte do homem, decorre das variáveis culturais. Os estereótipos de gênero, enraizados há séculos em nossa cultura patriarcal, potencializam práticas baseadas em crenças e valores do que é ser masculino. A doença é considerada como um sinal de fragilidade que os homens não reconhecem como inerentes à sua própria condição biológica. O homem julga-se invulnerável, o que acaba por contribuir para que ele cuide menos de si mesmo e se exponha mais às situações de risco (Keijzer, 2003; Schraiber et al, 2000; Sabo, 2002; Bozon, 2004) A isto se acresce o fato de que o indivíduo tem medo que o médico descubra que algo vai mal com a sua saúde, o que põe em risco sua crença de invulnerabilidade.

Os homens têm dificuldade em reconhecer suas necessidades, cultivando o pensamento mágico que rejeita a possibilidade de adoecer. Ainda, os serviços e as estratégias de comunicação privilegiam as ações de saúde para a criança, o adolescente, a mulher e o idoso.

Uma questão bastante apontada pelos homens para a não procura pelos serviços de atenção primária está ligada a sua posição de provedor. Alega-se que o horário do funcionamento dos serviços de saúde coincide com a carga horária do trabalho. Não se pode negar que na preocupação masculina a atividade laboral tem um lugar destacado, sobretudo em pessoas de baixa condição social o que reforça o papel historicamente atribuído ao homem de ser responsável pelo sustento da família. Ainda que isso possa se constituir, em muitos casos, uma barreira importante, há de se destacar que grande parte das mulheres, de todas as categorias sócio-econômicas, faz hoje parte da força produtiva, inseridas no mercado de trabalho formal, e nem por isso deixam de procurar os serviços de saúde.

Outro ponto igualmente assinalado é a dificuldade de acesso aos serviços assistenciais, alegando-se que, para marcação de consultas, há de se enfrentar filas intermináveis que, muitas vezes, causam a “perda” de um dia inteiro de trabalho, sem que necessariamente tenham suas demandas resolvidas em uma única consulta (Gomes et al, 2007; Kalckmann et al, 2005; Schraiber, 2005).

Ainda que o conceito de masculinidade venha sendo atualmente contestado e tenha perdido seu rigor original na dinâmica do processo cultural (Welzer-Lang, 2001), a concepção ainda prevalente e hegemônica da masculinidade é o eixo estruturante pela não procura aos serviços de saúde. Em nossa sociedade, o “cuidado” é papel considerado como sendo feminino e as mulheres são educadas desde muito cedo para desempenhar e se responsabilizar por este papel (Welzer-Lang, 2004; Lyra-da-Fonseca et al, 2003; Tellería, 2003; Hardy e Jimenez, 2000; Medrado et al, 2005).

A compreensão das barreiras sócio-culturais e institucionais é importante para a proposição estratégica de medidas que venham a promover o acesso dos homens aos serviços de atenção primária, que deve ser a porta de entrada ao sistema de saúde, a fim de resguardar a prevenção e a promoção como eixos necessários e fundamentais de intervenção.

A Política de Atenção Integral à Saúde do Homem deve considerar a heterogeneidade das possibilidades de ser homem. As masculinidades são construídas historicamente e sócio-culturalmente, sendo a significação da masculinidade um processo em permanente construção e transformação. Essa consideração é fundamental para a promoção da equidade na atenção a essa população, que deve ser considerada em suas diferenças por idade, condição sócio-econômica, étnico-racial, por local de moradia urbano ou rural, pela situação carcerária, pela deficiência física e/ou mental e pelas orientações sexuais e identidades de gênero não hegemônicas. É fundamental que ações em saúde resguardem as diferenças nas necessidades de saúde da população de homens no país, sem discriminação.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, portanto, além de evidenciar os principais fatores de morbi-mortalidade na saúde do homem explicita o reconhecimento de determinantes sociais que resultam na vulnerabilidade da população masculina aos agravos à saúde, considerando que representações sociais sobre a masculinidade comprometem o acesso à atenção primária, bem como repercutem de modo crítico na vulnerabilidade dessa população à situações de violência e de risco para a saúde.

A mobilização da população masculina brasileira para a luta pela garantia de seu direito social à saúde é um dos desafios dessa política, que pretende politizar e sensibilizar homens para o reconhecimento e a enunciação de suas condições sociais e de saúde, para que advenham sujeitos protagonistas de suas demandas, consolidando seu exercício e gozo dos direitos de cidadania.

4. METODOLOGIA DE CONSTRUÇÃO DA POLÍTICA

Este documento, como instrumento de planejamento, define, no geral, princípios, diretrizes e papéis dos órgãos ou setores responsáveis pela elaboração e execução de planos, programas, projetos e atividades concretas, a serem oportunamente definidos, visando garantir ações e serviços de saúde que possam promover, prevenir, assistir e recuperar a saúde da população masculina.

Para além da consideração das determinações sociais da saúde, optou-se estrategicamente pela identificação das principais enfermidades e agravos à saúde do homem, motivos pelos quais efetivamente já chegam ao sistema de saúde, buscando não apenas sinalizar desafios para a qualificação da atenção primária, mas também o esclarecimento de medidas necessárias à resolução do contingenciamento de demandas decorrentes da não procura pela atenção à saúde antes que os agravos requeressem atenção especializada.

Desta forma, grande parte da fundamentação da Política de Atenção Integral à Saúde do Homem se estabeleceu mediante um recorte estratégico da população de homens, focando homens adultos. Considerando que meninos e idosos são levados aos serviços de saúde, o recorte etário de homens na faixa de 25 a 59 anos, apesar de não configurar restrição da população alvo da política, foi uma estratégia metodológica necessária para a consideração da problemática a ser enfrentada na atenção especializada. Este grupo etário corresponde a 41,3 % da população masculina ou a 20% do total da população do Brasil. Ele corresponde a parcela preponderante da força produtiva, e além do mais exerce um significativo papel sociocultural e político.

Foi constatado que aproximadamente 75% das enfermidades e agravos da população adulta de homens está concentrada, sobretudo, em 5 (cinco) grandes áreas especializadas: cardiologia, urologia, saúde mental, gastroenterologia e pneumologia. A partir desta constatação foram convidadas as Sociedades Médicas representativas destas áreas, juntamente com a participação de pesquisadores acadêmicos, profissionais da saúde, representantes do CONASS e CONASEMS e de entidades civis organizadas que participaram de 5 (cinco) eventos distintos, onde foram traçados consensos. Foi ainda realizada reunião com a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade.

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

Na formulação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem teve-se também a clareza de integrá-la às outras Políticas de Saúde. Esta integração

transversal também se reflete na interdependência e necessária cooperação de todos, somando experiências e discutindo exaustivamente diretrizes, que possibilitem as melhores opções de construção e operacionalização dessa política, o que dará a cada segmento, gestor ou executor, a co-responsabilidade pela correta implementação das ações, em benefício da população a ser assistida.

Outro tema a ser considerado diz respeito à violência, fenômeno difuso, complexo, multi-causal, com raízes em fatores socioculturais, políticos, econômicos e psico-biológicos.

Dado a complexidade do problema, há de se enfatizar que a promoção da saúde, a prevenção da violência e a edificação de uma cultura da paz voltada para a população masculina, devem basear-se na intra e inter-setorialidade e interdisciplinaridade.

A idéia central deste documento foi desenvolvida de modo articulado com a “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher”, recuperando experiências e conhecimentos produzidos naquela área, promovendo ações futuras em consonância, tanto em princípios como em práticas.

Em documento posterior será apresentado um Plano de ação no qual constarão os objetivos, as estratégias, ações, metas, indicadores e responsabilidades operacionais.

Os atores que construíram a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem reafirmam a importância de alguns eixos metodológicos, conceituais e práticos, que consideram fundamentais para orientar à formulação de estratégias e ações:

- A mudança do foco programático, saindo do restrito campo da “adesão a programas assistenciais de saúde”, para uma perspectiva mais ampla que privilegie um novo paradigma baseado na atenção integral, valorizando, fundamentalmente, a promoção da saúde e a qualidade de vida, bem como a Educação como importante estratégia para promover mudanças comportamentais indispensáveis à consolidação das ações propostas;
- Este documento abre espaço para uma articulação com outras ações governamentais e da sociedade organizada, especialmente aqueles que atuam em locais coletivos de sociabilidade ocupados por homens, tais como: empresas, sindicatos, campos de futebol, estações rodoviárias, metrô, quartéis, escolas etc;

- Finalmente, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem está alinhada com a Política Nacional de Atenção Básica – porta de entrada do Sistema Único de Saúde - e com as estratégias de humanização em saúde, em consonância com os princípios do SUS, fortalecendo ações e serviços em redes e cuidados da saúde, privilegiando a Estratégia de Saúde da Família, evitando assim, a setorialização de serviços ou a segmentação de estruturas.

5. DIAGNÓSTICO

Estudos que sugerem ser necessária a reflexão da especificidade da saúde da população masculina indicam linhas temáticas que estruturam o debate sobre a saúde do homem. A noção comum é a de que o início desse debate, na década de 70, se caracterizou pela associação do modelo da masculinidade tradicional, a déficits e/ou agravos à saúde (Gomes e Nascimento, 2006; Schaiber *et all*, 2005). A reflexão crítica em relação à univocidade da masculinidade, no entanto, desdobrou-se no avanço das discussões, que passaram a incorporar as relações de gênero como determinantes do processo de saúde-doença, bem como a resgatar os homens como sujeitos do direito à saúde.

Os temas mais recorrentes no estudo sobre a saúde do homem podem se estruturar em torno de três eixos: violência, tendência à exposição a riscos com conseqüência nos indicadores de morbi-mortalidade, e saúde sexual e reprodutiva.

A Política de Atenção Integral à Saúde do Homem busca oferecer subsídios à reflexão dos determinantes da saúde do homem, bem como apresenta diversos elementos condicionantes para a sua saúde, resguardando a consideração da necessidade de ações de promoção e prevenção, além da recuperação.

Os indicadores apresentados visam oferecer uma visão ampliada do processo de adoecimento e de vulnerabilidade a agravos à saúde na população de homens, buscando conciliar, por um lado, reflexões sobre o comportamento e vida social dessa população, e , por outro, dados epidemiológicos que ilustram os problemas mais prementes em sua saúde, e que devem ser estrategicamente enfrentados.

A consideração de determinantes sociais sobre a saúde do homem prima pelo desenho de estratégias preventivas e de promoção da saúde, mas o reconhecimento das barreiras e da precariedade do acesso de homens aos serviços de atenção primária à saúde implica na necessidade de definição estratégica de linhas de ação com foco na atenção especializada de média e alta complexidade. O diagnóstico sobre a situação da saúde de homens, portanto, reflete esse duplo movimento entre a consideração de determinantes sociais que respaldem ações de prevenção e promoção da saúde a dados epidemiológicos que sinalizam ações necessárias e urgentes no enfrentamento de altos índices de morbimortalidade.

5.1. Indicadores demográficos

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística o total da população residente do Brasil, em 2005, segundo sexo e grupos de idade é da ordem de 184.184.074, sendo 50,8% de população feminina (93.513.055) e 49,2% de população masculina total (90.671.019).

