

MINISTÉRIO DA SAÚDE



Política Nacional de Atenção Integral à **Saúde do Homem**

Princípios e Diretrizes

Disque Saúde
0800 61 1997

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
www.saude.gov.br/bvs



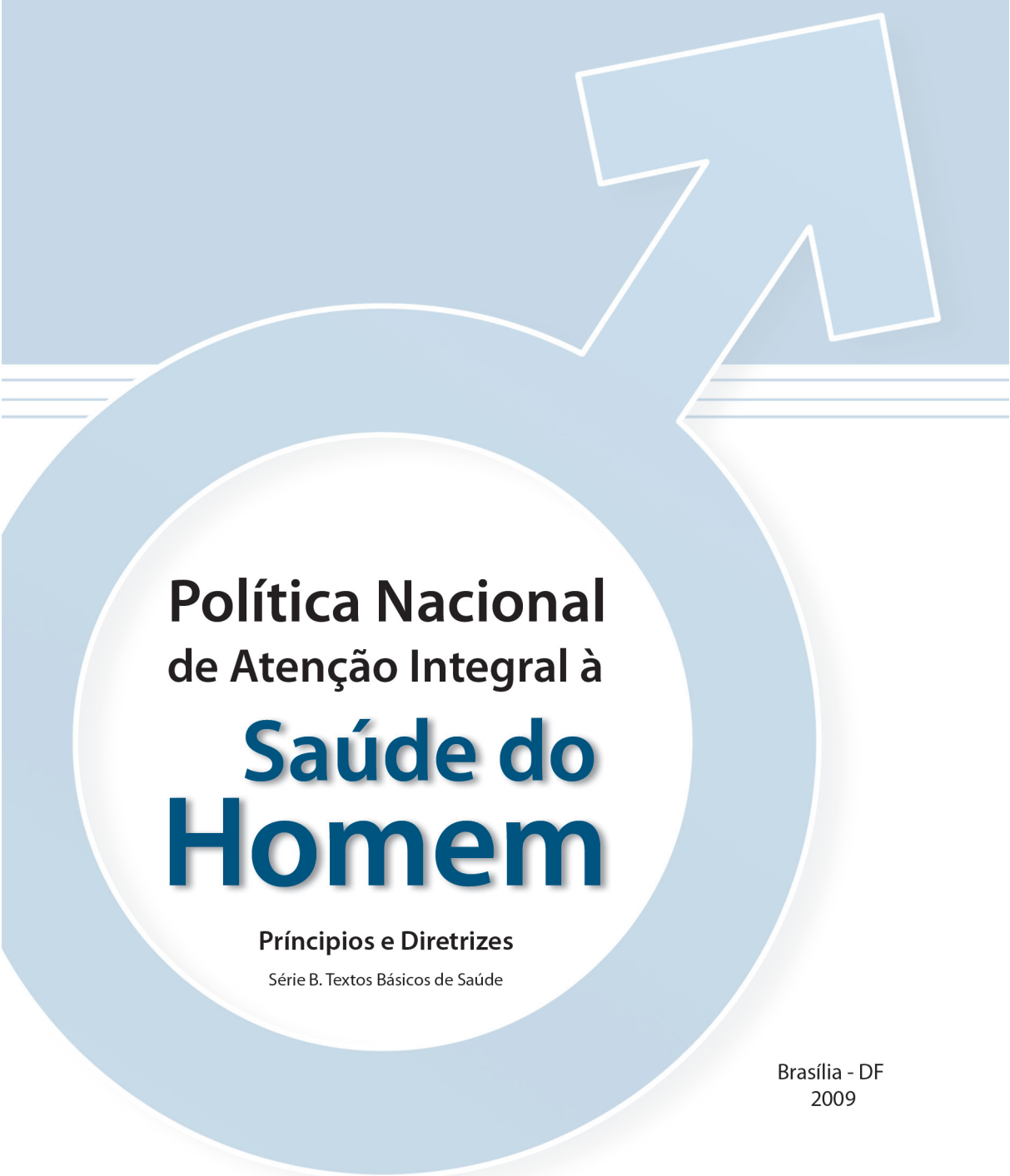
Ministério
da Saúde



Brasília - DF
2009

Tiragem: 7.000 exemplares
Impresso na Gráfica e Editora Brasil Ltda.
PDJK, Pólo de Desenvolvimento JK
Trecho 01 Conj. 09/10, Lotes 09/10/22
Santa Maria-DF
Brasília, Dezembro de 2009

MINISTÉRIO DA SAÚDE



Política Nacional de Atenção Integral à **Saúde do Homem**

Princípios e Diretrizes

Série B. Textos Básicos de Saúde

Brasília - DF
2009

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Ações Programáticas Estratégicas

POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM

Princípios e Diretrizes

Série B. Textos Básicos de Saúde

Brasília - DF

2009

© 2009Ministério da Saúde.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens dessa obra é da área técnica.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <http://www.saude.gov.br/bvs>

Série B. Textos Básicos de Saúde

Tiragem: 1ª edição – 2009 – 7.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:

Ministério da Saúde

Secretaria de Atenção à Saúde

Departamento de Ações Programáticas Estratégicas

Área Técnica de Saúde do Homem

SAF/Sul – Trecho 02, Lotes 05 e 06 - Ed. Premium, Torre II, Terreo

Cep: 70058-900 – Brasília – DF

Tel.: (61) 3315-3841

Fax: (61) 3226-4340

E-mail: saudedohomem@saude.gov.br

Home page: <http://www.saude.gov.br/>

Elaboração:

Baldur Oscar Schubert

Ricardo Cunha Cavalcanti

Eduardo Schwarz Chakora

Shirlei Aparecida da Silva Bastos

Anderson Colatto

Kelem Lima

Cleide Rodrigues

Vitor Gomes Pinto

Rosilene Ishiara

Marcella Distrutti

Revisão:

ATSH

Capa, projeto gráfico e diagramação:

Gráfica Brasil

Apoio financeiro e técnico:

Fundo de População das Nações Unidas

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas.

Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem : princípios e diretrizes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas – Brasília : Ministério da Saúde, 2009.

