

**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, maio de 2009

Documento a ser apresentado à Comissão Intergestores Tripartite (CIT) com as contribuições do Grupo de Trabalho de Atenção à Saúde.

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 Sistema Único de Saúde (SUS), apresenta uma das prioridades desse governo, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, desenvolvida em parceria entre gestores do SUS, sociedades científicas, sociedade civil organizada, pesquisadores, acadêmicos e agências de cooperação internacional.

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 5.564 municípios, 26 estados e 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 dos principais objetivos desta Política é promover ações de saúde que contribuam significativamente para a compreensão da realidade singular masculina nos seus diversos contextos socioculturais e político-econômicos; outro, é o respeito aos diferentes níveis de desenvolvimento e organização dos sistemas locais de saúde e tipos de gestão. Este conjunto possibilita 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 - com as estratégias de humanização, 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 autocuidado e, sobretudo, o reconhecimento de 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

DST/aids - Doenças Sexualmente Transmissíveis e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

ESF - Estratégia de Saúde da Família

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INCA - Instituto Nacional do Câncer

MS - Ministério da Saúde

OMS/WHO - Organização Mundial da Saúde

PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PNH - Programa Nacional de Humanização

SE - Secretaria Executiva

SIA - Sistema de Informação Ambulatorial

SIH - Sistema de Informação Hospitalar

SIM - Sistema de Informação de Mortalidade

SUS - Sistema Único de Saúde

SVS - Secretaria de Vigilância em Saúde

3. INTRODUÇÃO

A proposição da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem visa qualificar a saúde da população masculina na perspectiva de linhas de cuidado que resguardem a integralidade da atenção.

O reconhecimento de que os homens adentram o sistema de saúde por meio da atenção especializada tem como consequência o agravamento da morbidade pelo retardamento na atenção e maior custo para o SUS. É necessário fortalecer e qualificar a atenção primária garantindo, assim, a promoção da saúde e a prevenção aos 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 as mulheres, os serviços de atenção básica (Figueiredo, 2005; Pinheiro et al, 2002).

Muitos agravos poderiam ser evitados caso os homens realizassem, com regularidade, as medidas de prevenção primária. A resistência masculina à atenção primária aumenta não somente a sobrecarga financeira da sociedade, mas também, e, sobretudo, o sofrimento físico e emocional do paciente e de sua família, na luta pela conservação da saúde e 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, necessita modificar seus hábitos de vida para cumprir seu tratamento. Tal afirmação também é válida para ações de promoção e prevenção à saúde, que requerem, na maioria das vezes, mudanças comportamentais.

As pesquisas qualitativas apontam várias razões, mas, de um modo geral, podemos agrupar as causas da baixa adesão em dois grupos principais de determinantes, que se estruturam como barreiras entre o homem e os serviços e ações de saúde (Gomes, 2003; Keijzer, 2003; Schraiber et al, 2000), 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 cuide menos de si mesmo e se exponha mais às situações de risco (Keijzer, 2003; Schraiber et al, 2000; Sabo, 2002; Bozon, 2004). A isto se acresce o fato de que o indivíduo tem medo que o médico descubra que algo vai mal com a sua saúde, o que põe em risco sua crença de invulnerabilidade.

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

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

Outro ponto igualmente assinalado é a dificuldade de acesso aos serviços assistenciais, alegando-se que, para marcação de consultas, há de se enfrentar filas 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 all, 2007; Kalckmann et all, 2005; Schraiber, 2005).

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

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

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem deve considerar a heterogeneidade das possibilidades de ser homem. As masculinidades são construídas historicamente e sócio-culturalmente, sendo a significação da masculinidade um processo em permanente construção e transformação. O ser homem, assim como o ser mulher, é constituído tanto a partir do masculino como do feminino. Masculino e feminino são modelos culturais de gênero que convivem no imaginário dos homens e das mulheres.

Essa consideração é fundamental para a promoção da equidade na atenção a essa população, que deve ser considerada em suas diferenças por idade, condição sócio-econômica, étnico-racial, por local de moradia urbano ou rural, pela situação carcerária, pela deficiência física e/ou intelectual e pelas orientações sexuais e identidades de gênero não hegemônicas.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, portanto, além de evidenciar os principais fatores de morbimortalidade explicita o reconhecimento de determinantes sociais que resultam na vulnerabilidade da população masculina aos agravos à saúde, considerando que representações sociais sobre a masculinidade vigente comprometem o

acesso à atenção integral, bem como repercutem de modo crítico na vulnerabilidade dessa população à situações de violência e de risco para a saúde.

Mobilizar a população masculina brasileira pela luta e garantia de seu direito social à saúde é um dos desafios dessa Política. Ela pretende tornar os homens protagonistas de suas demandas, consolidando seus 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 dos determinantes sociais da saúde, optou-se estrategicamente pela identificação das principais enfermidades e agravos à saúde do homem, buscando delinear caminhos que incentivem a procura pelos serviços de atenção primária, antes que os agravos requeiram atenção especializada.

Entre abril e junho de 2008 foram realizadas uma série de cinco seminários com Sociedades Médicas, profissionais da saúde, pesquisadores, acadêmicos, representantes do CONASS e CONASEMS e de entidades civis organizadas para discutir os principais problemas de saúde que acometem os homens.

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

Entre os temas estudados destacamos a violência, fenômeno difuso, complexo, multi-causal, com raízes em fatores socioculturais, políticos, econômicos e 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, devem basear-se na intra e inter-setorialidade e interdisciplinaridade.

Na formulação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem teve-se também a clareza de integrá-la às outras Políticas de Saúde. Esta integração transversal também se reflete na interdependência e necessária cooperação de todos, somando experiências e discutindo exaustivamente diretrizes, que possibilitem as melhores opções de construção e operacionalização dessa Política, o que dará a cada segmento, gestor ou executor, a corresponsabilidade pela correta implementação das ações, em benefício da população a ser assistida.

Uma referência importante para a Política é o **Pacto pela Vida** – um compromisso entre gestores do SUS em torno de prioridades que apresentam um impacto sobre a saúde da população brasileira – que define como um de seus eixos principais a Saúde do Homem.

Ainda nesse sentido, esta Política foi desenvolvida de modo articulado, principalmente, com as Diretrizes e Recomendações Nacionais para o Cuidado Integral à Saúde de Adolescentes e de Jovens na Promoção da Saúde, na Prevenção de Agravos e de Enfermidades e na Assistência, versão preliminar, a Política Nacional de Saúde do Idoso, aprovada pela Portaria Ministerial nº 2.528 de 19 de outubro de 2006 e a Política Nacional de Atenção

Integral à Saúde da Mulher, recuperando experiências e conhecimentos produzidos nessa área, promovendo ações futuras em consonância, tanto em princípios como em práticas.

O caráter relacional das questões que envolvem dinâmicas de casal sugere a necessidade de diálogo e de articulação direta entre as Políticas de Saúde do Homem e da Mulher.

Trata-se da perspectiva de atenção integral das duas dimensões humanas: a individual e a relacional, evitando-se abordar apenas as particularidades, isolando homens ou mulheres.

Em documento posterior será apresentado um **Plano de Ação** no qual constarão objetivos, estratégias, ações, metas, indicadores e responsabilidades operacionais, subordinados a essa Política.

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

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

O diagnóstico objetiva o conhecimento da realidade permitindo a tomada gerencial de decisões racionais, bem como antever o resultado das decisões e contribuir para as prováveis modificações futuras.

Ele se concentra nos determinantes socioculturais, biológicos e comportamentais, examinando as necessidades de ações de promoção, prevenção, tratamento e recuperação.