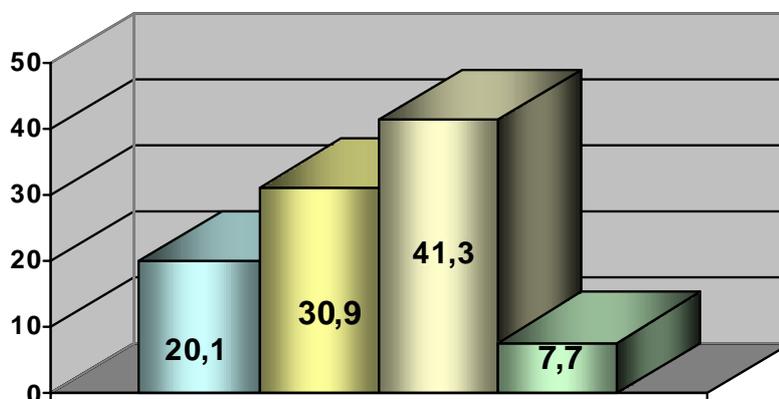
A população de homens no Brasil, com distinção de diferentes fases do ciclo de vida, é delimitada em termos percentuais conforme Tabela 1 e Gráfico 1 :

Tabela 1 - População masculina de acordo com as diferentes fases da vida

Área Técnica	Grupo etário	População	%
Infância	0 - 9	18.200.403	20
Adolescência	10 - 24	28.053.005	31
Idade adulta	25 - 59	37.414.895	41
Idoso	60 ou +	7.002.716	8
TOTAL		90.671.019	100

Fonte: IBGE/PNAD/MS/SE/DATASUS,2005.

Gráfico 1- Distribuição percentual da população masculina



Fonte: IBGE/MS/SE/DATASUS,2005

O grupo populacional masculino dos 25 aos 59 anos corresponde a 37.414.895 habitantes, assim distribuídos nas seguintes faixas etárias, como demonstra a Tabela 2:

Tabela 2 - População masculina dos 25-59 anos, de acordo com as faixas etárias

25 a 29 anos	-	7.421.610
30 a 34 anos	-	6.925.476
35 a 39 anos	-	6.470.059
40 a 44 anos	-	5.552.259
45 a 49 anos	-	4.568.323
50 a 54 anos	-	3.691.489
55 a 59 anos	-	2.785.679

Fonte: IBGE/MS/SE/DATASUS,2005

5.2. Violência

A violência é um fenômeno difuso, complexo, multi-causal, com raízes em fatores sociais, culturais, políticos, econômicos e psico-biológicos, que envolve práticas em diferentes níveis.

O homem é mais vulnerável à violência, seja como autor, seja como vítima. Os homens adolescentes e jovens são os que mais sofrem lesões e traumas devido a agressões, e as agressões sofridas são mais graves e demandam maior tempo de internação, em relação à sofrida pelas mulheres (Souza, 2005).

A socialização é em grande parte responsável pela tendência ao envolvimento em episódios agressivos e de violência por parte dos homens, sendo a masculinidade associada à agressividade, bem como à invulnerabilidade e conseqüente exposição a riscos variados, como o uso abusivo de álcool e outras drogas ilícitas, e o acesso a armas de fogo. A violência, desde que percebida como uma forma social de poder, advém estratégia de empoderamento masculino, mas com ônus para os homens autores de violência, que se vulnerabilizam na adoção de práticas que decorrem em graves danos à saúde física, psíquica e social para si próprios e para os outros.

A integralidade na atenção à saúde do homem implica na visão sistêmica sobre o processo da violência, requerendo a des-essencialização de seu papel de agressor, por meio da consideração crítica dos fatores que vulnerabilizam o homem à autoria da violência, a fim de intervir preventivamente sobre as suas causas, e não apenas em sua reparação.

A violência no sentido amplo deve ser compreendida como determinante dos indicadores de morbi-mortalidade por causas externas em todas as suas dimensões, a saber, acidentes por transporte, agressões e lesões autoprovocadas voluntariamente e/ou suicídios, de acordo com os dados que serão pormenorizadamente apresentados na presente política.

5.2.1. População privada de liberdade

Como conseqüência da maior vulnerabilidade de homens à autoria da violência, a grande maior parte da população carcerária no Brasil é formada por homens.

Embora não existam informações sistematizadas sobre a morbimortalidade nos ambientes prisionais, a atenção para doenças e agravos nesse contexto deve primar pelo fomento a estudos que venham a evidenciar as condições de saúde da população privada de liberdade, seja nos presídios, seja nas instituições de cumprimento de medidas sócio-educativas para menores infratores em situação de semi-liberdade ou de internação.

Vale lembrar que o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, estratégia inter-setorial entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Justiça, prevê o cumprimento do direito à saúde para as pessoas privadas de liberdade,

garantindo ações de saúde em todos os níveis de complexidade, o repasse de medicamentos às unidades de saúde do sistema prisional, a oferta de insumos necessários à prevenção de AIDS e Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), o acesso a vacinas, bem como medidas preventivas em relação à tuberculose, hanseníase, hipertensão, diabetes, e aos agravos psicossociais decorrentes do confinamento.

5.3. Alcoolismo e Tabagismo

Segundo dados a Organização Mundial de Saúde cerca de 2 bilhões de pessoas consomem bebidas alcoólicas no mundo. O uso abusivo do álcool é responsável por 3,2% de todas as mortes e por 4% de todos os anos perdidos de vida útil. Na América Latina, cerca de 16% dos anos de vida útil perdidos estão relacionados ao uso abusivo dessa substância. Este índice é quatro vezes maior do que a média mundial e torna o problema da prevenção e do tratamento dos transtornos associados ao consumo de álcool um grande problema de saúde pública.

No Brasil, diversos estudos comprovam a diferença no consumo de álcool entre homens e mulheres. O Ministério da Saúde publicou em 2008 resultados da pesquisa VIGITEL (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico) que investigou, dentre outras coisas, o consumo de álcool nas 27 capitais. Na tabela 1, temos um resumo das diferenças de consumo sobre o consumo entre homens e mulheres maiores de 18 anos.

Tabela 1 - Percentual de adultos (≥ 18 anos) que, nos últimos 30 dias, consumiram mais do que quatro doses (mulher) ou cinco doses (homem) de bebida alcoólica em um único dia, por sexo, segundo as capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal*. VIGITEL, 2007

Capitais / DF	Sexo					
	Total		Masculino		Feminino	
	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%
Aracaju	15,4	12,6 - 18,2	24,9	19,6 - 30,1	7,7	5,2 - 10,2
Belém	20,3	17,4 - 23,3	34,7	29,5 - 39,9	8,0	5,5 - 10,5
Belo Horizonte	19,6	17,0 - 22,2	30,7	26,0 - 35,4	10,2	7,7 - 12,7
Boa Vista	20,7	17,4 - 24,1	32,3	26,7 - 37,9	9,2	6,3 - 12,2
Campo Grande	18,9	15,9 - 21,9	29,5	24,3 - 34,7	9,3	6,6 - 11,9
Cuiabá	21,1	18,1 - 24,2	33,4	28,5 - 38,2	9,9	6,5 - 13,3
Curitiba	14,1	11,6 - 16,6	24,1	19,5 - 28,7	5,3	3,6 - 6,9
Florianópolis	18,9	16,3 - 21,5	28,6	24,3 - 33,0	10,1	7,3 - 12,8
Fortaleza	19,3	16,0 - 22,7	30,0	24,1 - 35,9	10,6	7,0 - 14,3
Goiânia	16,2	13,7 - 18,6	24,1	19,7 - 28,5	9,2	7,0 - 11,5
João Pessoa	20,0	16,9 - 23,0	33,6	27,9 - 39,3	8,8	6,4 - 11,2
Macapá	19,7	16,7 - 22,7	30,8	25,6 - 36,1	9,3	6,6 - 11,9
Maceió	18,9	15,8 - 22,0	29,9	24,2 - 35,6	9,7	6,9 - 12,4
Manaus	15,3	13,1 - 17,6	25,5	21,5 - 29,4	6,0	4,2 - 7,9
Natal	17,9	15,0 - 20,7	30,4	25,0 - 35,7	7,5	5,3 - 9,8
Palmas	20,7	17,2 - 24,3	31,7	25,9 - 37,5	9,6	5,8 - 13,4
Porto Alegre	15,1	12,8 - 17,4	22,3	18,0 - 26,6	9,2	7,0 - 11,4
Porto Velho	17,4	14,5 - 20,2	26,9	22,0 - 31,7	8,1	5,4 - 10,8
Recife	19,9	16,9 - 23,0	31,8	26,1 - 37,5	10,3	7,9 - 12,8
Rio Branco	15,5	12,4 - 18,6	22,2	17,0 - 27,3	9,3	5,9 - 12,8
Rio de Janeiro	18,9	16,2 - 21,5	26,7	22,2 - 31,2	12,3	9,3 - 15,3
Salvador	21,1	18,5 - 23,7	29,7	25,1 - 34,3	14,0	11,2 - 16,8
São Luís	23,1	19,9 - 26,2	38,7	33,3 - 44,1	10,1	7,3 - 13,0
São Paulo	13,4	11,2 - 15,6	21,1	17,1 - 25,0	6,7	4,5 - 8,9
Teresina	20,9	18,1 - 23,7	36,2	31,0 - 41,4	8,3	6,4 - 10,2
Vitória	19,2	16,8 - 21,6	30,8	26,4 - 35,3	9,4	7,3 - 11,5
Distrito Federal	18,6	15,5 - 21,8	29,3	23,8 - 34,8	9,2	6,4 - 12,1

* Percentual ponderado para ajustar a distribuição sócio-demográfica da amostra VIGITEL à distribuição da população adulta da cidade no Censo Demográfico de 2000.
IC95%: Intervalo de Confiança de 95%.

Transtornos graves associados ao consumo de álcool e outras drogas (exceto tabaco) atingem pelo 12% da população acima de 12 anos, sendo o impacto do álcool dez vezes maior que o do conjunto das drogas ilícitas (CEBRID, 2006). O II Levantamento sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, realizado em 2005 pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, mostra que o uso na vida e a prevalência de dependência do álcool são muito diferentes para homens e mulheres. O uso na vida de álcool é maior para o sexo masculino quando comparado ao feminino. A tabela 1 mostra que a prevalência de dependentes de álcool também é maior para o sexo masculino: 19,5% do homens são dependentes de álcool, enquanto 6,9 das mulheres apresentam dependência. Segundo estes dados, para cada seis pessoas do sexo masculino que faz uso na vida de álcool, uma fica dependente. Entre as mulheres, esta proporção é 10:1.

Tabela 2– Epidemiologia no Brasil: uso e dependência de álcool por gênero e faixa

Faixa Etária	Uso na vida (%)			Dependência (%)		
	Homens	Mulheres	Total	Homens	Mulheres	Total
12-17 anos	52,8	50,8	54,3	7,3	6	7
18-24 anos	83,2	72,6	78,6	27,4	12,1	19,2
25-34 anos	85,1	73	79,5	23,2	7,7	14,7
> 34 anos	86,1	67,6	75	17,3	5,4	10,4
Total	83,5	68,3	74,6	19,5	6,9	12,3

etária

Fonte: I Levantamento Domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas, CEBRID, 2005.