92 p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

ISBN 978-85-334-1643-7

1. Política Nacional de Atenção à Saúde do Homem. 2. Saúde do homem. 3. Promoção da saúde. I. Título. II. Série.

CDU 613.9-055.1

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2009/0891

Título para indexação:

Em inglês: Men Health Comprehensive Attention National Policy

Em espanhol: Política Nacional de Atención Integral a la Salud de los Hombres

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	7
ABREVIATURAS.....	11
1.INTRODUÇÃO.....	13
2. METODOLOGIA DE CONSTRUÇÃO DA POLÍTICA	17
3. DIAGNÓSTICO	21
3.1. Indicadores demográficos	21
3.2. Violência	22
3.2.1. População privada de liberdade	24
3.3. Alcoolismo e Tabagismo	24
3.4. Pessoa com deficiência	27
3.5. Adolescência e velhice	28
3.6. Direitos sexuais e direitos reprodutivos	28
3.7. Indicadores de mortalidade	29
3.7.1. Causas externas	32
3.7.2. Tumores	34
3.7.3. Outras causas de mortalidade	38
3.8. Indicadores de morbidade	39
3.8.1. Causas externas	40
3.8.2. Tumores	42
3.8.3. Outras causas de morbidade	44
4. PRINCÍPIOS	47
5. DIRETRIZES	49

6. OBJETIVOS	53
6.1. Objetivos gerais	53
6.2. Objetivos específicos	53
7. RESPONSABILIDADES INSTITUCIONAIS	57
7.1. União	57
7.2. Estados	58
7.3. Municípios	60
8. AVALIAÇÃO	63
9. BIBLIOGRAFIA	65
ANEXO I - Portaria nº 1.944 de 27 de agosto de 2009	71
ANEXO II – Instituições e profissionais que participaram das etapas de construção da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem	81

APRESENTAÇÃO

PORQUE UMA POLÍTICA PARA A SAÚDE DO HOMEM

No ano em que o Sistema Único de Saúde completa vinte e um anos, o Ministério da Saúde estabelece como prioridade a proteção à população jovem e adulta masculina, lançando a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, desenvolvida em parceria entre gestores do SUS, sociedades científicas, sociedade civil organizada, pesquisadores, acadêmicos e agências de cooperação internacional.

Tradicionalmente, o sistema de saúde tem dado prioridade à atenção a crianças e a mulheres – e, mais recentemente, também aos idosos – considerando-os como estratos mais frágeis da sociedade.

Os homens, de forma geral, habituaram-se a evitar o contato com os espaços da saúde, sejam os consultórios médicos, sejam os corredores das unidades de saúde pública, orgulhando-se da própria invulnerabilidade. Avessos à prevenção e ao autocuidado, é comum que protelem a procura de atendimento, permitindo que os casos se agravem e ocasionando, ao final, maiores problemas e despesas para si e para o sistema de saúde, que é obrigado a intervir nas fases mais avançadas das doenças.

À medida que as mulheres conquistam cada vez mais o seu direito ao mercado de trabalho, assumem em muitos lares o papel de responsáveis pela família e a equidade de gênero ganha contornos efetivos, a posição dos homens encontra-se em transformação. A resposta costumeira de que à mulher cabe cuidar da casa, das crianças, dela mesma e do seu companheiro, já não tem lugar no mundo de hoje, que inclui questões complexas ligadas à diversidade sexual e às novas configurações das possíveis formações de modelos familiares.

Na verdade, os tempos mudaram e o sistema de saúde deu-se conta de que o modelo básico de atenção aos quatro grupos populacionais – crianças, adolescentes, mulheres

e idosos – não é suficiente para tornar o País mais saudável, principalmente por deixar de fora nada menos do que 27% da população: os homens de 20 a 59 anos de idade que no Brasil são, neste ano de 2009, nada menos que 52 milhões de indivíduos, na prática pouco visibilizados ainda nas estratégias públicas de atenção à saúde. Não há como esquecer, ainda, que do total de 38 milhões de trabalhadores brasileiros no setor formal da economia, 22,5 milhões são do sexo masculino.

O Ministério da Saúde, em conjunto com as esferas estaduais e municipais que compõem solidariamente o Sistema Único de Saúde, compreendeu que para acelerar o alcance de melhores indicadores de qualidade de vida e padrões de vida mais longa é essencial desenvolver cuidados específicos para o homem jovem e adulto. Não se trata de reduzir a ênfase nos cuidados aos demais grupos populacionais, mas sim de chamar a atenção dos homens para que se cuidem mais e propiciar serviços de saúde que facilitem o enfrentamento dos agravos que são específicos do sexo masculino ou que nele encontram maiores taxas de ocorrência.

Os desafios a superar são imensos, a começar pelas causas externas de mortalidade, onde o predomínio dos óbitos do sexo masculino é devastador. A violência, por exemplo, vitima no geral o dobro de homens em relação às mulheres, e ao triplo, se considerarmos a faixa de 20 a 39 anos. Enquanto isso, de cada cem óbitos em acidentes de transporte terrestre, oitenta e dois são de homens, em geral jovens. Os homens são responsáveis por pelo menos seis de cada dez óbitos por doenças do aparelho circulatório e, no conjunto, esta é uma faixa etária em que a mortalidade masculina é pelo menos o dobro da feminina. No Brasil, a esperança de vida ao nascer já atingiu a média de 76,71 anos para as mulheres e 69,11 para os homens –, um indicador cuja melhoria está ligada fundamentalmente à elevação da expectativa de vida dos homens.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, formulada para promover ações de saúde que contribuam significativamente para a compreensão da realidade singular masculina nos seus diversos contextos socioculturais e político-econômicos, está alinhada com a Política Nacional de Atenção Básica – porta de entrada

do Sistema Único de Saúde –, particularmente com suas estratégias de humanização, na busca do fortalecimento das ações e dos serviços disponibilizados para a população. No fundo, a Política traduz um longo anseio da sociedade ao reconhecer que os agravos do sexo masculino constituem verdadeiros problemas de saúde pública.

Elaborada por meio de um minucioso processo de análises e discussões com o CONASS, o CONASEMS, a universidade, as organizações profissionais como as de cardiologia, urologia, gastroenterologia, psiquiatria, pneumologia, medicina da saúde da família e comunidade, as entidades da sociedade civil organizada para questões de gênero e para outros grupos populacionais, após ser submetida à consulta pública, a Política foi consagrada pelo Conselho Nacional de Saúde em decisão unânime e pela Comissão Intergestores Tripartite que a aprovou no mérito.

Conforme já citado, o foco da área de atenção à saúde masculina é o grupo de 20 a 59 anos, o que permite uma ampla área de contato especialmente com as faixas etárias limítrofes (adolescentes, idosos) e com a população feminina. Ênfase predominante está reservada para o trabalho de prevenção, promoção e proteção básica à saúde, com fundamento no conceito mestre de que cada homem pode manter-se saudável em qualquer idade.