O diagnóstico também inclui a análise dos grupos da população masculina cujas características e peculiaridades demandam ações específicas de saúde. E, identifica as principais causas de morbimortalidade.

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)¹.

Na Tabela 1, destaca-se a população masculina do Brasil nas diferentes fases do ciclo de vida:

¹ 1981-1990, 1992-1999, 2001-2006: IBGE - Estimativas preliminares para os anos intercensitários dos totais populacionais.

Tabela 1 - População masculina de acordo com as diferentes fases da vida (2005)

| Idade | População | % |
|--------------|-------------------|--------------|
| 0 a 4 | 9.068.319 | 10,0 |
| 5 a 9 | 9.132.084 | 10,1 |
| 10 a 14 | 9.520.248 | 10,5 |
| 15 a 19 | 9.780.457 | 10,8 |
| 20 a 24 | 8.752.300 | 9,7 |
| 25 a 29 | 7.421.610 | 8,2 |
| 30 a 34 | 6.925.476 | 7,6 |
| 35 a 39 | 6.470.059 | 7,1 |
| 40 a 44 | 5.552.259 | 6,1 |
| 45 a 49 | 4.568.323 | 5,0 |
| 50 a 54 | 3.691.489 | 4,1 |
| 55 a 59 | 2.785.679 | 3,1 |
| 60 e mais | 7.002.716 | 7,7 |
| TOTAL | 90.671.019 | 100,0 |

Fonte: 1981-1990, 1992-1999, 2001-2006: IBGE - Estimativas preliminares para os anos intercensitários dos totais populacionais.

5.2. Violência

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

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

Determinados processos de socialização têm o potencial de envolver os homens em episódios de violência. A agressividade está biologicamente associada ao sexo masculino e, em grande parte, vinculada ao uso abusivo de álcool, de drogas ilícitas e ao acesso as armas de fogo. Sob o ponto de vista sociocultural, a violência é uma forma social de poder que fragiliza a própria pessoa que a pratica.

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

A banalização ou naturalização, quer da violência do espaço público (violência da sociabilidade), quer da doméstica, faz com que comportamentos violentos nem sejam percebidos como tais, sendo portanto imprescindível abordar a questão do comportamento violento de modo explícito e direto, quer se trate de violência entre homens, ou contra as mulheres.

Segundo o CONASS (2007), “saúde e violência tem uma relação pouco explorada até hoje. Não só pelas vítimas que a violência produz, mas também pelas suas causas. Seu crescimento avassalador tem tido características de uma epidemia, e como tal pode e deve ser enfrentado”.

A violência no sentido amplo deve ser compreendida como determinante dos indicadores de morbimortalidade por causas externas em todas as suas dimensões, a saber: acidentes por transporte, agressões e lesões autoprovocadas voluntariamente e/ou suicídios, de acordo com os dados que serão apresentados na presente Política (CONASS, 2007).

5.2.1. População privada de liberdade

Como consequência da maior vulnerabilidade dos homens à autoria da violência, grande parte da população carcerária no Brasil é formada por homens.

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

Vale lembrar que o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, instituído pela Portaria Interministerial nº 1777, de 9 de setembro de 2003, prevê o cumprimento do direito à saúde para as pessoas privadas de liberdade, garantindo ações de saúde em todos os níveis de complexidade.

5.3. Alcoolismo e Tabagismo

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

A magnitude deste problema estigmatiza e promove exclusão social. No Brasil, há cerca de 6 milhões de pessoas nesta situação.

Homens e mulheres bebem com frequências diferentes. Este fenômeno também se observa na América Latina, conforme Relatório do Banco Mundial (2002). Mas há certas características a serem observadas: os homens iniciam precocemente o consumo de álcool, tendem a beber mais e a ter mais prejuízos em relação à saúde do que as mulheres.

No Brasil, as internações de mulheres por transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool, segundo o DATASUS (2006), representaram 2% de todas as internações por transtornos mentais e comportamentais, enquanto os homens apresentaram um percentual de 20%.

Avaliar os determinantes sociais de vulnerabilidade do homem para os problemas com o álcool torna-se, assim, imperioso para a construção de ações efetivas de prevenção e promoção da saúde mental deste segmento. Na medida em que o uso do álcool, como apontam diversos estudos, está sendo iniciado cada vez mais precocemente por homens e mulheres, as ações de promoção e prevenção para jovens e adolescentes também merecem mais investimento e monitoramento.

Transtornos graves associados ao consumo de álcool e outras drogas (exceto tabaco) afetam pelo menos 12% da população acima de 12 anos, sendo o impacto do álcool dez vezes maior que o do conjunto das drogas ilícitas, segundo o Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID, 2006).

A prevalência de dependentes de álcool também é maior para o sexo masculino: 19,5% dos homens são dependentes de álcool, enquanto 6,9% das mulheres apresentam dependência. Segundo estes dados, para cada seis pessoas do sexo masculino que fazem uso de álcool, uma fica dependente. Entre as mulheres, esta proporção é 10:1(CEBRID, 2005).

De acordo com a Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP, 2007), 52% dos brasileiros acima de 18 anos bebem, pelo menos, 1 vez ao ano. Entre as mulheres, as que bebem representam 41% e, entre os homens, 65%. Do conjunto dos homens adultos, 11% bebem todos os dias e 28% consomem bebida alcoólica de 1 a 4 vezes por semana. (Tabela 2).

Tabela 2 - Primeiro Levantamento Nacional sobre Padrão de Consumo de Álcool na População Brasileira (2007)

| Frequência de consumo | A partir 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% |

Fonte: Primeiro Levantamento Nacional sobre Padrão de Consumo de Álcool na População Brasileira - UNIFESP / SENAD, 2007.

Em relação ao tabagismo, os homens usam cigarros também com maior frequência que as mulheres, o que acarreta maior vulnerabilidade às doenças cardiovasculares, cânceres, doenças pulmonares obstrutivas crônicas, doenças bucais e outras.

Homens e mulheres devem ser conscientizados sobre os malefícios dessas práticas por meio da promoção da saúde, de ações preventivas e de hábitos saudáveis.

O uso de álcool e do tabaco está diretamente relacionado aos indicadores de morbimortalidade a serem apresentados como requerentes de ações enérgicas na atenção integral à saúde.

5.4. Pessoas com deficiência

A pessoa com deficiência é muitas vezes infantilizada e inferiorizada, encontrando-se em situação de vulnerabilidade social que a expõe a riscos à saúde. A crença na invulnerabilidade masculina é dissonante em relação à deficiência física e/ou cognitiva, o que o leva a ser mais vulnerável à violência e exclusão.

De acordo com o CENSO/2000, 25 milhões de brasileiros declararam-se como pessoas com deficiência, com graus diferentes de dificuldade ou de incapacidade de enxergar, ouvir, locomover-se e/ou com deficiência intelectual.

Do total das pessoas com deficiência, aproximadamente, 11 milhões são homens, dos quais 1,5 milhões têm deficiência intelectual e 900 mil são deficientes físicos (falta de membro ou parte dele).

Considerando o grau de severidade da incapacidade, existem no Brasil, 148 mil cegos (70 mil homens) e, aproximadamente, 2,4 milhões de pessoas que declararam ter alguma dificuldade para enxergar.

Analogamente, 166 mil pessoas se declararam incapazes de ouvir (86 mil homens) e quase 900 mil têm grande e permanente dificuldade de ouvir.