O I Levantamento Nacional sobre os padrões do consumo de álcool na população brasileira (UNIFESP, 2007), também aponta que na população adulta, tanto o uso nocivo quanto a dependência do álcool predominam entre os homens, sendo em média quatro vezes mais comum do que entre mulheres. De acordo com este estudo, 52% dos brasileiros acima de 18 anos bebem , pelo menos 1 vez ao ano. Destes, 65% são homens e 41% são mulheres. Do conjunto dos homens adultos, 11% bebem todos os dias e 28% consomem bebida alcoólica de 1 a 4 vezes por semana (UNIFESP, 2007)

Tabela 3 – Dados 1º Levantamento Nacional sobre Padrão de Consumo de Álcool na População Brasileira

Fonte: 1º Levantamento Nacional sobre Padrão de Consumo de Álcool na População Brasileira – UNIFESP/SENAD (2007)

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 mes)	8%	12%	10%
Ocasional (de 1 a 3 vezes por mes)	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
Ate 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 freqüente pesado	14%	3%	9%
Dependência (critérios do CID-10)	Homens	Mulheres	Média Brasileira
	14%	4%	9%

Diversos estudos mostram que os homens e as mulheres bebem com frequências diferentes. O Relatório do Banco Mundial sobre a dimensão da questão de gênero no consumo de álcool na América Latina (2002), aponta a tendência dos homens a beber mais e a ter mais prejuízos em relação ao álcool. É grande a pressão social para que os homens iniciem o consumo de bebida. As mulheres, por sua vez, sofrem mais com a violência relacionada a seu consumo. No Brasil, as internações de mulheres por transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool, segundo o DATASUS (2006), representaram 2% de todas as internações por transtornos mentais e comportamentais no SUS no ano de 2006. As internações de homens por uso de álcool representaram neste mesmo universo 20% das internações. Não existem, no entanto estudos mais robustos que analisem as séries históricas destes dados.

A magnitude deste problema - um grupo de transtornos de alta e crescente prevalência no Brasil e no mundo, que estigmatiza e promove a exclusão social, no Brasil, de cerca de 6 milhões de pessoas – ainda precisa ser melhor avaliada sob a lente das questões de gênero. Avaliar os determinantes sociais de vulnerabilidade do homem para os problemas com o álcool torna-se, assim, imperioso para a construção de ações efetivas de prevenção e promoção da saúde mental deste segmento. Na medida em que o uso do álcool, como apontam diversos estudos, está sendo iniciado cada vez mais precocemente por homens e mulheres, as ações de promoção e prevenção para jovens e adolescentes também merecem mais investimento e monitoramento.

Em relação ao tabagismo, os homens usam cigarros também com maior frequência que as mulheres, o que lhes acarreta em maior vulnerabilidade a doenças cardiovasculares, câncer, doenças pulmonares obstrutivas crônicas, doenças bucais e outras, relacionadas ao uso regular de cigarro.

Tabela 4: Percentual de fumantes regulares de cigarros na população de estudo de 15 anos ou mais, por sexo, Distrito Federal e 17 capitais brasileiras, 2002-2003 e 2004-2005

Capitais / DF	Total		Sexo			
			Masculino		Feminino	
	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%
Aracaju	12,9	10,4-15,4	16,9	13,0-20,9	10,0	7,3-12,8
Belém	16,0	13,4-18,6	22,2	18,6-25,8	11,3	8,7-14,0
Belo Horizonte	20,4	18,4-22,3	26,1	23,0-29,1	15,9	13,8-18,0
Campo Grande	14,5	11,4-17,6	19,5	14,4-24,6	10,5	7,2-13,8
Curitiba	21,8	19,6-23,9	24,3	21,1-27,4	19,7	17,3-22,2
Florianópolis	21,4	17,9-24,9	24,5	19,7-29,3	18,9	14,6-23,1
Fortaleza	18,4	16,6-20,3	23,9	20,9-26,8	14,2	12,3-16,0
João Pessoa	16,7	14,0-19,3	23,5	19,3-27,6	12,0	9,5-14,6
Manaus	17,5	15,5-19,5	24,2	21,1-27,3	12,0	10,1-14,0
Natal	14,7	12,1-17,3	17,9	14,1-21,7	12,2	9,2-15,2
Palmas	16,1	13,7-18,5	19,8	16,1-23,5	12,6	10,3-15,0
Porto Alegre	25,2	22,4-28,1	28,2	24,1-32,2	22,9	19,7-26,1
Recife	17,4	14,8-20,1	21,9	18,0-25,7	14,1	11,1-16,9
Rio de Janeiro	17,5	15,8-19,1	19,8	17,3-22,3	15,9	13,9-17,9
São Luís	14,6	12,8-16,4	21,0	17,8-24,1	9,7	7,7-11,7
São Paulo	19,9	17,5-22,3	23,1	19,3-26,8	17,5	14,1-20,8
Vitória	17,8	14,6-21,1	20,9	16,0-25,8	15,2	11,6-18,8
Brasília	17,3	15,4-19,2	20,8	17,1-24,4	14,6	12,6-16,7

Fonte: Ministério da Saúde/SVS e Instituto Nacional do Câncer (INCA): Inquérito Domiciliar de Comportamentos de Risco de Morbidade Refevida de Doenças e Agravos não Transmissíveis.

A tendência ao uso abusivo de álcool e tabaco devem ser compreendidas à luz da crença na invulnerabilidade do homem, que deve ser informado sobre os malefícios dessas práticas por meio de ações preventivas e de promoção da saúde e de hábitos saudáveis. O uso de álcool e cigarros, ainda, está diretamente relacionado aos indicadores de morbimortalidade a serem apresentados como requerentes de ações enérgicas na atenção especializada.

5.4. Pessoa com deficiência

A pessoa com deficiência é muitas vezes infantilizada e inferiorizada, encontrando-se em situação de vulnerabilidade social que a expõe a riscos em relação à sua saúde. A crença na invulnerabilidade masculina é dissonante em relação à deficiência física e/ou cognitiva, o que decorre na extrema vulnerabilidade do homem deficiente à violência e exclusão.

De acordo com o CENSO/2000, 24,6 milhões brasileiros declararam ser pessoas com deficiência (14,5 % da população total). São pessoas com alguma dificuldade, com grande dificuldade ou com incapacidade de enxergar, de ouvir, de locomover-se ou com deficiência mental. Do total de pessoas com deficiência, aproximadamente, 11 milhões (11.420.544) são homens: 1.545.462 com deficiência mental; 861.196 com deficiência física (falta de membro ou parte dele). Considerando o grau de severidade da incapacidade, existem no Brasil, 148 000 pessoas cegas, aproximadamente, e 2,4 milhões de pessoas

que declararam ter alguma dificuldade para enxergar. Do total de cegos, 70.100 são do sexo masculino. Analogamente, 166.400 pessoas se declararam incapazes de ouvir, das quais 86.400 são homens. No Brasil quase 900.000 pessoas declararam ter grande dificuldade permanente de ouvir. Também foi pesquisado o quantitativo de pessoas que tem alguma, grande ou total incapacidade de caminhar ou subir escadas, sendo que 275.301 homens encontram-se na condição de incapaz e 2.280.551 com alguma dificuldade permanente de caminhar ou subir escadas.

O maior número absoluto de pessoas com deficiência encontra-se na população de 40 a 49 anos de idade. Existem, no Brasil, quase 4,5 milhões de pessoas de 40 a 49 anos com pelo menos uma deficiência ou incapacidade, sendo 2,4 milhões de mulheres e 2,1 milhões de homens. Predomina o grupo de pessoas com pelo menos alguma dificuldade para enxergar.

Os homens predominam em relação as mulheres no caso de deficiência mental, auditiva e física. O resultado é compatível com o tipo de atividade desenvolvida pelos homens e com o risco de acidentes de diversas causas. A taxa de mortalidade masculina é maior que a feminina para todos os grupos de idade, portanto, um importante contingente da população com deficiência com 65 anos ou mais é composto de mulheres.

A razão de sexos da população com deficiência diminui a partir de 50 anos de idade, ou seja, aumenta a proporção de mulheres com pelo menos uma deficiência ou incapacidade. A razão de sexos da população brasileira é de 96,9 homens para cada 100 mulheres. Entre os portadores de deficiência encontram-se somente 86,7 homens para cada 100 mulheres. Esta diferença aumenta nas zonas urbanas (94,1% e 82,7% de homens por 100 mulheres, respectivamente.). Nas zonas rurais, onde sempre predominam os homens, de 110,1 homens para cada 100 mulheres no total, encontram-se somente 104,6 homens por 100 mulheres no grupo das pessoas com deficiência.

5.5. Adolescência e velhice

A adolescência e a velhice são etapas do ciclo de vida que maximizam a vulnerabilidade masculina, requerendo o seu expresso reconhecimento.

Na adolescência, a crença na invulnerabilidade por parte dos homens é exacerbada, vulnerabilizando-os a agravos evitáveis, por meio da não adoção de práticas preventivas, seja em relação a uma concepção não desejada e ao risco de infecção pelo HIV/AIDS, por exemplo, e por meio do uso abusivo de álcool e outras drogas e do envolvimento com cenários de violência, que reafirmam sua posição social viril.

Diante da constatação de que a epidemia de HIV/AIDS, bem como a incidência de gravidez não planejada, vem aumentando entre adolescentes e jovens, cabe a proposição de medidas informativas e de sensibilização dessa população para a necessidade da adoção de práticas preventivas, que, por sua vez, requerem o reconhecimento, por parte de adolescentes e jovens, de sua

vulnerabilidade a essas condições. Os altos índices de morbidade e mortalidade relativos a causas externas entre adolescentes e jovens também merecem destaque e podem ser compreendidos à luz da crença na invulnerabilidade e na necessidade social de auto-afirmação.

Os adolescentes homens são o principal grupo de risco para mortalidade por homicídio na população brasileira, com ênfase em afrodescendentes, que residem em bairros pobres ou nas periferias das metrópoles, com baixa escolaridade e pouca qualificação profissional.

Na velhice, os homens são levados a se confrontar com a própria vulnerabilidade, sobretudo porque nessa etapa do ciclo de vida muitos homens são levados a procurar ajuda médica diante de quadros irreversíveis de adoecimento, por não terem lançado mão de ações de prevenção ou de tratamento precoce para as enfermidades (WHO, 2001).

5.6. Direitos sexuais e direitos reprodutivos

Faz-se necessário superar a restrição da responsabilidade sobre as práticas contraceptivas às mulheres, assegurando aos homens o direito à participação no planejamento reprodutivo. A paternidade não deve ser vista apenas do ponto de vista da obrigação legal, mas, sobretudo, como um direito do homem a participar de todo o processo, desde a decisão de ter ou não filhos, como e quando tê-los, bem como do acompanhamento da gravidez, do parto, do pós-parto e da educação da criança.