José Gomes Temporão
Ministro de Estado da Saúde



ABREVIATURAS

AIH - Autorização de Internação Hospitalar

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

CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde

DASIS - Departamento de Análise de Situação de Saúde

DATASUS - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

DPOC - Doenças Pulmonares Obstrutivas Crônicas

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

ESF - Estratégia de Saúde da Família

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INCA - Instituto Nacional do Câncer

MS - Ministério da Saúde

OMS/WHO - Organização Mundial da Saúde

PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PNH - Programa Nacional de Humanização

SE - Secretaria Executiva

SIA - Sistema de Informação Ambulatorial

SIH - Sistema de Informação Hospitalar

SIM - Sistema de Informação de Mortalidade

SUS - Sistema Único de Saúde

SVS - Secretaria de Vigilância em Saúde

1. INTRODUÇÃO

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

O reconhecimento de que os homens adentram o sistema de saúde por meio da atenção especializada tem como 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 dos problemas evitáveis.

Vários estudos comparativos têm comprovado o fato de que, em relação às mulheres, os homens são mais vulneráveis às doenças, sobretudo no que se refere a enfermidades graves e crônicas, além de morrerem mais precocemente (Nardi et al, 2007; Courtenay, 2000; IDB, 2006 Laurenti et al, 2005; Luck et al, 2000). Apesar da maior vulnerabilidade e das altas taxas de morbimortalidade, os homens não buscam, como as mulheres, os serviços de atenção básica (Figueiredo, 2005; Pinheiro et al, 2002).

Muitos agravos poderiam ser evitados caso os homens realizassem, com regularidade, as medidas de prevenção primária. A resistência masculina à atenção primária aumenta não somente a sobrecarga financeira da sociedade, mas também, e sobretudo, o sofrimento físico e emocional do paciente e de sua família na luta pela conservação da saúde e por uma melhor qualidade de vida.

Tratamentos de doenças crônicas e todos aqueles de longa duração têm, em geral, menor adesão, visto que os esquemas terapêuticos exigem um grande esforço de adaptação do paciente. Tal afirmação também é válida para ações de promoção e prevenção à saúde, que requerem, na maioria das vezes, mudanças comportamentais.

As pesquisas qualitativas apontam várias razões, mas, de um modo geral, podemos agrupar as causas da baixa adesão em dois grupos principais de determinantes,

que se estruturam como barreiras entre o homem e os serviços e ações de saúde (Gomes, 2003; Keijzer, 2003; Schraiber et al, 2000): as sócio-culturais e as institucionais.

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

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

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

Outro ponto igualmente assinalado é a dificuldade de acesso aos serviços assistenciais, alegando-se que, para marcação de consultas, há de se enfrentar filas inter-

mináveis que, muitas vezes, causam a “perda” de um dia inteiro de trabalho, sem que necessariamente tenham suas demandas resolvidas em uma única consulta (Gomes et al, 2007; Kalckmann et al, 2005; Schraiber, 2005).

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

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

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem deve considerar a heterogeneidade das possibilidades de ser homem. As masculinidades são construídas histórica e sócio-culturalmente, como um processo em permanente transformação.

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

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, portanto, além de evidenciar os principais fatores de morbimortalidade explicita o reconhecimento de determinantes sociais que resultam na vulnerabilidade da população masculina,

considerando que representações vigentes sobre a masculinidade podem comprometer o acesso a cuidados, expondo-a a situações de violência e aumentando sua vulnerabilidade.

Mobilizar a população masculina brasileira pela luta e garantia do direito social à saúde é um dos desafios da Política, que pretende tornar os homens protagonistas de demandas que consolidem seus direitos de cidadania.

2. METODOLOGIA DE CONSTRUÇÃO DA POLÍTICA

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

Para além da consideração dos determinantes sociais da saúde, optou-se estrategicamente pela identificação das principais enfermidades e agravos à saúde do homem, buscando delinear caminhos que incentivem a procura pelos serviços de atenção primária, antes que os agravos requeiram atenção especializada.

Entre abril e junho de 2008 foram realizadas uma série de cinco seminários com Sociedades Médicas (Urologia, Cardiologia, Gastroenterologia, Pneumologia, Saúde da Família), profissionais da saúde, pesquisadores, acadêmicos, representantes do CONASS e CONASEMS e de entidades civis organizadas para discutir os principais problemas de saúde que acometem os homens. Em seguida, foi submetida a Consulta Pública como forma de possibilitar a maior participação possível da sociedade.

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

Entre os temas estudados destacamos a violência, fenômeno difuso, complexo, multi-causal, com raízes em fatores socioculturais, políticos, econômicos e psicobiológicos. Dado a complexidade do problema, há de se enfatizar que a promoção da saúde, a prevenção da violência e a edificação de uma cultura da paz voltada para a população, devem basear-se na intra e inter-setorialidade e interdisciplinaridade.

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

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

Ainda nesse sentido, esta Política foi desenvolvida de modo articulado, principalmente, com as Diretrizes e Recomendações Nacionais para o Cuidado Integral à Saúde de Adolescentes e de Jovens na Promoção da Saúde, na Prevenção de Agravos e de Enfermidades e na Assistência, versão preliminar, a Política Nacional de Saúde do Idoso, aprovada pela Portaria Ministerial nº 2.528 de 19 de outubro de 2006 e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, recuperando experiências e conhecimentos produzidos nessa área, promovendo ações futuras em consonância, tanto em princípios como em práticas.

O caráter relacional das questões que envolvem dinâmicas de casal sugere a necessidade de diálogo e de articulação direta entre as Políticas de Saúde do Homem e da Mulher. Trata-se da perspectiva de atenção integral das duas dimensões humanas: a individual e a relacional, evitando-se abordar apenas as particularidades, isolando homens ou mulheres.

O Conselho Nacional de Saúde aprovou a Política por unanimidade e, em seguida, a Comissão Intergestores Tripartite a consagrou no mérito.

A institucionalização formal da Política deu-se pela Portaria 1.944 de 27 de agosto de 2009, incluída em anexo.

Planos de ação em âmbito nacional e estadual/local, permitirão operacionalizá-la, sempre no contexto das iniciativas desenvolvidas pelo Sistema Único de Saúde.

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

- A mudança do foco programático, saindo do restrito campo da “adesão a programas assistenciais de saúde” para uma perspectiva mais ampla que privilegie um novo paradigma baseado na atenção integral, valorizando, fundamentalmente, a promoção, a prevenção, a proteção da saúde e a qualidade de vida, bem como a educação como importante estratégia para promover mudanças comportamentais indispensáveis à consolidação das ações propostas;

- Este documento abre espaço para uma articulação com outras ações governamentais e da sociedade organizada, especialmente aqueles que atuam em locais coletivos de sociabilidade ocupados por homens, tais como: empresas, sindicatos, campos de futebol, estações rodoviárias, metrô, quartéis, escolas, entre outros; e

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



3. DIAGNÓSTICO

Estudos que sugerem ser necessária a reflexão da especificidade da saúde da população masculina indicam linhas temáticas que estruturam o debate sobre a saúde do homem. A noção comum é a de que o início desse debate, na década de 70, caracterizou-se pela associação do modelo da masculinidade tradicional a déficits e/ou agravos à saúde (Gomes e Nascimento, 2006; Schaiber et al, 2005).