Também foi pesquisado o quantitativo de pessoas que tem alguma, grande ou total incapacidade de caminhar ou subir escadas, sendo que 275 mil são homens e 2,3 milhões têm alguma dificuldade permanente de caminhar ou subir escadas.

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

No caso da deficiência intelectual, auditiva e física o maior contingente é de homens. O resultado é compatível com o tipo de atividade desenvolvida por eles e com o risco de acidentes por diversas causas.

Em relação ao sexo, depois dos 50 anos, a proporção de mulheres, com pelo menos uma deficiência ou incapacidade, aumenta.

5.5. Adolescência e velhice

Na adolescência, há uma predisposição aos agravos à saúde pela não adoção de práticas preventivas (gravidez indesejável, DST/AIDS) e por maior exposição a situações de risco (uso de drogas, situações de violência).

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

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

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

5.6. Direitos sexuais e direitos reprodutivos

É necessário conscientizar os homens do dever e do direito à participação no planejamento reprodutivo. A paternidade não deve ser vista apenas do ponto de vista da obrigação legal, mas, sobretudo, como um direito do homem a participar de todo o processo, desde a decisão de ter ou não filhos, como e quando tê-los, bem como do acompanhamento da gravidez, do parto, do pós-parto e da educação da criança.

Vale ressaltar que os adolescentes e adultos jovens também devem ser reconhecidos como sujeitos de direitos sexuais e reprodutivos. Importante lembrar que, sua vida sexual e reprodutiva pode estar imersa em preconceitos.

A paternidade na adolescência não deve ser vista apenas como algo a ser evitado. Os adolescentes e jovens adultos devem ser assistidos diante de suas necessidades e projetos de vida, e não apenas segundo a percepção do profissional de saúde.

A eles devem ser disponibilizadas informações e métodos contraceptivos. Na eventualidade de uma gravidez, o importante é assegurar condições para que a paternidade seja vivenciada de modo responsável.

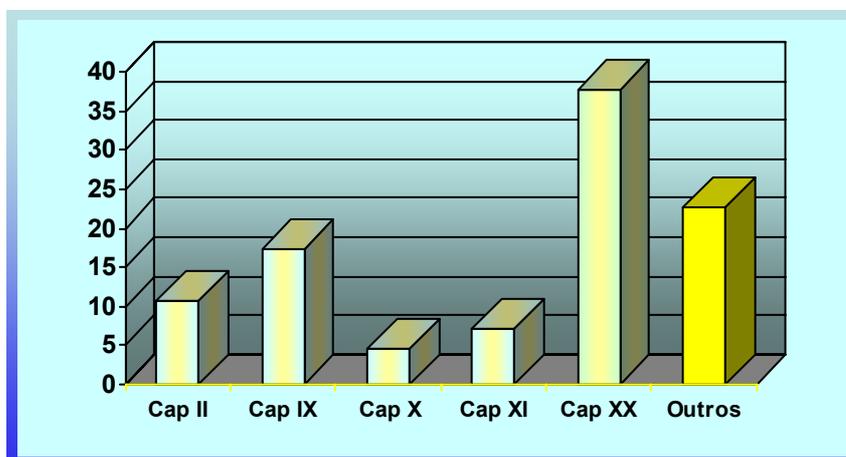
Em relação à terceira idade, as pessoas devem ser consideradas como sujeitos de direitos sexuais, reconhecendo que o exercício da sexualidade não é necessariamente interrompido com o avanço da idade. A sexualidade é uma importante dimensão da vida subjetiva, afetiva e relacional das pessoas.

5.7. Indicadores de mortalidade

Ao se analisar, no ano de 2005, as causas de mortalidade na população masculina dos 15-59 anos, se observou que em 78% dos casos os óbitos incidem em 5 (cinco) grupos principais de entidades mórbidas.

A maior porcentagem de óbitos deve-se às causas externas (CID 10 - Cap. XX); em segundo lugar, estão as doenças do aparelho circulatório (CID 10 – Cap. IX); em terceiro, os tumores (CID 10 – Cap. II); em quarto, as doenças do aparelho digestivo (CID 10 – Cap. XI); e, finalmente, em quinto lugar, as doenças do aparelho respiratório (CID 10 – Cap. X), conforme demonstrado no Gráfico 1.

Gráfico 1 - Percentagem de óbitos de acordo com as causas (CID 10) população masculina de 15 -59 anos (2005)



Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM, 2005.

Há de se chamar atenção que, as causas externas de mortalidade, embora apresentem uma alta incidência nas faixas etárias mais jovens (dos 15 aos 40 anos), são quantitativamente superadas pelas doenças do aparelho circulatório a partir dos 45 anos e pelos tumores a partir dos 50 anos.

É importante observar que o coeficiente de incidência de óbitos por todas as causas/100 mil homens aumenta progressivamente com o avanço da faixa etária. Em 2005, ocorreram

153 óbitos/100 mil na população de 15 a 19 anos e na de 55 a 59 anos, 1454 óbitos/100 mil (Tabela 3).

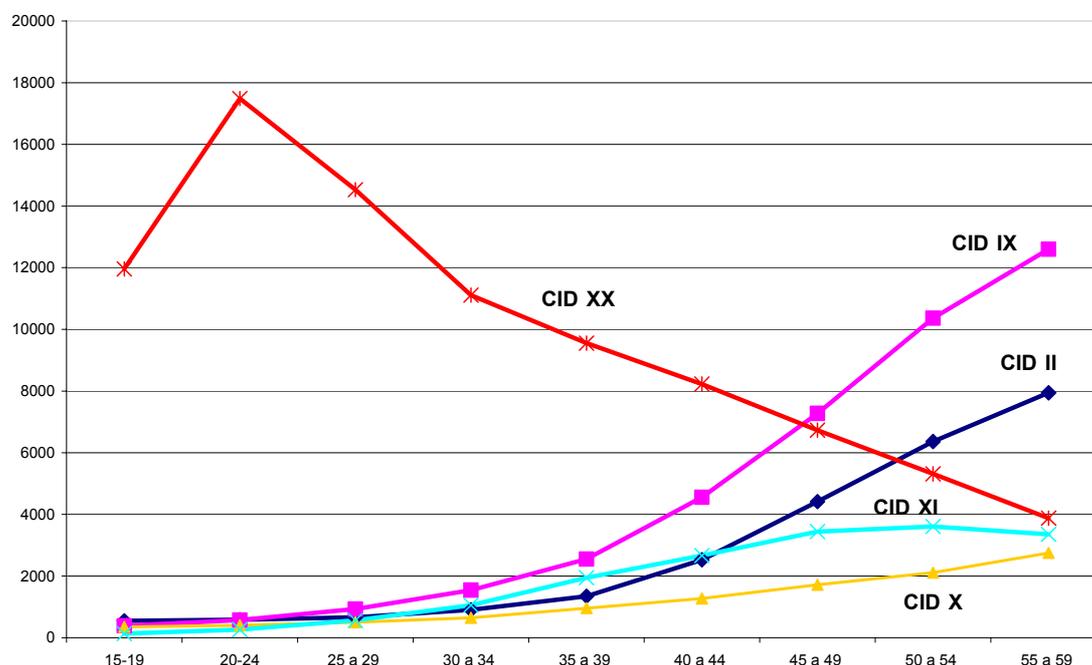
Tabela 3 - Taxa de incidência de óbitos por todas as causas na faixa etária de 15-59 anos da população masculina (2005)

| | 15 a 19 | 20 a 24 | 25 a 29 | 30 a 34 | 35 a 39 | 40 a 44 | 45 a 49 | 50 a 54 | 55 a 59 | Total |
|--|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|--------|
| Total de óbitos | 14935 | 21496 | 20486 | 19818 | 22475 | 26845 | 32383 | 37130 | 40514 | 236082 |
| % | 6,33 | 9,11 | 8,68 | 8,39 | 9,52 | 11,37 | 13,72 | 15,73 | 17,16 | 100 |
| Taxa de incidência por 100 mil homens | 153 | 246 | 276 | 286 | 347 | 483 | 709 | 1006 | 1454 | |

Fonte: 1981-1990, 1992-1999, 2001-2006: IBGE - Estimativas preliminares para os anos intercensitários dos totais populacionais; MS/SVS/DASIS - SIM, 2005.