Vale ressaltar que os adolescentes e jovens masculinos também devem ser reconhecidos como sujeitos dos direitos sexuais e reprodutivos, incluindo a paternidade como direito. A paternidade na adolescência não deve ser vista apenas como algo a ser evitado, resguardando a autonomia a essa população, que deve ser assistida diante de suas necessidades e projetos de vida, e não segundo a percepção do profissional de saúde quanto aos ideais para a sua saúde sexual e reprodutiva, que podem estar imersos em preconceitos sobre a própria adolescência e juventude. O importante é assegurar condições para que a paternidade seja vivenciada de modo responsável, independente da idade do pai. Garantir os direitos reprodutivos a adolescentes e jovens de ambos os sexos significa assegurar as condições de escolha por ter ou não uma gravidez. Devem ser disponibilizadas informações, métodos contraceptivos e preservativos para contracepção e planejamento familiar e o acesso deve ser facilitado aos adolescentes e jovens.

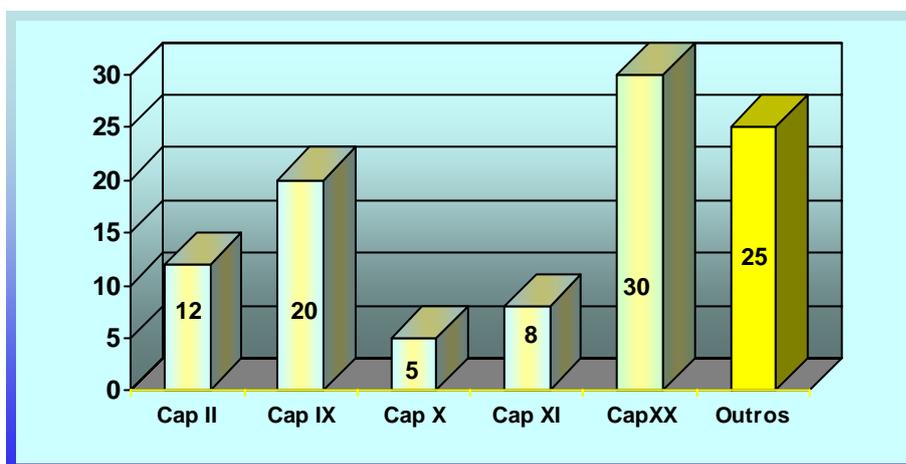
Em relação à velhice, cabe resgatar as pessoas idosas como sujeitos de direitos sexuais, reconhecendo que o exercício da sexualidade não necessariamente é interrompido com o avanço da idade. A sexualidade não se reduz à meta reprodutiva, e assim sendo é possível que a experiência do prazer seja mantida, sem estar reduzida também ao coito genital. A sexualidade é uma importante dimensão da vida subjetiva, afetiva e relacional das pessoas, sendo necessário superar a sua compreensão como possibilidade apenas do adolescente, jovem e adulto.

O reconhecimento dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos como direitos humanos é necessário para assegurar o reconhecimento da pluralidade dos modos de vivenciar a sexualidade, em todos os ciclos de vida, inclusive desconstruindo a inferioridade moral das práticas sexuais entre pessoas do mesmo sexo (Borrilo, 2000) e a compulsoriedade da heterossexualidade (Butler, 2003).

5.7. Indicadores de Mortalidade

Ao se analisar, no ano de 2005, as causas de mortalidade na população masculina dos 25-59 anos se observou que, em 75% dos casos, os óbitos incidem em 5(cinco) grupos principais de entidades mórbidas (Gráfico 2) .

Gráfico 2 - *Percentagem de óbitos de acordo com as causas (CID 10)
População masculina de 25 -59 anos*

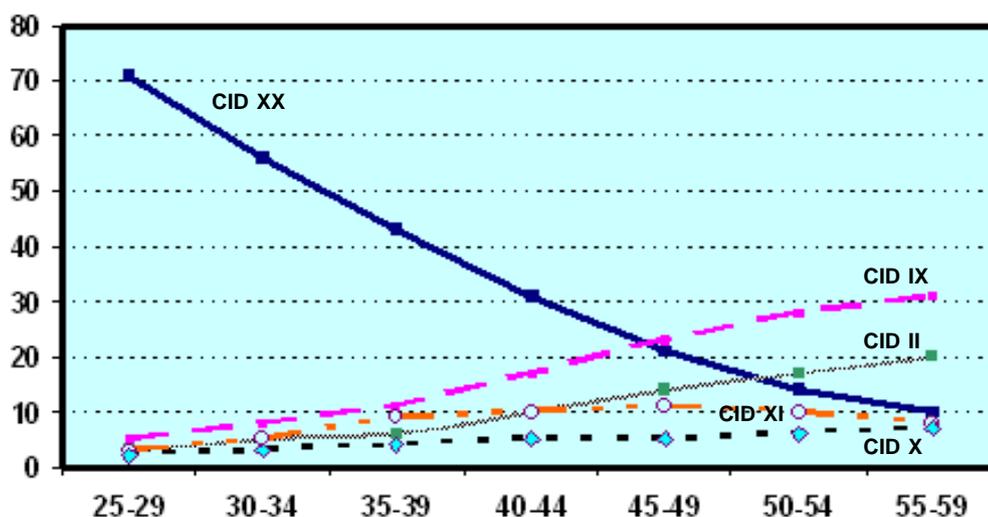


A maior porcentagem de óbitos deve-se às Causas Externas (CID 10 - Cap. XX); em segundo lugar, estão as Doenças do Aparelho Circulatório (CID10 – Cap. IX), em terceiro, os Tumores (CID 10 – Cap. II); em quarto, as Doenças do Aparelho Digestivo (CID 10 – Cap. XI) e, finalmente, em quinto lugar, as Doenças do Aparelho Respiratório (CID 10 – Cap. X), conforme demonstrado no Gráfico 4.

Há de se chamar atenção que, as Causas Externas de mortalidade, embora apresentem uma alta incidência nas faixas etárias mais jovens (dos 25 aos 40

Gráfico 3 – Percentagem de óbitos de acordo com as causas mais freqüentes dos diferentes grupos etários da população alvo

anos), são quantitativamente superadas pelas Doenças do Aparelho Circulatório a partir dos 45 anos, e pelos Tumores a partir dos 50 anos, conforme demonstrado no Gráfico 3.



Fonte: MS / SVS / DASIS-SIM, 2005

5.7.1. Causas externas (CID 10, Cap.XX)

Sob esta denominação, a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, em sua Décima Revisão (OMS, 1996), engloba uma série polimorfa de agravos, dos quais os mais importantes são os Acidentes (V01-X59), notadamente os Acidentes de Transporte (V01-V99), as Lesões Autoprovocadas Voluntariamente (X60-X84) e as Agressões (X85-Y09). Estes três tipos de agravos corresponderam, em 2005, à maioria dos óbitos (78%), por causas externas.

Como também já foi assinalado no Gráfico 5, pode-se notar que as causas externas declinam a partir da faixa etária dos 25 a 29 anos, embora seus valores ainda continuem bastante elevados.

Estas mortes prematuras trazem conseqüências psicofísicas e sócio-econômicas, uma vez que são vidas jovens perdidas em plena fase produtiva.

Não há dúvidas de que as causas externas constituem um grande problema de saúde pública com forte impacto na mortalidade e morbidade da população. Os óbitos por causas externas constituem a primeira causa de mortalidade no grupo populacional dos 25 aos 59 anos, como se pode observar no Gráfico 5.

Na série histórica referida na Tabela 5, a prevalência praticamente se repete nos anos de 2001 a 2005, observa-se que é na faixa dos 20-24 anos que encontramos o maior percentual de óbitos por causas externas, no entanto, os valores na população-alvo, 25 -59 anos ainda são bastante significativos (57%).

Tabela 5- Série histórica das causas externas de óbitos por grupos etários

	2001		2002		2003		2004		2005	
	Totais	%								
0 a 4	1 834	2	1 822	2	1 775	2	1 734	2	1 696	2
5 a 9	1 262	1	1 304	1	1 245	1	1 217	1	1 114	1
10 a 14	2 083	2	1 979	2	1 865	2	1 922	2	1 959	2
15 a 19	11 926	12	12 634	12	12 164	12	11 918	11	11 958	11
20 a 24	16 933	17	18 469	18	18 618	18	18 274	17	17 487	17
25 a 29	15 722	14	14 468	14	14 640	14	14 578	14	14 530	14
30 a 34	11 261	11	11 463	11	11 288	11	11 106	11	11 110	11
35 a 39	9 612	10	9 789	9	9 820	9	9 728	9	9 552	9
40 a 44	7 941	8	8 040	8	8 083	8	8 302	8	8 225	8
45 a 49	6 143	6	6 375	6	6 440	6	6 525	6	6 731	6
50 a 54	4 602	5	4 739	5	4 890	5	5 168	5	5 312	5
55 a 59	3 308	3	3 558	3	3 837	3	3 809	4	3 881	4
+ 60	9 752	10	9 847	9	10 314	10	10 966	10	11 507	11
TOTAL	100 379	100	104 487	100	104 779	100	105 248	100	105 062	100

Fonte: MS //SVS / DASIS-SIM

Do total de óbitos do sexo masculino por causas externas, ocorridos em 2005, 40,3% foram por homicídios, 30,0 % por acidentes de transporte, 7,4% por suicídios, sendo 22,3% por outras causas (MS / SVS / DASIS-SIM).

Na Tabela 6, dos 25 aos 44 anos, predominam as agressões como principal determinante de óbitos por Causas externas. A partir dos 45 anos, são os Acidentes de Transporte os fatores predominantes. Os Suicídios apresentam uma evolução lenta e irregular, diminuindo sua freqüência a partir dos 45 anos.

Tabela 6 - Principais causas externas de óbitos nas diferentes faixas etárias da população masculina dos 25-59 anos,2005

Faixa etária	Agressões	%	AC.Transporte	%	Suicídios	%
25 - 29	7.765	32,4	3.779	21,2	772	17,7
30 - 34	5,229	21,8	3.178	17,8	692	15,9
35 - 39	3.879	16,3	2.834	15,9	709	16,2
40 - 44	2,822	11,8	2,600	14,7	709	16,2
45 - 49	1,987	8,3	2,300	12,9	601	13,8
50 - 54	1,364	5,7	1.812	10,2	471	10,8
55 - 59	894	3,7	1.304	7,3	498	9,4
TOTAL	23.940	100,0	17.807	100,0	4.362	100,00

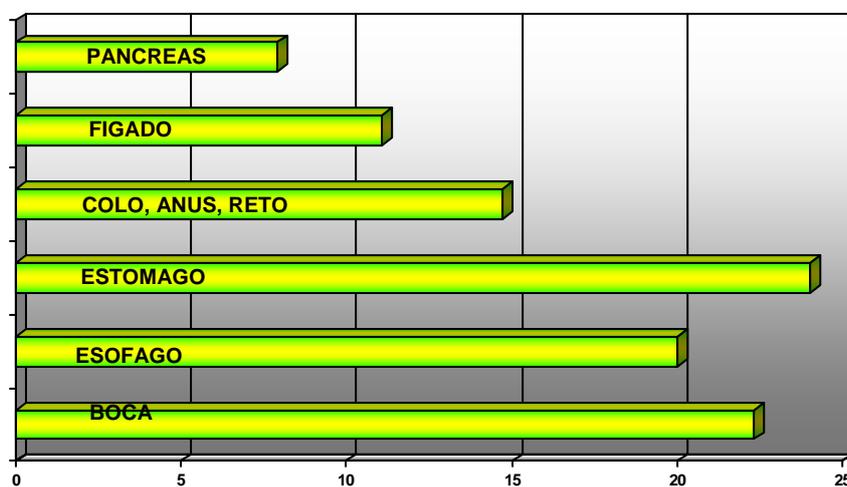
Fonte: MS / SVS / DASIS-SIM,2005

5.7.2. Tumores (CID 10, Cap. II)

Os tumores que incidem com maior freqüência na faixa etária dos 25 - 59 anos são oriundos dos aparelhos digestivo, respiratório e urinário. Cerca de 43,2% de todos os tumores assinalados na CID 10, Cap. II, tem origem no aparelho digestivo.