A reflexão crítica em relação à univocidade da masculinidade, no entanto, desdobrou-se no avanço das discussões, que passaram a incorporar as relações de gênero como determinantes do processo de saúde-doença e a resgatar os homens como sujeitos de direito à saúde.

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

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

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

3.1. Indicadores demográficos

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

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

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

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

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

3.2. Violência

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

O homem é mais vulnerável à violência, seja como autor, seja como vítima. Os homens adolescentes e jovens são os que mais sofrem lesões e traumas devido a

agressões, e as agressões sofridas são mais graves e demandam maior tempo de interação, em relação às sofridas pelas mulheres (Souza, 2005).

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

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

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

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

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

3.2.1. População privada de liberdade

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

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

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

3.3. Alcoolismo e Tabagismo

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

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

Homens e mulheres bebem com frequências diferentes. Este fenômeno também se observa na América Latina, conforme Relatório do Banco Mundial (2002). Mas há cer-

tas características a serem observadas: os homens iniciam precocemente o consumo de álcool, tendem a beber mais e a ter mais prejuízos em relação à saúde do que as mulheres.

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

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

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

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

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

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

Frequência de consumo	A partir dos 18 anos		
	Homens	Mulheres	Média Brasileira
Abstinentes (nunca bebeu ou menos de 1 vez por ano)	35%	59%	48%
Raramente (menos de 1 vez por mês)	8%	12%	10%
Ocasional (de 1 a 3 vezes por mês)	19%	16%	17%
Freqüente (de 1 a 4 vezes por semana)	28%	11%	19%
Muito freqüente (todos os dias)	11%	2%	6%
Quantidade usual	Homens	Mulheres	Média brasileira
Até 2 doses	38%	63%	48%
De 3 a 4 doses	25%	19%	22%
De 5 a 11 doses	27%	14%	22%
Bebe mais de 12 doses por ocasião	11%	3%	7%
Intensidade do beber	Homens	Mulheres	Média brasileira
Abstêmio	35%	59%	48%
Bebedor não frequente	12%	16%	14%
Bebedor menos frequente	16%	13%	15%
Bebedor frequente	22%	9%	15%
Bebedor frequente pesado	14%	3%	9%
Dependência (critérios do CID-10)	Homens	Mulheres	Média brasileira
	14%	4%	9%

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

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

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

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

3.4. Pessoas com deficiência

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.5. Adolescência e velhice

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

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

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

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

3.6. Direitos sexuais e direitos reprodutivos

É necessário conscientizar os homens do dever e do direito à participação no planejamento reprodutivo. A paternidade não deve ser vista apenas do ponto de

vista da obrigação legal, mas, sobretudo, como um direito do homem a participar de todo o processo, desde a decisão de ter ou não filhos, como e quando tê-los, bem como do acompanhamento da gravidez, do parto, do pós-parto e da educação da criança.

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

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

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

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

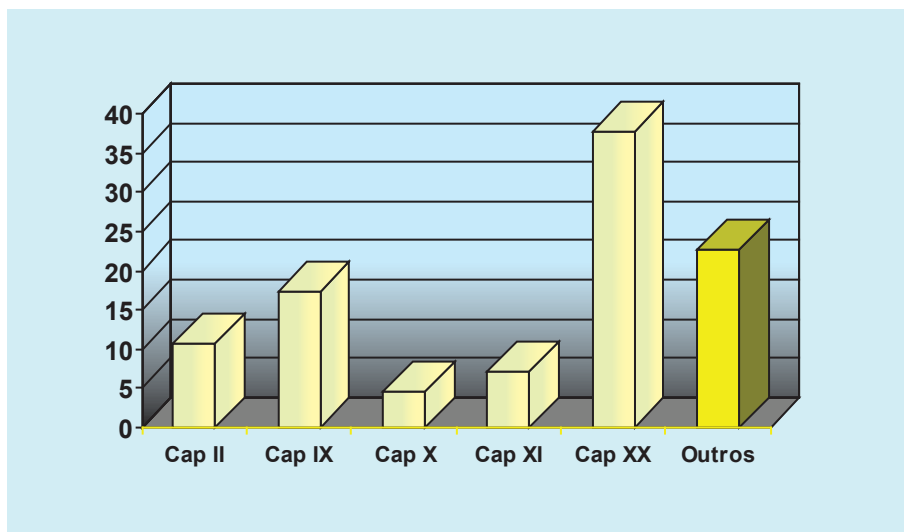
3.7. Indicadores de mortalidade

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

A maior porcentagem de óbitos deve-se às causas externas (CID 10 - Cap. XX); em segundo lugar, estão as doenças do aparelho circulatório (CID 10 - Cap. IX); em terceiro, os tumores (CID 10 - Cap. II); em quarto, as doenças do aparelho

digestivo (CID 10 – Cap. XI); e, finalmente, em quinto lugar, as doenças do aparelho respiratório (CID 10 – Cap. X), conforme demonstrado no Gráfico 1.

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



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

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

É importante observar que o coeficiente de incidência de óbitos por todas as causas/100 mil homens aumenta progressivamente com o avanço da faixa etária. Em 2005, ocorreram 153 óbitos/100 mil na população de 15 a 19 anos e na de 55 a 59 anos, 1454 óbitos/100 mil (Tabela 3).

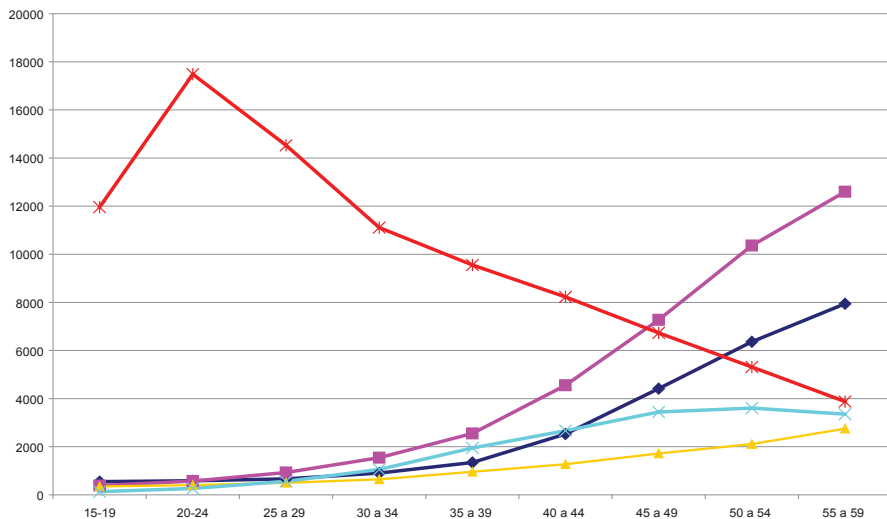
Tabela 3 - Taxa de incidência de óbitos por todas as causas na faixa etária de 15-59 anos da população masculina (2005)

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

Fonte: MS / SVS / DASIS - SIM.