O Gráfico 2 a seguir mostra o número total de óbitos por causas mais freqüentes na população masculina de 15 a 59 anos.

Gráfico 2 – Número de óbitos de acordo com as causas mais freqüentes por faixa etária de 15-59 anos (2005)



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 auto provocadas voluntariamente (X60-X84) e as agressões (X85-Y09). Estes três tipos de agravos corresponderam, em 2005, a maioria dos óbitos (78%), por causas externas.

Não há dúvidas de que as causas externas constituem um grande problema de saúde pública com forte impacto na mortalidade e morbidade da população. Os óbitos por causas externas constituem a primeira causa de mortalidade no grupo populacional dos 15 aos 59 anos de forma isolada, como se pode observar no Gráfico 2.

Na série histórica referida na Tabela 4, a prevalência praticamente se repete nos anos de 2001 a 2005. Observa-se que na faixa dos 20-24 anos encontra-se o maior percentual de óbitos por causas externas, no entanto, os valores na população de 25 -29 anos ainda são bastante elevados.

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

Tabela 4 - Série histórica das causas externas de óbitos por grupos etários

| | 2001 | | 2002 | | 2003 | | 2004 | | 2005 | |
|--------------|---------------|------------|---------------|------------|---------------|------------|---------------|------------|---------------|------------|
| | Totais | % |
| 0 a 4 | 1 834 | 2 | 1 822 | 2 | 1 775 | 2 | 1 734 | 2 | 1 696 | 2 |
| 5 a 9 | 1 262 | 1 | 1 304 | 1 | 1 245 | 1 | 1 217 | 1 | 1 114 | 1 |
| 10 a 14 | 2 083 | 2 | 1 979 | 2 | 1 865 | 2 | 1 922 | 2 | 1 959 | 2 |
| 15 a 19 | 11 926 | 12 | 12 634 | 12 | 12 164 | 12 | 11 918 | 11 | 11 958 | 11 |
| 20 a 24 | 16 933 | 17 | 18 469 | 18 | 18 618 | 18 | 18 274 | 17 | 17 487 | 17 |
| 25 a 29 | 15 722 | 14 | 14 468 | 14 | 14 640 | 14 | 14 578 | 14 | 14 530 | 14 |
| 30 a 34 | 11 261 | 11 | 11 463 | 11 | 11 288 | 11 | 11 106 | 11 | 11 110 | 11 |
| 35 a 39 | 9 612 | 10 | 9 789 | 9 | 9 820 | 9 | 9 728 | 9 | 9 552 | 9 |
| 40 a 44 | 7 941 | 8 | 8 040 | 8 | 8 083 | 8 | 8 302 | 8 | 8 225 | 8 |
| 45 a 49 | 6 143 | 6 | 6 375 | 6 | 6 440 | 6 | 6 525 | 6 | 6 731 | 6 |
| 50 a 54 | 4 602 | 5 | 4 739 | 5 | 4 890 | 5 | 5 168 | 5 | 5 312 | 5 |
| 55 a 59 | 3 308 | 3 | 3 558 | 3 | 3 837 | 3 | 3 809 | 4 | 3 881 | 4 |
| + 60 | 9 752 | 10 | 9 847 | 9 | 10 314 | 10 | 10 966 | 10 | 11 507 | 11 |
| TOTAL | 100379 | 100 | 104487 | 100 | 104779 | 100 | 105248 | 100 | 105062 | 100 |

Fonte: MS // SVS / DASIS - SIM.

Na Tabela 5, dos 15 aos 44 anos, predominam as agressões como principal determinante de óbitos por causas externas. A partir dos 45 anos, são os acidentes de transporte os fatores predominantes. Os suicídios apresentam uma evolução lenta e irregular, diminuindo sua freqüência a partir dos 45 anos.

Tabela 5 - Principais causas externas de óbitos nas diferentes faixas etárias da população masculina de 15-59 anos (2005)

| Faixa etária | Agressões | % | Ac. Transporte | % | Suicídios | % |
|--------------|--------------|------------|----------------|------------|-------------|------------|
| 15-19 | 7038 | 17,2 | 2377 | 9,7 | 418 | 7,5 |
| 20-24 | 9870 | 24,2 | 4281 | 17,5 | 829 | 14,8 |
| 25-29 | 7765 | 19,0 | 3779 | 15,4 | 772 | 13,8 |
| 30-34 | 5229 | 12,8 | 3178 | 13,0 | 692 | 12,3 |
| 35-39 | 3879 | 9,5 | 2834 | 11,6 | 709 | 12,6 |
| 40-44 | 2822 | 6,9 | 2600 | 10,6 | 709 | 12,6 |
| 45-49 | 1987 | 4,9 | 2300 | 9,4 | 601 | 10,7 |
| 50-54 | 1364 | 3,3 | 1812 | 7,4 | 471 | 8,4 |
| 55-59 | 894 | 2,2 | 1304 | 5,3 | 408 | 7,3 |
| TOTAL | 40848 | 100 | 24465 | 100 | 5609 | 100 |

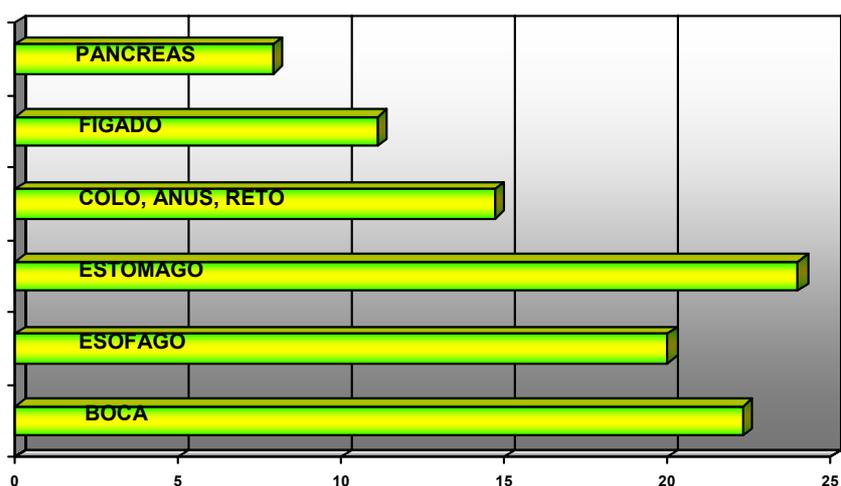
Fonte: MS / SVS / DASIS - SIM, 2005.

5.7.2. Tumores (CID 10, Cap. II)

Os tumores que incidem com maior frequência na população masculina são oriundos dos aparelhos digestivo, respiratório e urinário. Cerca de 43,2% de todos os tumores assinalados na CID I0, Cap. II, têm origem no aparelho digestivo.