A mortalidade por **câncer do aparelho digestivo**, no ano de 2005, teve sua maior expressão numérica no câncer de estômago, ainda que imediatamente seguida pelo câncer de boca e de esôfago. (Gráfico 4)

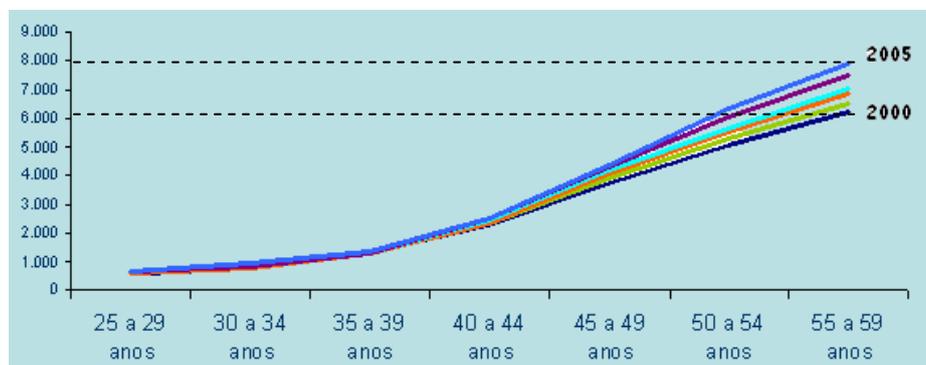
Gráfico 4 – Percentual de Mortalidade masculina por câncer do aparelho digestivo, 2005



No Gráfico 5, pode-se observar que a freqüência de óbitos por neoplasia maligna do aparelho digestivo vem aumentando, a despeito dos métodos de diagnósticos cada vez mais precoces e do eficiente arsenal terapêutico utilizado.

No ano de 2000, morreram cerca de 6.266 homens por câncer do aparelho digestivo, enquanto no ano de 2005, o número de óbitos se elevou para 7.941, com tendência a aumentar.

Gráfico 5 - Mortalidade masculina (25-59 anos) no Brasil por Neoplasias Malignas do Aparelho Digestivo



Fonte: MS / SVS / DASIS – SIM, 2005

As neoplasias malignas do **aparelho respiratório** determinaram o maior número de mortalidade na faixa populacional dos 25-59 anos, tendo ocorrido um total de 12.005 óbitos no ano de 2005.

No contexto geral das 10 neoplasias malignas que mais freqüentemente causaram a morte, logo após o câncer de pulmão, traquéia e brônquios, aparece o câncer de próstata, como se pode observar na Tabela 7.

Tabela 7 – As 10 neoplasias que mais freqüentemente causaram a morte em 2005

Traquéia, brônquios, pulmão	12.005
Próstata	10.214
Estômago	8.124
Esôfago	5.022
Boca e faringe	4.684
Colon, reto, anus	3.840
Fígado e vias biliares	3.418
Sistema Nervoso Central	3.404
Pâncreas	2.858
Laringe	2.789

Fonte: MS / SVS / DASIS – SIM, 2005

O **câncer da próstata** é uma neoplasia que geralmente apresenta evolução muito lenta, de modo que a mortalidade poderá ser evitada quando o processo é diagnosticado e tratado com precocidade.

Uma estimativa realizada pelo INCA para o aparecimento de novos casos de cânceres no ano de 2008, aponta o câncer de próstata como sendo o mais freqüente, só superado pelo câncer de pele não-melanoma (Tabela 8).

Tabela 8 – Incidência projetada para o ano 2008 dos tumores malignos

Localização Primária da Neoplasia Maligna	Nº de casos
Pele Não Melanoma	55.890
Próstata	49.530
Traquéia, Brônquio e Pulmão	17.810
Estômago	14.080
Cólon e Reto	12.490
Cavidade Oral	10.380
Esôfago	7.900
Leucemias	5.220
Pele Melanoma	2.950
Outras localizações	55.610

Fonte: INCA- Incidência do Câncer no Brasil, Estimativa 2008

Ao se falar de neoplasias malignas do aparelho urinário, não se pode deixar de mencionar o câncer de pênis. Trata-se de um tumor raro, relacionado com as baixas condições sócio-econômicas e a má higiene íntima.

No Brasil, este câncer representa cerca de 2% de todas as neoplasias que atingem o homem, sendo mais freqüente nas regiões Norte e Nordeste, existindo Estados, como é o caso do Maranhão (Nardi et all, 2007), em que sua incidência supera até a do câncer de próstata.

Entre os tumores há de se assinalar a hipertrofia prostática benigna que atinge a maioria da população masculina após os 50 anos, produzindo diversos sintomas urinários com impacto bastante negativo sobre a qualidade de vida das pessoas.

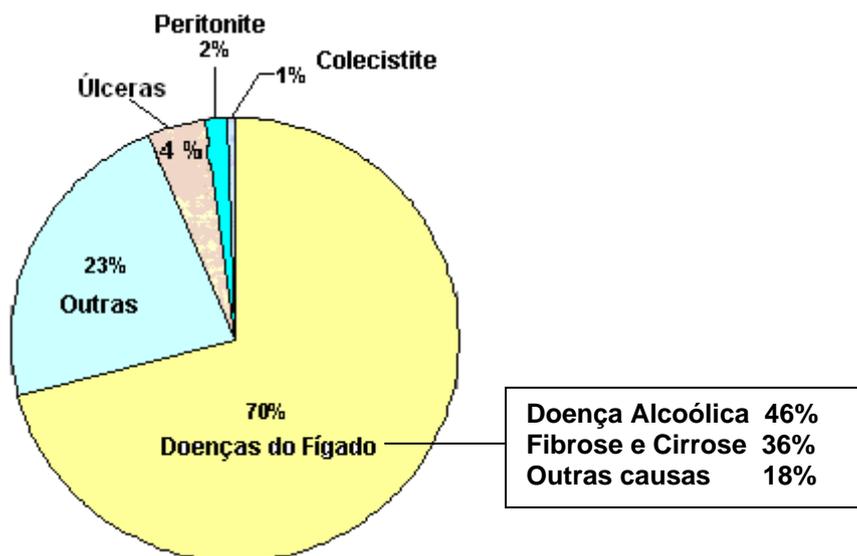
A propósito, vale assinalar que há de se cuidar da qualidade de vida dos pacientes que sofreram prostatectomias, sobretudo as radicais, cujas lesões nervosas podem determinar disfunções eréteis e incontinência urinária.

5.7.3. Outras causas de mortalidade

Além das causas externas e dos tumores, há muitas outras causas de mortalidade que podem ser assinaladas. Dentre as doenças do **aparelho digestivo**, por exemplo, pode-se destacar as Doenças do Fígado que, em 2005, foram responsáveis por 70% das causas de morte de homens de 25-59 anos. Destas, 46% deve-se a Doença Alcoólica, 36% a Fibrose e Cirrose e 18% a Outras Doenças do Fígado.

Observamos ainda que o Gráfico 6 indica como causas de mortalidade no Aparelho Digestivo: a Úlcera gástrica, duodenal e péptica (4%), a Peritonite (2%), a Colecistite (1%) e para Outras causas não especificadas (23%).

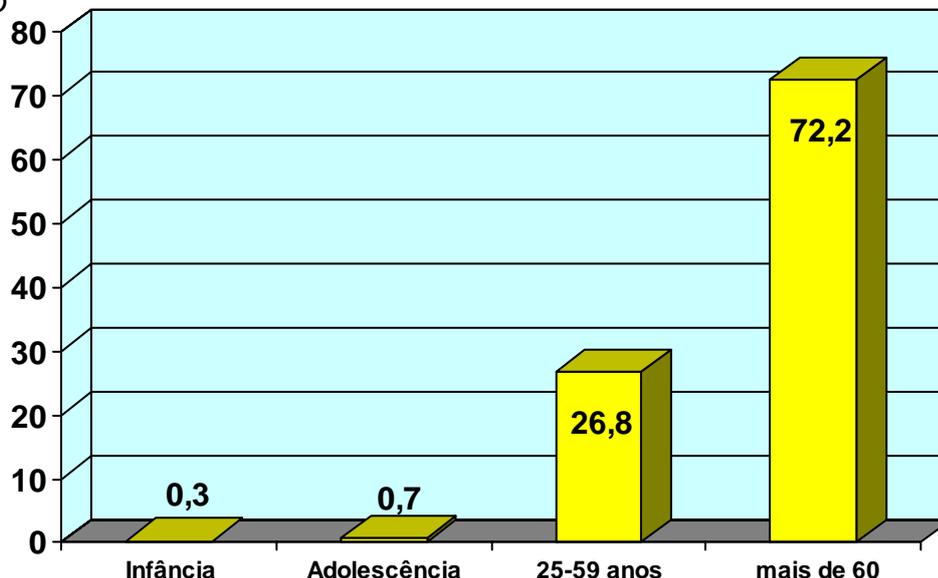
Gráfico 6 – Percentagem de mortalidade masculina (25-59 anos) por doenças do aparelho digestivo



Fonte: MS / SVS / DASIS – SIM,2005

No Gráfico 7, nota-se que a maior incidência de mortalidade masculina, no ano de 2005, por **doenças do aparelho circulatório** ocorreu, como era de se esperar, após os 60 anos (72,2%). No mesmo ano, tivemos como óbitos por causas cardiovasculares, na população dos 25-59 anos, em torno de 26,8% o que é um percentual bastante expressivo. Ao se assinalar este fato, há de se lamentar que perdemos anualmente muitas vidas e grande parte de nossa força produtiva em óbitos que poderiam ser perfeitamente evitados, se houvesse uma efetiva política de prevenção primária.

Gráfico 7 – Percentagem de mortalidade masculina por doenças do aparelho circulatório



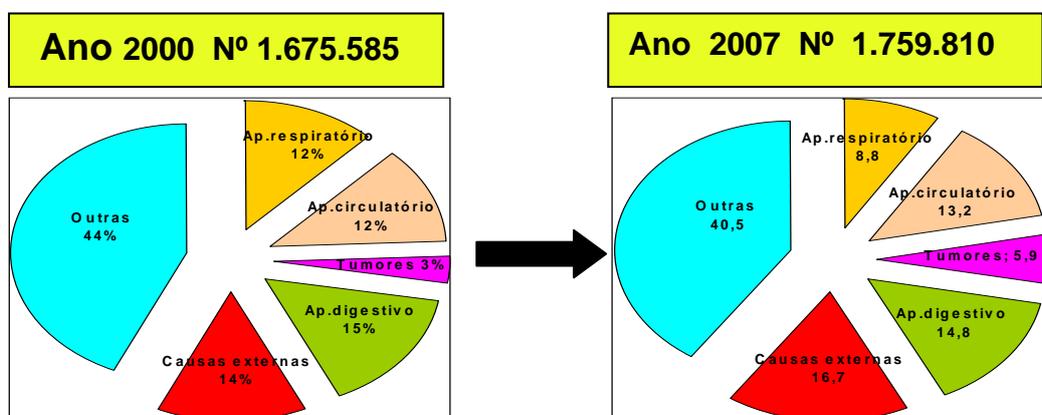
No que concerne ao **aparelho respiratório**, excluindo os casos de óbitos por neoplasias malignas e por Tuberculose, tivemos em 2005, 53.017 óbitos na massa total da população masculina, sendo que 9.957 casos ocorreram na faixa etária dos 25 – 59 anos.