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

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

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

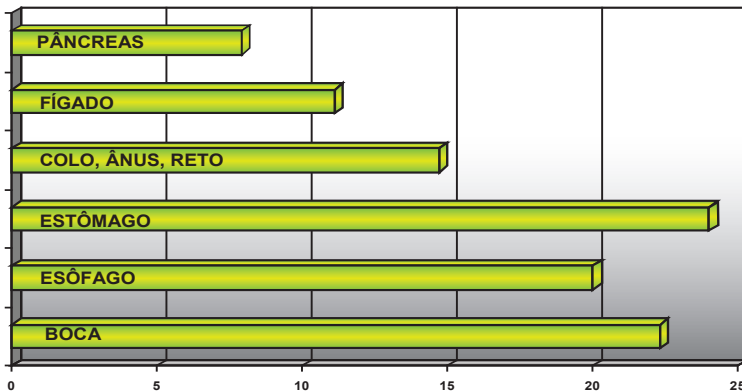
Fonte: MS / SVS / DASIS - SIM, 2005.

3.7.2. Tumores (CID 10, Cap. II)

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

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

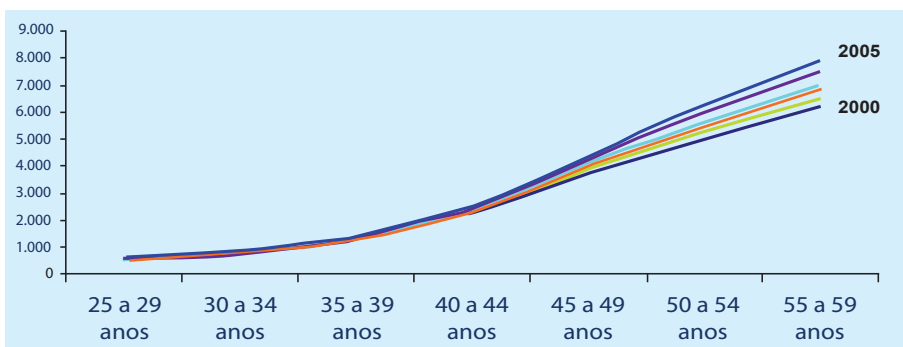
**Gráfico 3 – Percentual de mortalidade masculina
por câncer do aparelho digestivo (2005)**



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

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

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



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

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

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

Traquéia, brônquios, pulmão	12. 005
Próstata	10. 214
Estômago	8. 124
Esôfago	5. 022
Boca e faringe	4. 684
Colon, reto, anus	3. 840
Fígado e vias biliares	3. 418
Sistema Nervoso Central	3. 404
Pâncreas	2. 858
Laringe	2. 789

Fonte: MS / SVS / DASIS - SIM, 2005

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

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

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

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

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

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

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

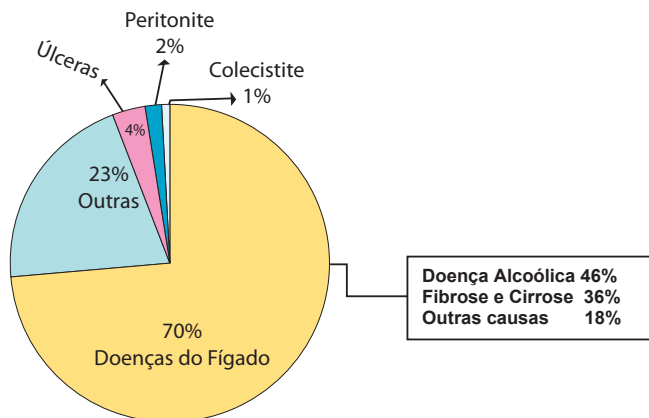
A propósito, vale assinalar que há de se cuidar da qualidade de vida dos pacientes que sofreram prostatectomias, sobretudo as radicais, cujas lesões nervosas podem determinar disfunções eréteis e incontinência urinária.

3.7.3. Outras causas de mortalidade

Além das causas externas e dos tumores, há muitas outras causas de mortalidade que podem ser assinaladas. Dentre as doenças do aparelho digestivo, por exemplo, pode-se destacar as doenças do fígado que, em 2005, foram responsáveis por 70% das causas de morte de homens de 25-59 anos. Destas, 46% deve-se a doença alcoólica, 36% a fibrose e cirrose, e 18% a outras doenças do fígado.

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

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

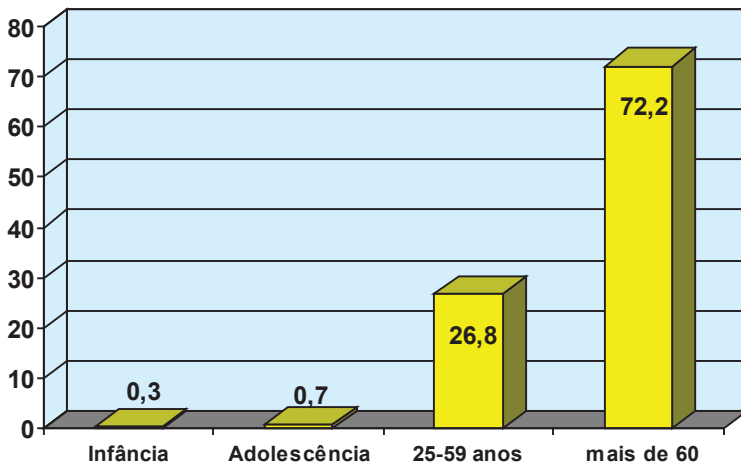


Fonte: MS / SVS / DASIS - SIM, 2005

No Gráfico 6, nota-se que a maior incidência de mortalidade masculina, no ano de 2005, por doenças do aparelho circulatório ocorreu, como era de se esperar, após os 60 anos (72,2%). No mesmo ano, tivemos como óbitos por causas cardiovasculares, na população dos 25-59 anos, em torno de 26,8% – um percentual bastan-

te expressivo. Anualmente, são perdidas muitas vidas que representam uma parcela significativa da força produtiva do país e que poderiam ser perfeitamente evitadas se houvesse uma efetiva política de prevenção primária.