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

Gráfico 3 – Percentual de mortalidade masculina por câncer do aparelho digestivo (2005)

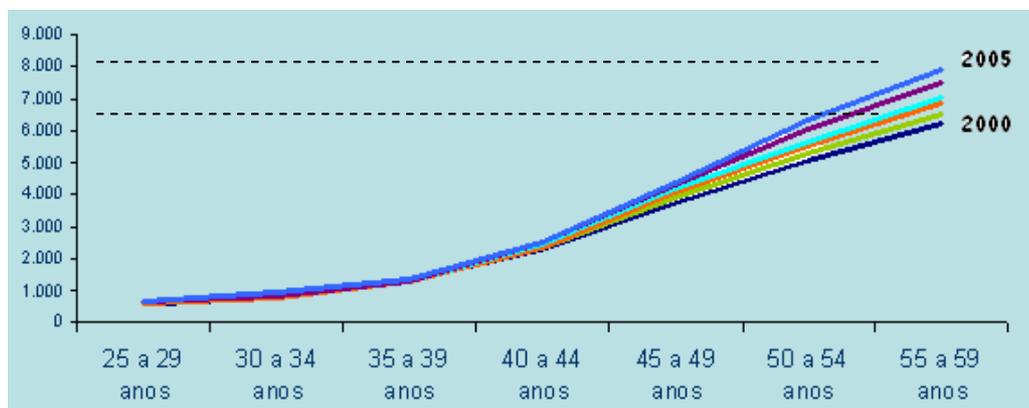


Fonte: MS / SVS / DASIS – SIM, 2005

No Gráfico 4, pode-se observar que a frequência de óbitos por neoplasia maligna do aparelho digestivo vem aumentando, a despeito dos métodos diagnósticos cada vez mais precoces e do eficiente arsenal terapêutico utilizado.

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

Gráfico 4 - Mortalidade masculina (25-59 anos) no Brasil por neoplasias malignas do aparelho digestivo (2000-2005)



Fonte: MS / SVS / DASIS - SIM, 2005

As neoplasias malignas do **aparelho respiratório** determinaram o maior número de mortalidade na população masculina, tendo ocorrido um total de 12.005 óbitos no ano de 2005.

No contexto geral das 10 neoplasias malignas que mais freqüentemente causaram a morte, logo após o câncer de pulmão, traquéia e brônquios, aparece o câncer de próstata, como se pode observar na Tabela 6.

Tabela 6 – As 10 neoplasias que mais freqüentemente causaram a morte em 2005

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

Fonte: MS / SVS / DASIS - SIM, 2005

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

Uma estimativa realizada pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA) para o aparecimento de novos casos de cânceres no ano de 2008, aponta o câncer de próstata como sendo o mais freqüente, só superado pelo câncer de pele não-melanoma (Tabela 7).

Tabela 7 – Incidência projetada para o ano 2008 dos tumores malignos

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

Fonte: INCA - Incidência do câncer no Brasil, estimativa 2008

Ao se falar de neoplasias malignas do aparelho urinário, não se pode deixar de mencionar o câncer de pênis. Trata-se de um tumor raro, relacionado com as baixas condições sócio-econômicas e a má higiene íntima. No Brasil, este câncer representa cerca de 2% de todas as neoplasias que atingem o homem, sendo mais freqüente nas regiões Norte e Nordeste, existindo estados, como é o caso do Maranhão (Nardi et al, 2007), em que sua incidência supera até a do câncer de próstata.

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

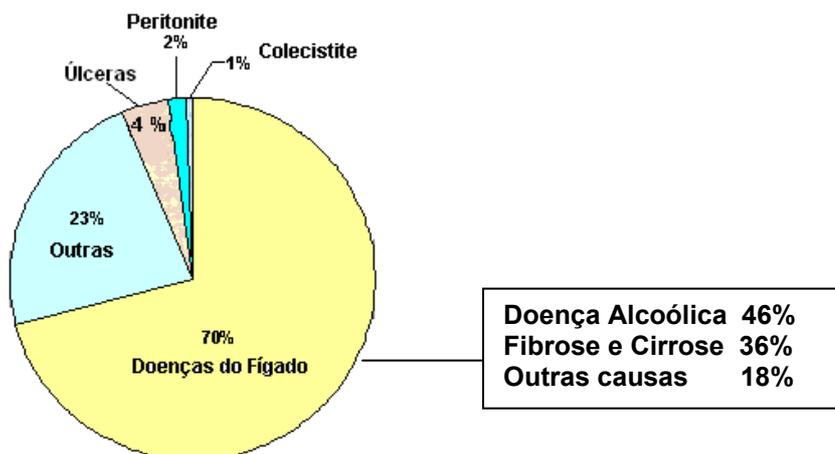
A propósito, vale assinalar que há de se cuidar da qualidade de vida dos pacientes que sofreram prostatectomias, sobretudo as radicais, cujas lesões nervosas podem determinar disfunções eréteis e incontinência urinária.

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.

Observa-se ainda que o Gráfico 5 indica como causas de mortalidade no aparelho digestivo: a ulcera gástrica, duodenal e péptica (4%), a peritonite (2%), a colecistite (1%) e outras causas não especificadas (23%).

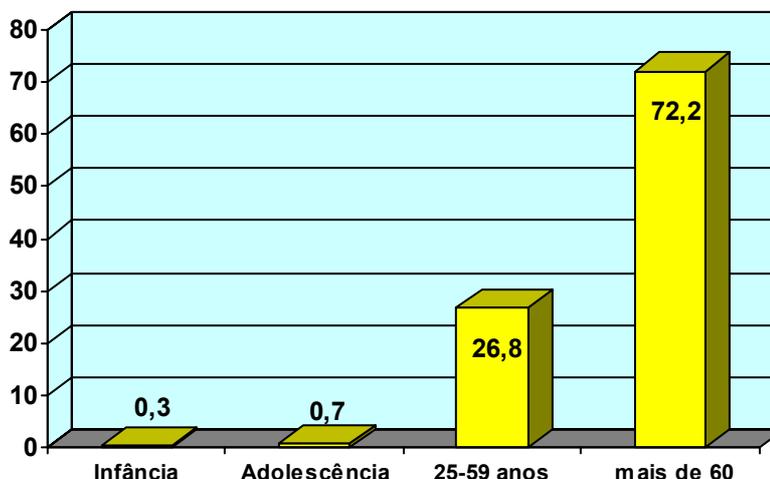
Gráfico 5 – Percentagem de mortalidade masculina de 25-59 anos por doenças do aparelho digestivo (2005)



Fonte: MS / SVS / DASIS - SIM, 2005

No Gráfico 6, nota-se que a maior incidência de mortalidade masculina, no ano de 2005, por **doenças do aparelho circulatório** ocorreu, como era de se esperar, após os 60 anos (72,2%). No mesmo ano, tivemos como óbitos por causas cardiovasculares, na população dos 25-59 anos, em torno de 26,8% – um percentual bastante expressivo. Anualmente, são perdidas muitas vidas que representam uma parcela significativa da força produtiva do país e que poderiam ser perfeitamente evitadas se houvesse uma efetiva política de prevenção primária.

Gráfico 6 – Percentagem de mortalidade masculina por doenças do aparelho circulatório (2005)



Fonte: MS / SVS / DASIS - SIM, 2005.