5.8. Indicadores de Morbidade

No Gráfico 8, nota-se que o número de internações, entre os anos 2000 e 2007, é mais ou menos o mesmo. Há, porém, algumas variações a serem mencionadas. Redução do número de pacientes internados por Enfermidades do Aparelho Respiratório, Digestivo e de Outras causas, tendo aumentado os valores representativos das internações por Tumores, Aparelho Circulatório e Causas Externas.

A internação por Tumores praticamente dobrou, sendo também sensível o aumento da quantidade de pacientes internados por Causas Externas.

Gráfico 8 – Comparação entre as causas das internações da população masculina dos 25-59 anos, entre os anos 2000 e 2007



Fonte: MS / DATASUS / SIH

5.8.1. Causas externas (CID 10, Cap.XX)

O conhecimento sobre a morbidade por **causas externas** ainda é precário, a despeito dos dados das Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) demonstrarem que 80% dos internamentos no SUS são motivados por estas causas, com preponderância na faixa etária dos 20 aos 29 anos.

Assinale-se que, das causas externas, são os **acidentes de transporte** que se destacam em termos de magnitude.

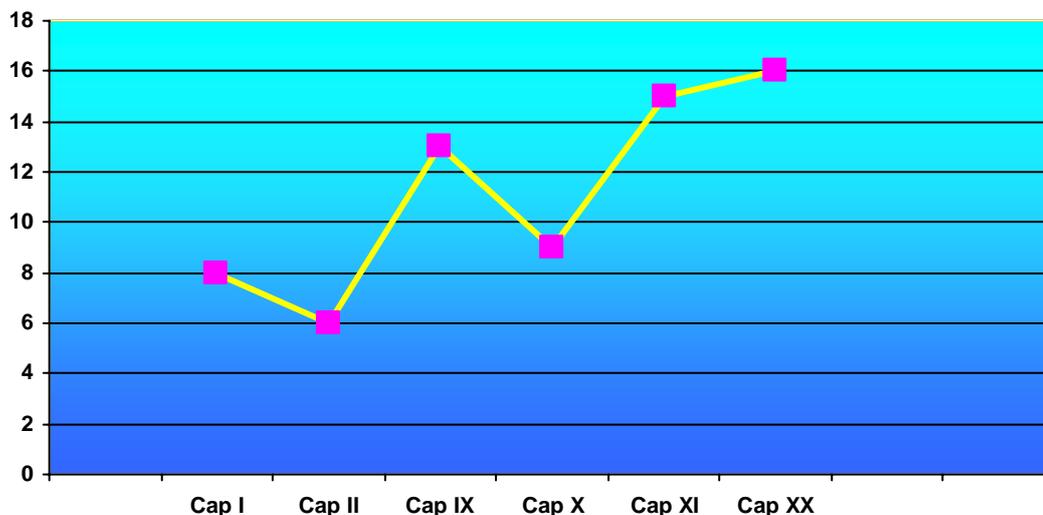
Embora o Código de Trânsito Brasileiro (Lei nº 9.503/98) enumere uma série de medidas preventivas ligadas à segurança e à valorização da vida, sua implantação efetiva encontra sérios obstáculos que ainda não foram superados, como o controle tecnológico do tráfego, a rigorosa inspeção da segurança veicular, assim como a deficiência quantitativa e qualitativa dos recursos humanos.

Além do sofrimento físico, psíquico e social determinado pelos acidentes e as violências, há de se considerar o enorme impacto econômico mensurado pelos seus gastos hospitalares, inclusive de dias de permanência em unidades de terapia intensiva.

No ano de 2007, de um total de 11.332.460 Internações, 4.510.409 foram de internações masculinas (39,8%), sendo de 1.737.716 (15,3%) o número de internações na faixa populacional dos 25 aos 59 anos. Destas, 16% foram por causas externas, as quais representam o maior número (Gráfico 9).

|

Gráfico 9 - Internações hospitalares de homens na faixa etária dos 25 aos 59 anos por diferentes causas.



Fonte: MS / DATASUS / SIH, 2007

No Gráfico 10, estão percentualmente assinaladas as principais causas externas de internamento, em comparação com as outras causas que demandaram internação hospitalar.

Gráfico 10 - Principais causas externas de internação na população masculina dos 25- 59 anos, 2007



Fonte: MS / DATASUS / SIH, 2007

Analisando comparativa e percentualmente a internação de homens (25-59 anos) por **Causas Externas**, entre os anos 2000 e 2007, constatamos que o número de internamentos se equivale, enquanto que os gastos com estas internações tiveram uma variação de quase 100% (97,04 %), sendo em 2000 de R\$ 121.768.759,45 e, em 2007 de R\$ 239.927.842,06.

5.8.2. Tumores (CID 10, Cap.II)

Durante o ano de 2007, entre os tumores do **Aparelho Digestivo**, as neoplasias malignas do lábio, cavidade oral e faringe foram as que apresentaram o maior número de internações (8.744), seguida pelo câncer de estômago (5.316), pelo câncer de colon (5.085) e pela neoplasia maligna de esôfago (4.715) (MS/SIH/SUS – TabNet) .

Comparando-se o número de internações por estas neoplasias no ano de 2000 em relação aos pacientes internados em 2007, chega-se a conclusão que o quantitativo praticamente dobrou. As despesas com internações em 2000 foram de R\$ 13.286.369,99 enquanto no ano de 2007 foi de R\$ 35.785.675,58, com uma variação de mais de 2 vezes e meia.

No caso do **Aparelho Respiratório**, as neoplasias malignas da traquéia, brônquios e pulmões foram responsáveis, no ano de 2007, por 3.836 internações, seguidas pelo câncer de laringe com 3.237 casos (MS/SIH/SUS – TabNet) .

Os custos despendidos pelo SUS com estas internações foram de R\$2.883.041,00 em 2000 e de R\$6.787.078,00 em 2007, cerca de 2,4 vezes maior.

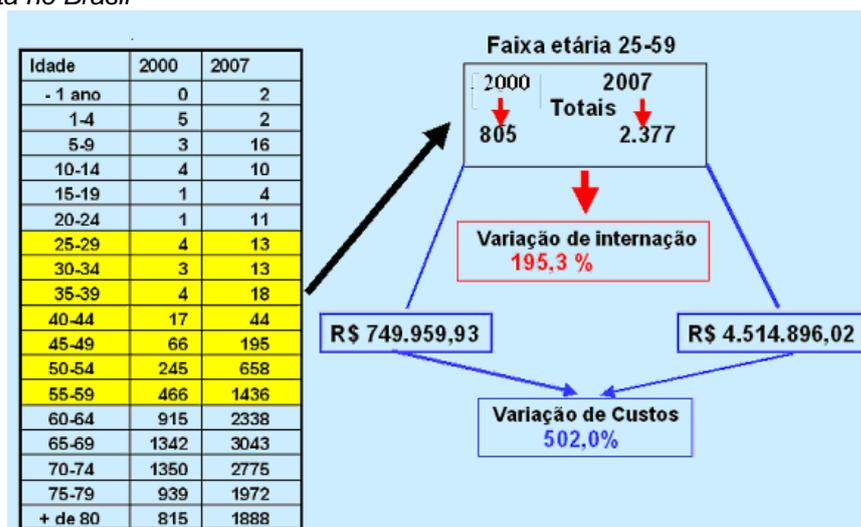
Dentre as internações por tumores do **Aparelho Urinário**, destacamos a neoplasia maligna da próstata com 2.377, enquanto que outros tumores malignos do aparelho genital masculino foram responsáveis por 2.183 internações, seguidas de 1.510 casos de neoplasia maligna da bexiga (MS/SIH/SUS, 2007) .

O SUS despendeu a quantia de R\$ 2.079,202,00 no ano de 2000 para fazer face ao pagamento das internações destas patologias. No ano de 2007, o custo foi de R\$ 7.671.691,12 o que corresponde a 3,6 vezes a mais.

No Gráfico 11, uma série histórica permite notar o aumento significativo das internações por câncer prostático (variação de 195,3%) com uma variação de custos de 502%.

|

Gráfico 11 – Série histórica (2000-2007) entre número e custos de internações por Câncer de próstata no Brasil

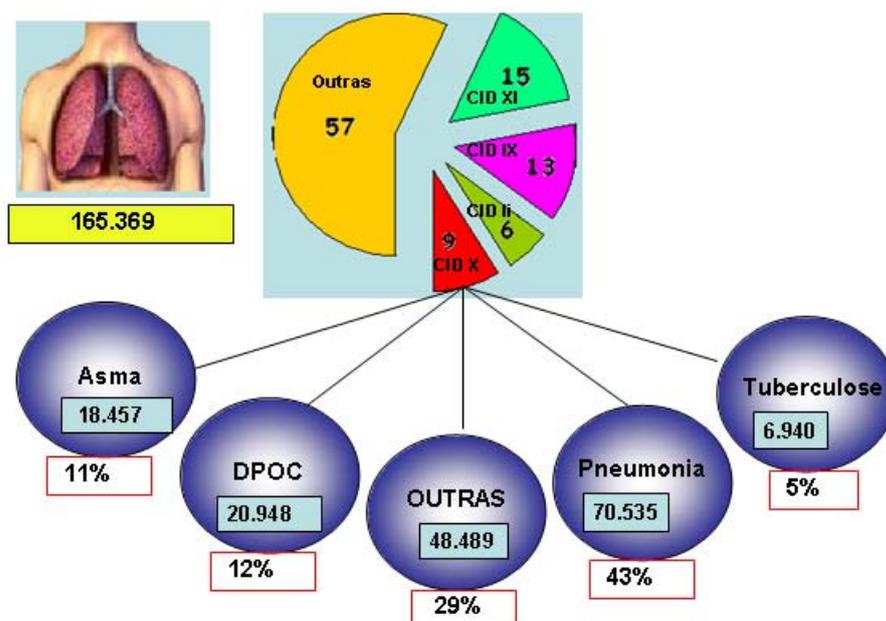


Fonte: MS / DATASUS / SIH TabNet)

5.8.3. Outras causas de morbidade

As principais causas de internações por enfermidades do Aparelho Respiratório estão assinaladas no Gráfico 12.