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



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

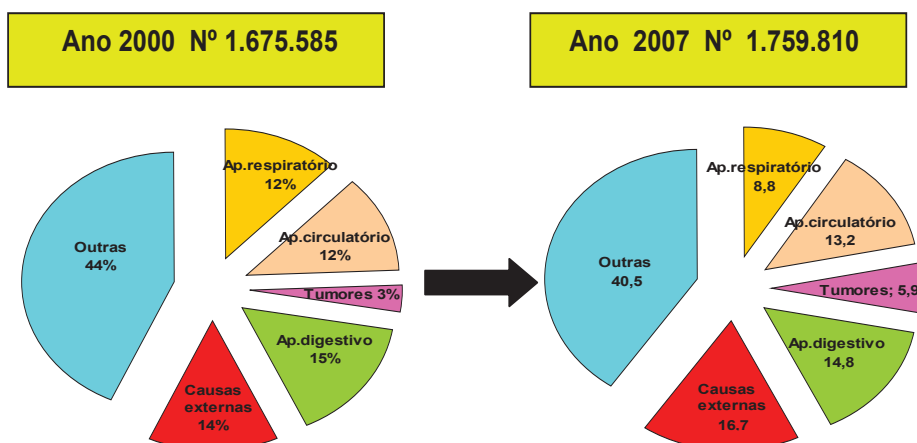
No que concerne ao aparelho respiratório, excluindo os casos de óbitos por neoplasias malignas e por tuberculose, tivemos em 2005, 53.017 óbitos na massa total da população masculina.

3.8. Indicadores de morbidade

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

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

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



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

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

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

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

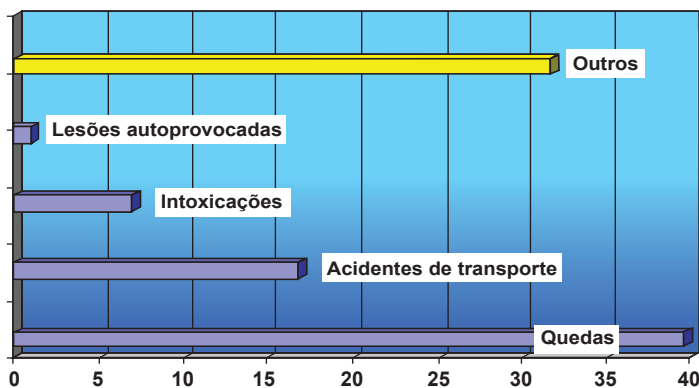
superados, como o controle tecnológico do tráfego, a rigorosa inspeção da segurança veicular, assim como a deficiência quantitativa e qualitativa dos recursos humanos.

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

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

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

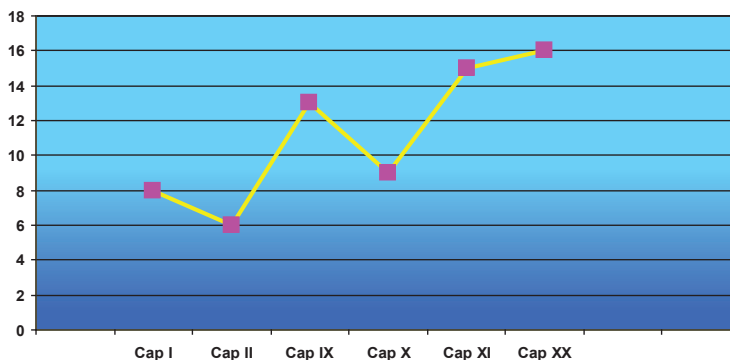
**Gráfico 8 – Internações hospitalares de homens
na faixa dos 25 aos 59 anos por diferentes causas (2007)**



Fonte: MS / DATASUS / SIH, 2007

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

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



Fonte: MS / DATASUS / SIH, 2007

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

3.8.2. Tumores (CID 10, Cap.II)

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

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

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

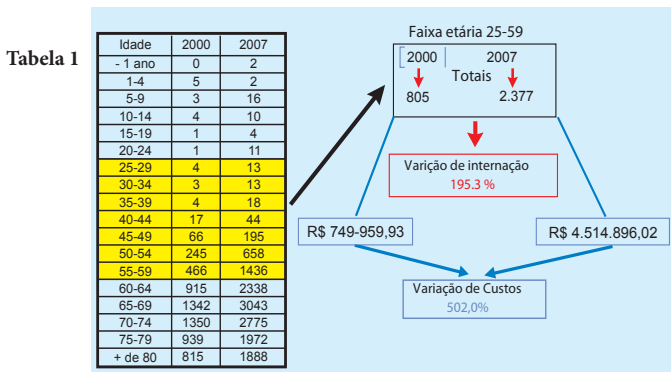
Os custos despendidos pelo SUS com estas internações foram de R\$2.883.041,00 em 2000 e de R\$6.787.078,00 em 2007, superior a 2,4 vezes.