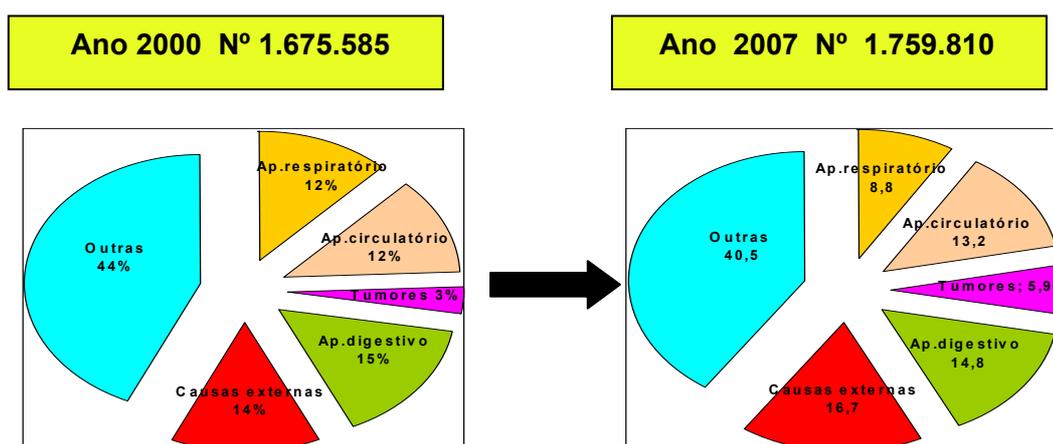
No que concerne ao **aparelho respiratório**, excluindo os casos de óbitos por neoplasias malignas e por tuberculose, tivemos em 2005, 53.017 óbitos na massa total da população masculina.

5.8. Indicadores de morbidade

No Gráfico 7, nota-se que o número de internações, entre os anos 2000 e 2007, apresenta pouca variação. Há, porém, algumas variações a serem mencionadas. Redução do número de pacientes internados por enfermidades do aparelho respiratório, digestivo e de outras causas, tendo aumentado os valores representativos das internações por tumores, aparelho circulatório e causas externas.

A internação por tumores praticamente dobrou, sendo também sensível o aumento da quantidade de pacientes internados por causas externas.

Gráfico 7 – Comparação entre as causas das internações masculinas dos 25-59 anos (2000 – 2007)



Fonte: MS / DATASUS / Sistema de Informações Hospitalares - SIH

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.

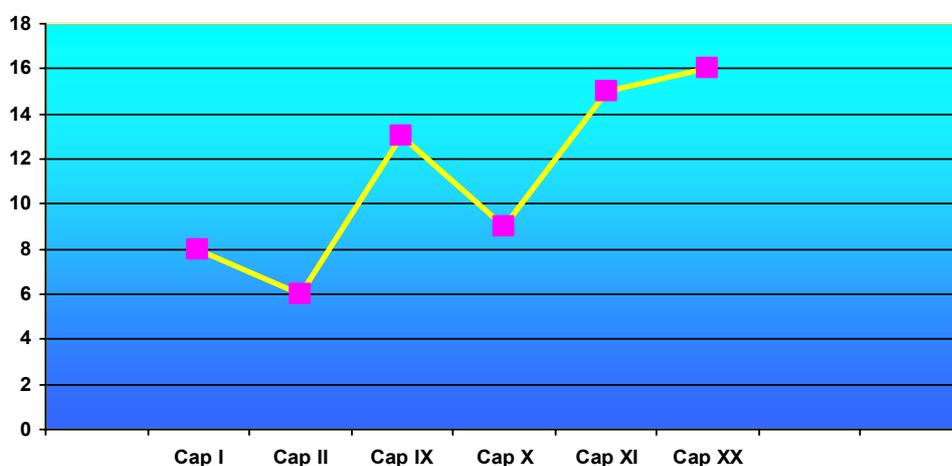
Assinale-se que, das causas externas, são os **acidentes de transporte** que se destacam em termos de magnitude. Embora o Código de Trânsito Brasileiro (Lei nº 9.503/98) enumere uma série de medidas preventivas ligadas à segurança e à valorização da vida, sua implantação efetiva encontra sérios obstáculos 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 gastos hospitalares, incluindo os dias de permanência em unidades de terapia intensiva.

Em 2007, do total de 11.332.460 internações, 4.510.409 foram de internações masculinas (39,8%). Dessas, 2.170.203 (48%) ocorreram na faixa populacional dos 15 aos 59 anos.

O Gráfico a seguir mostra as internações hospitalares de homens de 25 a 59 anos por diferentes causas.

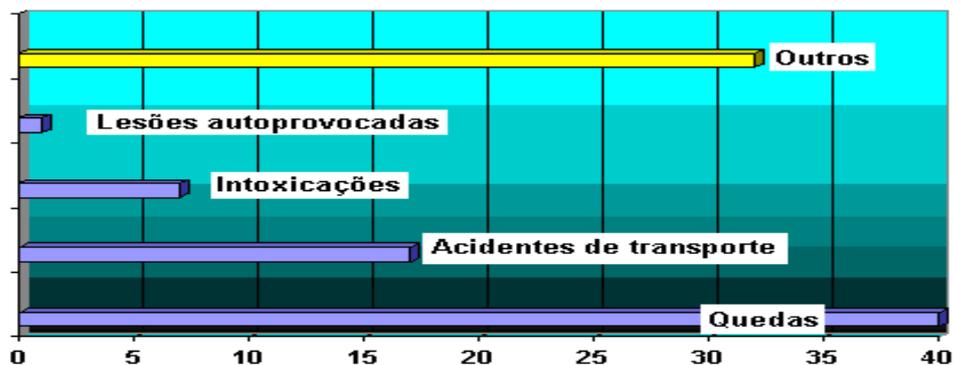
Gráfico 8 - Internações hospitalares de homens na faixa dos 25 aos 59 anos por diferentes causas (2007)



Fonte: MS / DATASUS / SIH, 2007

No Gráfico 9, estão percentualmente assinaladas as principais causas externas de internamento, em comparação com as outras causas que demandaram internação hospitalar.

Gráfico 9 - Principais causas externas de internação na população masculina dos 25- 59 anos (2007)



Fonte: MS / DATASUS / SIH, 2007

Analisando comparativa e percentualmente a internação de homens (25-59 anos) por **causas externas**, entre os anos 2000 e 2007, constata-se que o número de internamentos se equivalem, enquanto que os gastos com estas internações tiveram uma variação de quase 100% (97,04 %), sendo em 2000 de R\$ 121.768.759,45 e, em 2007, de R\$ 239.927.842,06 (Gráfico 7).

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 cólon (5.085) e pela neoplasia maligna de esôfago (4.715) (MS/SIH/SUS).

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

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

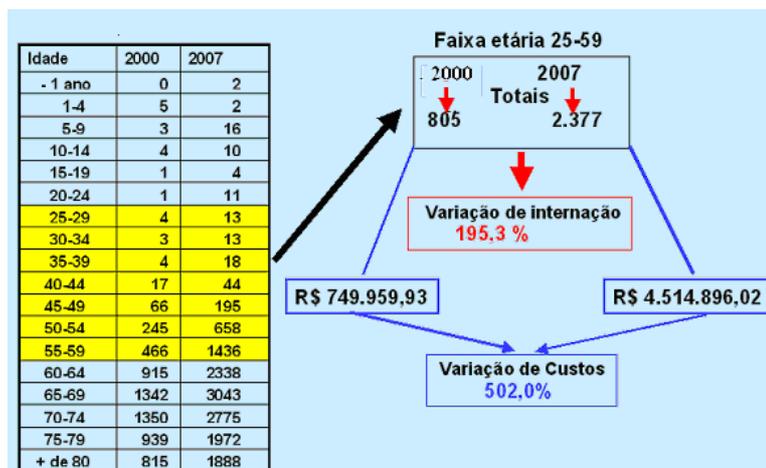
Os custos despendidos pelo SUS com estas internações foram de R\$2.883.041,00 em 2000 e de R\$6.787.078,00 em 2007, superior a 2,4 vezes.