Gráfico 12 – Internações por Doenças do Aparelho Respiratório, 2007



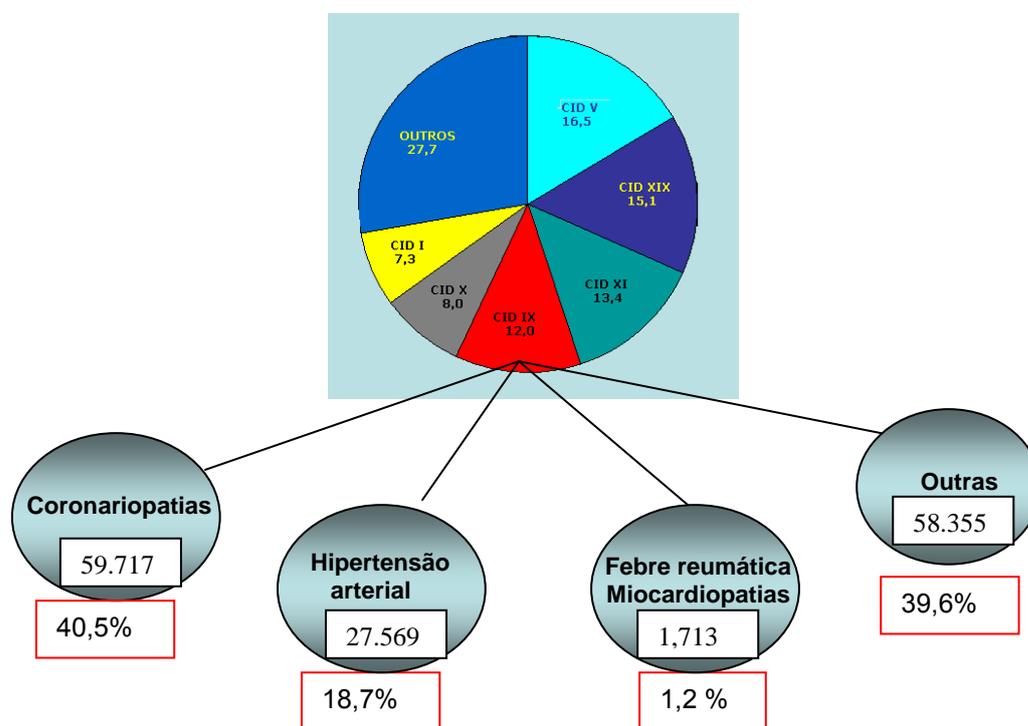
Fonte: MS / DATASUS / SIH - TabNet)

Como se pode observar os percentuais de internamentos do Aparelho circulatório (CID IX -15%), do Aparelho digestivo (CID XI -13%), dos Tumores em geral (CID II -6%) e do Aparelho respiratório (CID X -9%). Destes, as pneumonias representaram 43%, e as de Doenças pulmonares obstrutivas crônicas (DPOC) (12%) representaram as que tiveram maior incidência, seguidas de perto pela asma em suas diversas formas (11%).

Assinale-se que a tuberculose foi causa de internação no montante de 5 %.

Em termos de **Doenças do Aparelho Circulatório**, os resultados das internações hospitalares podem ser resumidos no Gráfico 13, onde percentualmente se pode constatar que, a maior parte das internações, deve-se aos acidentes coronarianos (40,5 %), seguidos pela hipertensão arterial (18,7 %).

Gráfico 13 - Percentual de Internações hospitalares do Aparelho Circulatório na população masculina dos 25-59 anos, 2007



Fonte: MS / DATASUS / SIH

As principais doenças do **Aparelho Digestivo** responsáveis pelo maior número de internações foram: doenças ácido-pépticas (35.782), doenças do fígado (27.354) e colelitíase e colecistite (25.333).

6. PRINCÍPIOS

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem objetiva orientar as ações e serviços de saúde para a população masculina, com integralidade e equidade, primando pela humanização da atenção.

A presente política enfatiza a necessidade de mudanças de paradigmas no que concerne à percepção da população masculina em relação ao cuidado com a sua saúde e a saúde de sua família. Considera essencial que, além dos aspectos educacionais, entre outras ações, os serviços públicos de saúde sejam organizados de modo a acolher e fazer com que o homem sinta-se parte integrante deles.

A implementação da política deverá ocorrer de forma integrada às demais políticas existentes, numa lógica hierarquizada de atenção à saúde, priorizando a atenção primária como porta de entrada de um sistema de saúde universal, integral e equânime.

Essa política tem como princípios a humanização e a qualidade, que implicam na promoção, reconhecimento e respeito à ética e aos direitos do homem, obedecendo às suas peculiaridades sócio-culturais.

Para cumprir esses princípios de humanização e da qualidade da atenção integral devem-se considerar os seguintes elementos:

1. Acesso da população masculina aos serviços de saúde hierarquizados nos diferentes níveis de atenção e organizados em rede, possibilitando melhoria do grau de resolutividade dos problemas e acompanhamento do usuário pela equipe de saúde;
2. Associar as diversas áreas do setor sanitário, demais áreas do governo, o setor privado e não-governamental, e a sociedade, compondo redes de compromisso e co-responsabilidade quanto à qualidade de vida da população masculina em que todos sejam participantes da proteção e do cuidado com a vida.
3. Informações e orientação à população-alvo, aos familiares e a comunidade sobre a promoção, prevenção e tratamento dos agravos e das enfermidades do homem;
4. Captação precoce da população masculina nas atividades de prevenção primária relativa às doenças cardiovasculares e cânceres, entre outros agravos recorrentes;
5. Capacitação técnica dos profissionais de saúde para o atendimento do homem;
6. Disponibilidade de insumos, equipamentos e materiais educativos;

7. Estabelecimento de mecanismos de monitoramento e avaliação continuada dos serviços e do desempenho dos profissionais de saúde, com participação dos usuários;
8. Elaboração e análise dos indicadores que permitam aos gestores monitor as ações e serviços e avaliar seu impacto, redefinindo as estratégias e/ou atividades que se fizerem necessárias.

7. DIRETRIZES

Como formulações que indicam as linhas de ação a serem seguidas pelo setor saúde, as seguintes diretrizes devem reger a elaboração dos planos, programas, projetos e atividades. Elas foram elaboradas tendo em vista a **integralidade**, **factibilidade**, **coerência** e **viabilidade**, sendo norteadas pela humanização e a qualidade da assistência, princípios que devem permear todas as ações.

A **integralidade** pode ser compreendida a partir de uma dupla perspectiva. Primeiramente, prevê o trânsito do usuário por todos os níveis da atenção, na perspectiva de uma linha de cuidado que estabeleça uma dinâmica de referência e de contra-referência entre a atenção primária e as de média e alta complexidade, assegurando a continuidade no processo de atenção e cuidado. Por outro lado, supõe que a compreensão sobre os agravos considere a complexidade dos modos de vida e situação social do indivíduo, a fim de promover intervenções sistêmicas que abranjam inclusive as determinações sociais sobre a saúde e a doença, para além da adoção de medidas médico-biológicas.

Em relação à **factibilidade** foram consideradas a disponibilidade de recursos, tecnologia, insumos técnico-científicos e estrutura administrativa e gerencial de modo a permitir, na prática, em todo o país, a implantação das ações delas decorrentes.

No que tange a **coerência**, as diretrizes que serão propostas estão baseadas nos princípios anteriormente enunciados, estando compatível com os princípios do SUS.

A **viabilidade** da implementação desta Política estará diretamente relacionada aos três níveis de gestão e do controle social, a quem se condiciona o comprometimento e a possibilidade da execução das diretrizes.

Diretrizes:

- Entender a Saúde do Homem como um conjunto de ações de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde, executado nos diferentes níveis de atenção. Deve-se priorizar a atenção básica, com foco na Estratégia de Saúde da Família, porta de entrada do sistema de saúde integral, hierarquizado e regionalizado;
- Reforçar a responsabilidade dos três níveis de gestão e do controle social, de acordo com as competências de cada um, garantindo condições para a execução da presente política;
- Nortear a prática de saúde pela humanização e a qualidade da assistência a ser prestada, princípios que devem permear todas as ações;
- Integrar a execução da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem às demais políticas, programas, estratégias e ações do Ministério da Saúde;
- Promover a articulação interinstitucional, em especial com o setor Educação, como promotor de novas formas de pensar e agir;
- Reorganizar as ações de saúde, através de uma proposta inclusiva, na qual os homens considerem os serviços de saúde também como espaços masculinos e, por sua vez, os serviços de saúde reconheçam os homens como sujeitos que necessitem de cuidados;
- Integrar as entidades da sociedade organizada na co-responsabilidade das ações governamentais pela convicção de que a saúde não é só um dever do Estado, mas uma prerrogativa da cidadania;
- Incluir na Educação Permanente dos trabalhadores do SUS temas ligados a Atenção Integral à Saúde do Homem;
- Aperfeiçoar os sistemas de informações de maneira a possibilitar um melhor monitoramento que permita tomadas racionais de decisão;
- Realizar estudos e pesquisas que contribuam para a melhoria das ações da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem;

8. OBJETIVOS

8.1. Objetivos Gerais

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.

8.2. Objetivos Específicos

8.2.1. Organizar, implantar, qualificar e humanizar, em todo território brasileiro, à atenção integral a saúde do homem, dentro dos princípios que regem o Sistema Único de Saúde:

- Implantar e/ou estimular nos serviços de saúde, públicos e privados, uma rede de atenção à saúde do homem que garanta linhas de cuidado, na perspectiva da integralidade da atenção;
- fortalecer a atenção básica no cuidado com o homem, facilitando e garantindo o acesso e a qualidade da atenção necessária ao enfrentamento dos fatores de risco das doenças e dos agravos à saúde;
- formar e qualificar os profissionais da rede básica para o correto atendimento à saúde do homem.

8.2.2. Estimular a implantação e implementação da assistência em saúde sexual e reprodutiva, no âmbito da atenção integral à saúde.

- ampliar e qualificar a atenção ao planejamento reprodutivo masculino, inclusive a assistência à infertilidade;
- estimular a participação e inclusão do homem nas ações de planejamento de sua vida sexual e reprodutiva, enfocando inclusive a paternidade responsável;
- garantir a oferta da contracepção cirúrgica voluntária masculina nos termos da legislação específica;
- promover na população masculina, conjuntamente com o Programa Nacional de DST/AIDS, a prevenção e o controle das doenças sexualmente transmissíveis e da infecção pelo HIV;
- garantir a oferta de preservativo como medida de dupla proteção da gravidez inoportuna e das DST/AIDS;
- estimular, implantar, implementar e qualificar pessoal para a atenção às disfunções sexuais masculinas;

- garantir o acesso aos serviços especializados de atenção secundária e terciária para os casos identificados como merecedores destes cuidados;
- promover a atenção integral à saúde do homem nas populações indígenas, negras, quilombolas, gays, bissexuais, travestis, transexuais, trabalhadores rurais, homens com deficiência, em situação de risco, em situação carcerária, desenvolvendo estratégias voltadas para a promoção da equidade para distintos grupos sociais;
- associar as ações governamentais com as da sociedade civil organizada para efetivar a atenção integral à saúde do homem com protagonismo social na enunciação das reais condições de saúde da população heterogênea de homens.