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

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

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

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

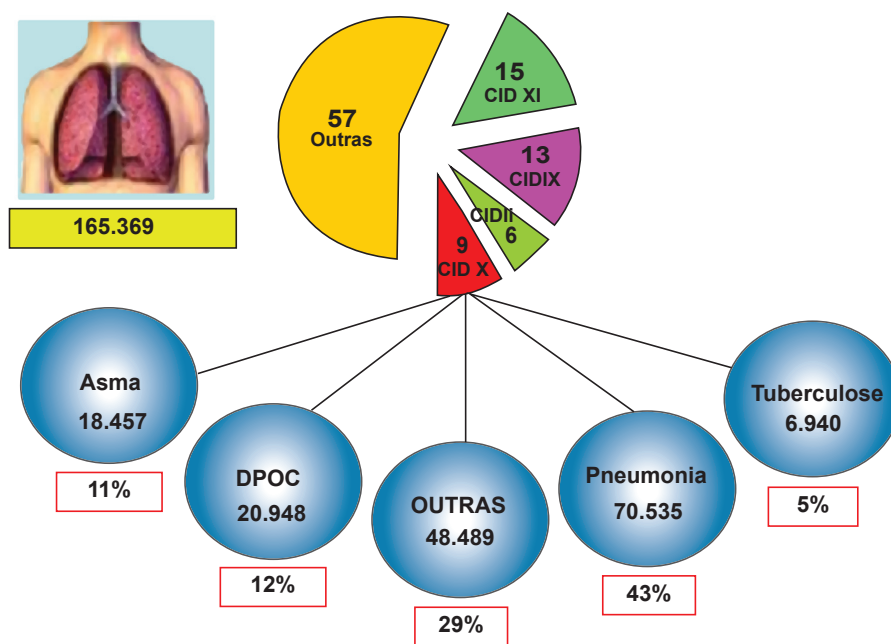


Fonte: MS / DATASUS / SIH, 2007

3.8.3. Outras causas de morbidade

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

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



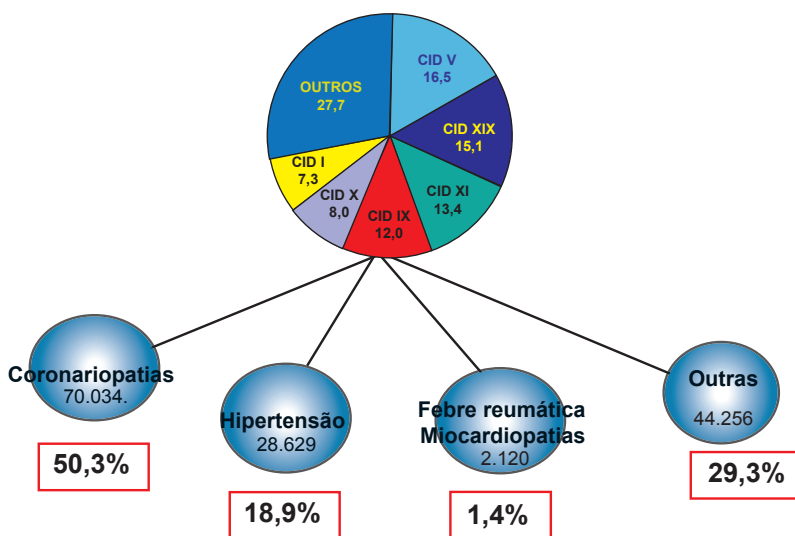
Fonte: MS / DATASUS / SIH, 2007

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

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

Em termos de doenças do aparelho circulatório, os resultados das internações hospitalares podem ser resumidos no Gráfico 12, onde percentualmente se pode constatar que, a maior parte das internações, deve-se aos acidentes coronarianos (50,3%), seguidos pela hipertensão arterial (18,9 %).

Gráfico 12 - Percentual de internações hospitalares do aparelho circulatório na população masculina dos 20-59 anos (2007)



Fonte: Ministério da Saúde, SIH, 2007

As principais doenças do aparelho digestivo responsáveis pelo maior número de internações foram: doenças ácido-pépticas (36.690), doenças do fígado (28.053) e coledolitíase e colecistite (25.980).

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

se mencionar também que a disfunção erétil é um importante marcador para certas doenças, como a coronariopatia e as diabetes.

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

4. PRINCÍPIOS

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

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

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

Essa política tem como princípios a humanização e a qualidade, que implicam na promoção, reconhecimento e respeito à ética e aos direitos do homem, obedecendo às suas peculiaridades sócio-culturais. Para cumpri-los, devem-se considerar os seguintes elementos:

1. Universalidade e equidade nas ações e serviços de saúde voltados para a população masculina, abrangendo a disponibilidade de insumos, equipamentos e materiais educativos;
2. Articulação com as diversas áreas do governo, com o setor privado e a sociedade, compondo redes de compromisso e co-responsabilidade quanto à saúde e a qualidade de vida da população masculina;
3. Informações e orientação à população masculina, aos familiares e a comunidade sobre a promoção, prevenção, proteção, tratamento e recuperação dos agravos e das enfermidades do homem;

4. Captação precoce da população masculina nas atividades de prevenção primária relativa às doenças cardiovasculares e cânceres, entre outros agravos recorrentes;

5. Capacitação técnica dos profissionais de saúde para o atendimento do homem;

6. Disponibilidade de insumos, equipamentos e materiais educativos;

7. Estabelecimento de mecanismos de monitoramento e avaliação continuada dos serviços e do desempenho dos profissionais de saúde, com participação dos usuários; e

8. Elaboração e análise dos indicadores que permitam aos gestores monitorar as ações e serviços e avaliar seu impacto, redefinindo as estratégias e/ou atividades que se fizerem necessárias.

5. DIRETRIZES

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

A integralidade pode ser compreendida a partir de uma dupla perspectiva:

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

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

No que tange à coerência, as diretrizes que propostas são inteiramente compatíveis com os princípios do SUS.

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

Diretrizes:

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

- Aperfeiçoar os sistemas de informação de maneira a possibilitar um melhor monitoramento que permita tomadas racionais de decisão; e
- Realizar estudos e pesquisas que contribuam para a melhoria das ações da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.

6. OBJETIVOS

6.1. Objetivo Geral

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

6.2. Objetivos Específicos

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

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

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

- Ampliar e qualificar a atenção ao planejamento reprodutivo masculino, inclusive a assistência à infertilidade;

- Estimular a participação e inclusão do homem nas ações de planejamento de sua vida sexual e reprodutiva, enfocando inclusive a paternidade responsável;
- Garantir a oferta da contracepção cirúrgica voluntária masculina nos termos da legislação específica;
- Promover na população masculina, conjuntamente com o Programa Nacional de DST/Aids, a prevenção e o controle das doenças sexualmente transmissíveis e da infecção pelo HIV;
- Incentivar o uso de preservativo como medida de dupla proteção da gravidez inoportuna e das DST/Aids;
- Estimular, implantar, implementar e qualificar pessoal para a atenção às disfunções sexuais masculinas;
- Garantir o acesso aos serviços especializados de atenção secundária e terciária para os casos identificados como merecedores destes cuidados;
- Promover a atenção integral à saúde do homem nas populações indígenas, negras, quilombolas, gays, bissexuais, travestis, transexuais, trabalhadores rurais, homens com deficiência, em situação de risco, em situação carcerária, entre outros, desenvolvendo estratégias voltadas para a promoção da equidade para distintos grupos sociais; e
- Associar as ações governamentais com as da sociedade civil organizada para efetivar a atenção integral à saúde do homem com protagonismo social na enunciação das reais condições de saúde da população masculina.
- Ampliar, através da educação, o acesso dos homens às informações sobre as medidas preventivas contra os agravos e enfermidades que os atingem:

- Incluir o enfoque de gênero, orientação sexual, identidade de gênero e condição étnico-racial nas ações educativas;
- Estimular, na população masculina, através da informação, educação e comunicação, o autocuidado da saúde;
- Promover a parceria com os movimentos sociais e populares, e outras entidades organizadas para divulgação ampla das medidas; e
- Manter interação permanente com as demais áreas governamentais no sentido de efetuar, de preferência, ações conjuntas, evitando a dispersão desnecessária de recursos.



7. RESPONSABILIDADES INSTITUCIONAIS

As responsabilidades institucionais estão definidas de acordo com as diretrizes estabelecidas no Pacto pela Saúde 2006, respeitando-se a autonomia e as competências das três esferas de gestão do SUS.