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

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

No Gráfico 10, uma série histórica permite notar o aumento significativo das internações por câncer prostático (oscilação de 195,3%) com uma variação de custos de 502%.

Gráfico 10 – Série histórica entre número e custos de internações por câncer de próstata no Brasil (2000-2007)

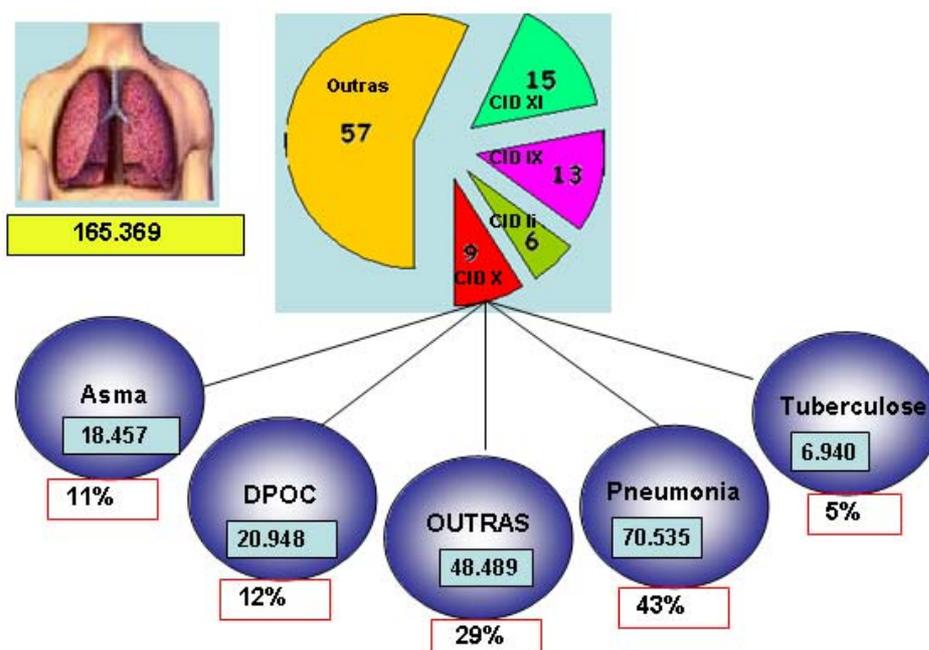


Fonte: MS / DATASUS / SIH, 2007.

5.8.3. Outras causas de morbidade

As principais causas de internações por enfermidades do aparelho respiratório estão assinaladas no Gráfico 11.

Gráfico 11 – Internações por doenças do aparelho respiratório (2007)



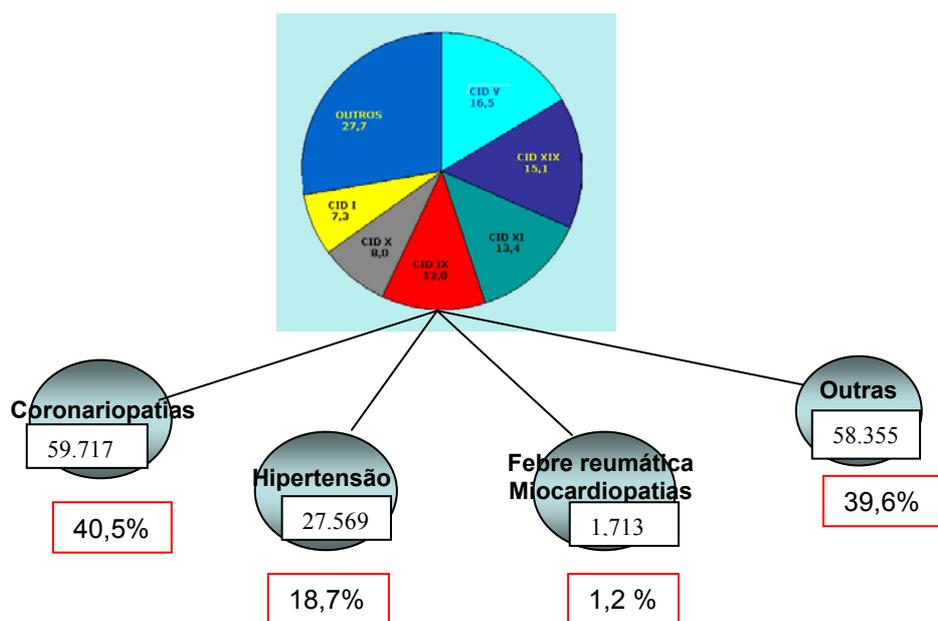
Fonte: MS / DATASUS / SIH, 2007.

Os percentuais de internamentos do aparelho respiratório mais significativo são: pneumonias (43%), doenças pulmonares obstrutivas crônicas (DPOC) (12%) e asma em suas diversas formas (11%).

É importante destacar que a tuberculose representou 5% das internações por causas do aparelho respiratório.

Em termos de **doenças do aparelho circulatório**, os resultados das internações hospitalares podem ser resumidos no Gráfico 12, onde percentualmente se pode constatar que, a maior parte das internações, deve-se aos acidentes coronarianos (40,5%), seguidos pela hipertensão arterial (18,7 %).

Gráfico 12 - Percentual de internações hospitalares do aparelho circulatório na população masculina dos 25-59 anos (2007)



Fonte: MS / DATASUS / SIH, 2007.

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).

Entre os fatores de morbidade não se pode deixar de mencionar as disfunções sexuais, notadamente a disfunção erétil, que acomete cerca da metade dos homens depois dos cinquenta anos. Pesquisas da Organização Mundial da Saúde identificam a saúde sexual como fator que mais interfere na qualidade de vida dos homens. Há de se mencionar também que a disfunção erétil é um importante marcador para certas doenças, como a coronariopatia e as diabetes.

Infelizmente a maioria dos profissionais da saúde não está capacitada para realizar o tratamento adequado (psicoterapia associada à farmacoterapia) das disfunções sexuais masculinas. O tratamento limita-se, geralmente a uma forma parcial de abordagem, esquecendo-se que cada vertente terapêutica não é excludente, mas são essenciais e se complementam.

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 integrado.

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

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

Para 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. Articular-se com as diversas áreas do governo, com o setor privado e a sociedade, compondo redes de compromisso e co-responsabilidade quanto à saúde e a qualidade de vida da população masculina;
3. Informações e orientação à população masculina, aos familiares e a comunidade sobre a promoção, prevenção, proteção, tratamento e recuperação dos agravos e das enfermidades do homem;
4. Captação precoce da população masculina nas atividades de prevenção primária relativa às doenças cardiovasculares e cânceres, entre outros agravos recorrentes;
5. Capacitação técnica dos profissionais de saúde para o atendimento do homem;
6. Disponibilidade de insumos, equipamentos e materiais educativos;

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

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:

- Trânsito do usuário por todos os níveis da atenção, na perspectiva de uma linha de cuidado que estabeleça uma dinâmica de referência e de contra-referência entre a atenção primária e as de média e alta complexidade, assegurando a continuidade no processo de atenção; e
- Compreensão sobre os agravos e a complexidade dos modos de vida e situação social do indivíduo, a fim de promover intervenções sistêmicas que abranjam inclusive as determinações sociais sobre a saúde e a doença.

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

No que tange 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 informação de maneira a possibilitar um melhor monitoramento que permita tomadas racionais de decisão; e
- Realizar estudos e pesquisas que contribuam para a melhoria das ações da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.