8.2.3. Ampliar, através da educação, o acesso dos homens às informações sobre as medidas preventivas contra os agravos e enfermidades que atingem a população masculina, destacando seus direitos sexuais e reprodutivos:

- incluir o enfoque de gênero, orientação sexual, identidade de gênero e condição étnico-racial nas ações educativas;
- estimular, na população masculina, através da informação, educação e comunicação, o auto-cuidado com sua própria saúde;
- solicitar parceria com os movimentos sociais e populares, e outras entidades organizadas para divulgação ampla das medidas preventivas;
- manter atenção cuidadosa e permanente com as demais áreas governamentais no sentido de efetuar, de preferência, ações conjuntas, evitando a dispersão desnecessária de recursos.

9. RESPONSABILIDADES INSTITUCIONAIS

As responsabilidades institucionais estão definidas de acordo com as diretrizes emanadas do Pacto pela Saúde 2006, respeitando-se a autonomia e as competências das três esferas de governo.

9.1. União

- Fomentar a implementação e acompanhar a implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem;
- Estimular e prestar cooperação aos Estados e Municípios visando a implantação e implementação da referida política, valorizando e respeitando as diversidades loco-regionais;
- Promover, no âmbito de sua competência, a articulação intersetorial e interinstitucional necessária à implementação da referida política;

- Estimular e apoiar a realização de pesquisas que possam aprimorar a Atenção Integral à Saúde do Homem;
- Propor, em parceria com a Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES), estratégias de educação permanente dos trabalhadores do SUS, voltada para a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem;
- Estabelecer parceria com as diversas Sociedades Brasileiras Científicas cujas atividades tenham afinidade com as ações propostas na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem;
- Coordenar o processo de construção das Diretrizes Nacionais da Atenção à Saúde do Homem e de protocolos terapêuticos/clínicos, em parceria com os Estados e Municípios, apoiando-os na implementação dos mesmos;
- Promover, junto à população, ações de informação, educação e comunicação em saúde visando difundir a política ora proposta;
- Estimular e apoiar o processo de discussão com participação de todos os setores da sociedade, com foco no controle social, nas questões pertinentes à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.

9.2. Estados

- Definir, coordenar, acompanhar e avaliar, no âmbito do seu território, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, promovendo as adequações necessárias, tendo como base as diretrizes ora propostas, o perfil epidemiológico e as especificidades loco - regionais;
- Coordenar e implementar, no âmbito estadual, as estratégias nacionais de educação permanente dos trabalhadores do SUS voltada para a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, respeitando-se as especificidades loco-regionais;
- Implantar mecanismos de regulação das atividades relativas à política proposta;
- Estabelecer parceria com as diversas organizações cujas atividades tenham afinidade com as ações propostas na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem;
- Promover, na esfera de suas competências, a articulação intersetorial e interinstitucional necessária à implementação da referida política;
- Elaborar e pactuar, no âmbito estadual, protocolos clínicos/terapêuticos, em consonância com as diretrizes nacionais da atenção, apoiando os municípios na implementação dos mesmos;
- Promover, junto à população, ações de informação, educação e comunicação em saúde visando difundir a política ora proposta;
- Estimular e apoiar o processo de discussão com participação de todos os setores da sociedade, com foco no controle social, nas questões pertinentes à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem;
- Incentivar junto à rede educacional estadual, ações educativas que visem à promoção e atenção à saúde do homem.

9.3. Municípios

- Coordenar, implementar, acompanhar e avaliar no âmbito do seu território, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, priorizando a atenção básica, com foco na Estratégia de Saúde da Família, como porta de entrada do sistema de saúde integral e hierarquizado;
- Implantar mecanismos de regulação das atividades relativas à política proposta;
- Promover, no âmbito de suas competências, a articulação intersetorial e interinstitucional necessária à implementação da referida política;
- Incentivar junto à rede educacional municipal, ações educativas que visem à promoção e atenção da saúde do homem;
- Implantar e implementar protocolos clínicos/terapêuticos, em consonância com as diretrizes nacionais e estaduais;
- Promover, em parceria com as demais esferas de governo, a qualificação das equipes de saúde para execução das ações propostas na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem;
- Promover, junto à população, ações de informação, educação e comunicação em saúde visando difundir a política ora proposta;
- Estimular e apoiar o processo de discussão com participação de todos os setores da sociedade, com foco no controle social, nas questões pertinentes à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.

10. AVALIAÇÃO

O processo de avaliação da implantação e implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem deverá ocorrer de acordo com as pactuações realizadas em âmbito federal, estadual e municipal, com destaque para o monitoramento dos indicadores do Pacto pela Vida.

A avaliação tem como finalidade essencial atender o cumprimento dos princípios e diretrizes dessa política, buscando verificar sua efetividade. Em outras palavras, significa verificar o seu resultado sobre a saúde dos indivíduos e, conseqüentemente, sobre a qualidade de vida da população masculina.

Uma avaliação mais detalhada da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem deverá ocorrer no âmbito dos planos, programas, projetos e atividades dela decorrentes.

Para essa avaliação de processo há de se definir critérios, parâmetros, indicadores e metodologia específicos, sendo através desta avaliação que será possível identificar, modificar e/ou incorporar novas diretrizes.

Além dessas avaliações de resultado e processo, não se pode deixar de avaliar a contribuição dessa política para concretização dos princípios e diretrizes do SUS, especialmente na conformidade do que estabelece a lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8080/90).

11. BIBLIOGRAFIA

BANCO MUNDIAL (2002). Gender Dimensions of Alcohol Consumption and Alcohol Related Problems in Latin America and the Caribbean.

BORRILLO. L'Homophobie. Paris: Presses Universitaires de France, 2000.

BOZON M. Sociologia da sexualidade. Rio de Janeiro: Editora FGV; 2004.

BUTLER J. Problemas de Gênero – Feminismo e subversão da identidade. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

CEBRID (2006). II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil : estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país : 2005 / E. A. Carlini (supervisão) [et. al.], -- São Paulo : CEBRID - Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo.

COURTENAY WH. Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. Soc Sci Med 2000; 50:1385-401.

FIGUEIREDO W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. Ciênc Saúde Coletiva 2005; 10:105-9

GOMES R. Sexualidade masculina e saúde do homem: proposta para uma discussão. Ciênc Saúde Coletiva 2003; 8:825-9

GOMES R, NASCIMENTO EF, ARAÚJO FC. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. Cad. Saúde Pública vol.23 no.3 Rio de Janeiro Mar. 2007

GOMES, R & NASCIMENTO, E.F.do. A produção do conhecimento da saúde pública sobre a relação homem-saúde: uma revisão bibliográfica. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22 (5): 901-911, maio, 2006.

HARDY E, JIMÉNEZ AL. Masculinidad y género. In: Briceño-León R, Minayo MCS, Coimbra Jr. CEA, editors. Salud y equidad: una mirada desde las ciencias sociales. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2000. p. 349-59.

IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – Censos Demográficos e Contagem Populacional para os anos intercensitários. Estimativas preliminares dos totais populacionais, estratificados por idade e sexo pelo MS/SE/Datasus.

KALCKMANN S, BATISTA LE, SOUZA LCF. Homens de baixa renda falam sobre saúde reprodutiva e sexual. In: Adorno R, Alvarenga A, Vasconcelos MP, organizadores. Jovens, trajetória, masculinidades e direitos. São Paulo: Edusp; 2005. p. 199-217

KEIJZER B. Hasta donde el cuerpo aguante: género, cuerpo y salud masculina. In: Cáceres CF, Cueto M, Ramos M, Vallas S, editors. La salud como derecho ciudadano: perspectivas y propuestas desde América Latina. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2003. p. 137-52.

LAURENTI R, MELLO-JORGE MHP, GOTLIEB SLD. Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina. Ciência Saúde Coletiva 2005; 10:35-46.

LUCK M, BAMFORD M, WILLIAMSON P. Men's health: perspectives, diversity and paradox. London: Blackwell Sciences; 2000.

LYRA-DA-FONSECA JLC, LEÃO LS, LIMA DC, TARGINO P, CRISÓSTOMO A, SANTOS B. Homens e cuidado: uma outra família? In: Acosta AR, Vitale MA, organizadores. Família: redes, laços e políticas públicas. São Paulo: Instituto de Estudos Especiais, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2003. p. 79-91.

LYRA J, MEDRADO B, LOPES F. Homens também cuidam. UNFPA e Instituto Papai, 2007

MEDRADO B, LYRA-DA-FONSECA JLC, LEÃO LS, LIMA DC, SANTOS B. Homens jovens no contexto do cuidado: leituras a partir da paternidade na adolescência. In: Adorno R, Alvarenga A, Vasconcelos MP, organizadores. Jovens, trajetória, masculinidades e direitos. São Paulo: Edusp; 2005. p. 241-64.

MINISTERIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Formulação de Políticas de Saúde – Políticas de Saúde. Metodologia de Formulação, Brasília, 1998

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e diretrizes, Brasília, 2004

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico - Vigitel Brasil 2007. Estimativas sobre frequência e Distribuição sócio-demográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 Estados brasileiros e no Distrito Federal em 2007. Secretaria de Vigilância em Saúde. Série G. Estatística e Informação em Saúde.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas - Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, 2006

NARDI A, GLINA S, FAVORITO LA. Primeiro Estudo Epidemiológico sobre Câncer de Pênis no Brasil, International Braz J Urol, v. 33, p. 1-7, 2007

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, Décima Revisão, 1996.

PEREIRA MG. Epidemiologia: Teoria e Prática, Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2007

PNAD Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PINHEIRO RS, VIACAVA F, TRAVASSOS C, BRITO AS. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. Ciênc Saúde Coletiva 2002; 7:687-7070)

SABO D. O estudo crítico das masculinidades. In: Adelman M, Silvestrin CB, organizadores. Coletânea gênero plural. Curitiba: Editora UFPR; 2002. p. 33-46.

SCHRAIBER LB. Equidade de gênero e saúde: o cotidiano das práticas no Programa Saúde da Família do Recife. In: Villela W, Monteiro S, organizadores. Gênero e saúde: Programa Saúde da Família em questão. São Paulo: ABRASCO – UNFPA, 2005.

SCHRAIBER LB, GOMES R, COUTO MT. Homens e saúde na pauta da saúde coletiva. Ciência e Saúde Coletiva, 10(1):7-17, 2005.

SOUZA, E. R. de. Masculinidade e violência no Brasil: contribuições para a reflexão no campo da saúde. Ciência e Saúde Coletiva, 10 (1): 59-70, 2005.

TELLERÍA JM. Reflexiones autocríticas acerca de una investigación sobre la búsqueda de atención y demandas en salud de hombres en Santa Cruz de La Sierra - Bolivia. In: Cáceres CF, Cueto M, Ramos M, Vallas S, editors. La salud como derecho ciudadano: perspectivas y propuestas desde América Latina. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2003. p. 165-72.

UNIFESP (2007). I Levantamento Nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira. Elaboração, redação e organização: Ronaldo Laranjeira ...[et al.]. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. Boys in the picture. Geneva: World Health Organization; 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. Men, Ageing and Health. Geneva: World Health Organization; 2001.

WELZER-LANG D. A construção do masculino: dominação das mulheres e homofobia. Revista Estudos Feministas 2001; 2:460-82

WELZER-LANG D. Os homens e o masculino numa perspectiva de relações sociais de sexo. In: Schpun MR, organizador. Masculinidades. Santa Cruz do Sul: EDUNISC; 2004. p. 107-28.