8. OBJETIVOS

8.1. Objetivo Geral

Promover a melhoria das condições de saúde da população masculina do Brasil, contribuindo, de modo efetivo, para a redução da morbidade e mortalidade 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, a atenção integral a saúde do homem, dentro dos princípios que regem o Sistema Único de Saúde:

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

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;
- Incentivar o uso de preservativo como medida de dupla proteção da gravidez inoportuna e das DST/aids;
- Estimular, implantar, implementar e qualificar pessoal para a atenção às disfunções sexuais masculinas;
- Garantir o acesso aos serviços especializados de atenção secundária e terciária para os casos identificados como merecedores destes cuidados;
- Promover a atenção integral à saúde do homem nas populações indígenas, negras, quilombolas, gays, bissexuais, travestis, transexuais, trabalhadores rurais, homens com deficiência, em situação de risco, em situação carcerária, entre outros, desenvolvendo estratégias voltadas para a promoção da equidade para distintos grupos sociais; e
- Associar as ações governamentais com as da sociedade civil organizada para efetivar a atenção integral à saúde do homem com protagonismo social na enunciação das reais condições de saúde da população masculina.

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:

- Incluir o enfoque de gênero, orientação sexual, identidade de gênero e condição étnico-racial nas ações educativas;
- Estimular, na população masculina, através da informação, educação e comunicação, o autocuidado com sua própria saúde;
- Promover a parceria com os movimentos sociais e populares, e outras entidades organizadas para divulgação ampla das medidas preventivas; e
- Manter atenção 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 estabelecidas no Pacto pela Saúde 2006, respeitando-se a autonomia e as competências das três esferas de gestão do SUS.

9.1. União

- Fomentar a implementação e acompanhar a implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem;
- Estimular e prestar cooperação técnica e financeira aos Estados e Municípios visando a implantação e implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem valorizando e respeitando as diversidades loco-regionais;
- Promover, no âmbito de sua competência, a articulação intersetorial e interinstitucional necessária à implementação da Política;
- Promover em parceria com o Ministério da Educação e a Secretaria Nacional de Juventude da Presidência da República, a valorização da crítica em questões educacionais relacionadas aos estereótipos de gênero, enraizados há séculos em nossa cultura patriarcal que coloca a doença como um sinal de fragilidade e contribui para que o homem se julgue invulnerável;
- Estimular e apoiar por meio da Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE/MS), a realização de pesquisas que possam aprimorar a Atenção Integral à Saúde do Homem;
- Propor por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES/MS), estratégias de Educação permanente dos trabalhadores do SUS, voltadas para a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem;
- Estabelecer parceria com as diversas Sociedades Brasileiras Científicas nacionais e internacionais, e entidades de profissionais de saúde cujas atividades tenham afinidade com as ações propostas na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem;
- Coordenar o processo de construção das Diretrizes Nacionais da Atenção à Saúde do Homem e de protocolos assistenciais, em parceria com os Estados e Municípios;

- Promover, junto à população, ações de informação, educação e comunicação em saúde visando difundir a Política Nacional; e
- Estimular e apoiar por meio da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP/MS) e com o Conselho Nacional de Saúde (CNS) o processo de discussão com participação de todos os setores da sociedade, com foco no controle social, nas questões pertinentes à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.

9.2. Estados

- Fomentar a implementação e acompanhar em seu território, a implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem;
- Estimular e prestar cooperação técnica e financeira aos Municípios visando a implantação e implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem valorizando e respeitando as diversidades loco-regionais;
- Definir, coordenar, acompanhar e avaliar, no âmbito do seu território, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, promovendo as adequações necessárias, tendo como base as diretrizes ora propostas, o perfil epidemiológico e as especificidades loco - regionais;
- Coordenar e implementar, no âmbito estadual, as estratégias nacionais de Educação permanente dos trabalhadores do SUS voltadas para a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, respeitando-se as especificidades loco-regionais;
- Implantar mecanismos de regulação das atividades relativas à Política;
- Estabelecer parceria com as diversas organizações cujas atividades tenham afinidade com as ações propostas na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem;
- Promover, na esfera de suas competências, a articulação intersetorial e interinstitucional necessária à implementação da Política;
- Elaborar e pactuar, no âmbito estadual, protocolos assistenciais, em consonância com as diretrizes nacionais da atenção, apoiando os Municípios na implementação dos mesmos;
- Promover, junto à população, ações de informação, educação e comunicação em saúde visando difundir a Política;

- Estimular e apoiar em parceria com o Conselho Estadual de Saúde o processo de discussão com participação de todos os setores da sociedade, com foco no controle social, nas questões pertinentes à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem; e
- Incentivar junto à rede educacional estadual, ações educativas que visem à promoção e atenção à saúde do homem.

9.3. Municípios

- Fomentar técnica e financeiramente a implementação e acompanhar em seu território, a implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem;
- Coordenar, implementar, acompanhar e avaliar no âmbito do seu território, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, priorizando a atenção básica, com foco na Estratégia de Saúde da Família, como porta de entrada do sistema de saúde integral e hierarquizado e promovendo as adequações necessárias, tendo como base as diretrizes ora propostas, o perfil epidemiológico e as especificidades loco - regionais;
- Coordenar e implementar, no âmbito municipal, as estratégias nacionais de Educação permanente dos trabalhadores do SUS voltadas para a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, respeitando-se as especificidades loco-regionais;
- Implantar mecanismos de regulação das atividades relativas à Política;
- Promover, no âmbito de suas competências, a articulação intersetorial e interinstitucional necessária à implementação da Política;
- Incentivar junto à rede educacional municipal, ações educativas que visem à promoção e atenção da saúde do homem;
- Implantar e implementar protocolos assistenciais, em consonância com as diretrizes nacionais e estaduais;
- Promover, em parceria com as demais esferas de governo, a qualificação das equipes de saúde para execução das ações propostas na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem;

- Promover, junto à população, ações de informação, educação e comunicação em saúde visando difundir a Política; e
- Estimular e apoiar em parceria com o Conselho Municipal de Saúde o processo de discussão com participação de todos os setores da sociedade, com foco no controle social, nas questões pertinentes à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.

10. AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO

O processo de avaliação da implantação e implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem deverá ocorrer de acordo com as pactuações realizadas em âmbito federal, estadual e municipal, com destaque para o monitoramento dos indicadores do Pacto pela Vida, a ser realizado pelo Conselho Nacional de Saúde e pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT).

A avaliação tem como finalidade essencial atender o cumprimento dos princípios e diretrizes 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, estratégias 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, a partir de sugestões apresentadas pelo Ministério da Saúde, Comissão Intergestores Tripartite e Conselho Nacional de Saúde.

Promover e apoiar, junto às Confederações dos Trabalhadores do Brasil, Centrais Sindicais e entidades empresariais avaliações e monitoramento desta Política.

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. Gender Dimensions of Alcohol Consumption and Alcohol Related Problems in Latin America and the Caribbean, 2002.

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

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE - CONASS. Violência: uma epidemia silenciosa, nº 15. Brasília, 2007.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE - CONASS. Violência: uma epidemia silenciosa, nº 16. Brasília, 2008.

COURTENAY WH. Constructions of Masculinity and their Influence on Men's well-being: a theory of gender and health. Soc Sci Med. 2000, 50:1385-401.

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

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

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

GOMES, R & NASCIMENTO, 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, editores. 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 morbimortalidade 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 Papi, 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.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Brasília, 2006.

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

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

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

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. *Ciência Saúde Coletiva*, 2002; 7:687-7070).

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

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

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

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

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

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

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.