7.1. União

- Fomentar a implementação e acompanhar a implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem;
- Estimular e prestar cooperação técnica e financeira aos Estados e Municípios visando a implantação e implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem valorizando e respeitando as diversidades locais e regionais;
- Promover, no âmbito de sua competência, a articulação intersetorial e interinstitucional necessária à implementação da Política;
- Promover em parceria com o Ministério da Educação e a Secretaria Nacional de Juventude da Presidência da República, a valorização da crítica em questões educacionais relacionadas aos estereótipos de gênero, enraizados há séculos em nossa cultura patriarcal que coloca a doença como um sinal de fragilidade e contribui para que o homem se julgue invulnerável;
- Estimular e apoiar por meio da Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE/MS), a realização de pesquisas que possam aprimorar a Atenção Integral à Saúde do Homem;
- Propor por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES/MS), estratégias de Educação permanente dos trabalhadores do SUS, voltadas para a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem;

- Estabelecer parceria com as diversas Sociedades Brasileiras Científicas nacionais e internacionais, e entidades de profissionais de saúde cujas atividades tenham afinidade com as ações propostas na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem;
- Coordenar o processo de construção das Diretrizes Nacionais da Atenção à Saúde do Homem e de protocolos assistenciais, em parceria com os Estados e Municípios;
- Promover, junto à população, ações de informação, educação e comunicação em saúde visando difundir a Política Nacional;
- Estimular e apoiar por meio da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP/MS) e com o Conselho Nacional de Saúde (CNS) o processo de discussão com participação de todos os setores da sociedade, com foco no controle social, nas questões pertinentes à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem;
- Apoiar, técnica e financeiramente, a capacitação e a qualificação de profissionais para a atenção à saúde do homem;
- Estabelecer mecanismos de monitoramento e avaliação continuada dos serviços e do desempenho dos profissionais de saúde; e
- Elaborar e analisar os indicadores que permitam aos gestores monitorar as ações, os serviços e avaliar seu impacto, redefinindo as estratégias e atividades que se fizerem necessárias

7.2. Estados

- Fomentar a implementação e acompanhar em seu território a implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem;

- Estimular e prestar cooperação técnica e financeira aos Municípios visando a implantação e implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem valorizando e respeitando as diversidades locais e regionais;

- Definir, coordenar, acompanhar e avaliar, no âmbito do seu território, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, promovendo as adequações necessárias, tendo como base as diretrizes ora propostas, o perfil epidemiológico e as especificidades locais e regionais;

- Coordenar e implementar, no âmbito estadual, as estratégias nacionais de educação permanente dos trabalhadores do SUS voltadas para a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem;

- Implantar mecanismos de regulação das atividades relativas à Política;

- Estabelecer parceria com as diversas organizações cujas atividades tenham afinidade com as ações propostas na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem;

- Promover, na esfera de suas competências, a articulação intersetorial e interinstitucional necessária à implementação da Política;

- Elaborar e pactuar, no âmbito estadual, protocolos assistenciais, em consonância com as diretrizes nacionais da atenção, apoiando os Municípios na implementação dos mesmos;

- Promover, junto à população, ações de informação, educação e comunicação em saúde visando difundir a Política;

- Estimular e apoiar em parceria com o Conselho Estadual de Saúde o processo de discussão com participação de todos os setores da sociedade, com foco no con-

trole social, nas questões pertinentes à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem; e

- Incentivar junto à rede educacional estadual, ações educativas que visem à promoção e atenção à saúde do homem.

7.3. Municípios

- Fomentar técnica e financeiramente a implementação e acompanhar em seu território, a implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem;

- Coordenar, implementar, acompanhar e avaliar no âmbito do seu território, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, priorizando a atenção básica, com foco na Estratégia de Saúde da Família, como porta de entrada do sistema de saúde integral e hierarquizado e promovendo as adequações necessárias, tendo como base as diretrizes ora propostas, o perfil epidemiológico e as especificidades locais e regionais;

- Coordenar e implementar, no âmbito municipal, as estratégias nacionais de educação permanente dos trabalhadores do SUS voltadas para a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem;

- Implantar mecanismos de regulação das atividades relativas à Política;

- Promover, no âmbito de suas competências, a articulação intersetorial e interinstitucional necessária à implementação da Política;

- Incentivar junto à rede educacional municipal, ações educativas que visem à promoção e atenção da saúde do homem;

- Implantar e implementar protocolos assistenciais, em consonância com as diretrizes nacionais e estaduais;

- Promover, em parceria com as demais esferas de governo, a qualificação das equipes de saúde para execução das ações propostas na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem;
- Promover, junto à população, ações de informação, educação e comunicação em saúde visando difundir a Política;
- Estimular e apoiar em parceria com o Conselho Municipal de Saúde o processo de discussão com participação de todos os setores da sociedade, com foco no controle social, nas questões pertinentes à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem;
- Promover ou participar das ações de capacitação técnica e qualificação dos profissionais de saúde para atendimento do homem; e
- Analisar os indicadores que permitam aos gestores monitorar as ações e os serviços e avaliar seu impacto, redefinindo estratégias e atividades que se fizerem necessárias.



8. AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO

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

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

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

Para essa avaliação de processo há de se definir critérios, parâmetros, indicadores e metodologia específicos, considerando que através dela será possível identificar, modificar e/ou incorporar novas diretrizes, a partir de sugestões apresentadas principalmente pelo Ministério da Saúde, Comissão Intergestores Tripartite e Conselho Nacional de Saúde.

Espera-se, também, promover e apoiar, junto às Confederações dos Trabalhadores do Brasil, Centrais Sindicais e entidades empresariais, avaliações e o monitoramento da Política.

Além dessas avaliações de resultado e processo, não se pode deixar de analisar a contribuição da Política para concretização dos princípios e diretrizes do SUS, especialmente em relação ao que estabelece a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8080/90).



9. BIBLIOGRAFIA

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

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

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

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

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

CONASS. Violência: uma epidemia silenciosa, nº 15. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília, 2007.

CONASS. Violência: uma epidemia silenciosa, nº 16. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília, 2008.

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

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

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

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

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

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

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

IBGE. Censo 2000. Características da população e dos domicílios: resultados do universo. Disponível em: www.ibge.gov.br/censo/. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Rio de Janeiro, 2000.

IBGE. Projeção da população do Brasil por sexo e idade: 1980-2050 – Revisão 2008. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2008/default.shtm. Fundação brasileira de Geografia e Estatística. Rio de Janeiro, 2008.

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

KEIJZER B. Hasta donde el cuerpo aguante: género, cuerpo y salud masculina. In: Cáceres CF, Cueto M, Ramos M, Vallas S, editors. *La salud como derecho ciudadano*:

perspectivas y propuestas desde América Latina. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2003. p. 137-52.

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

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

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

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

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

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

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

MINISTÉRIO DA SAÚDE, SIM 2007. Secretaria de Vigilância Sanitária, Departamento de Análise de Situação de Saúde: Sistema de Informações sobre Mortalidade. Brasília, DASIS-SIM, 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, SIH 2005. DATASUS - Sistema de Informações Hospitalares do SUS. Brasília, 2005

MINISTÉRIO DA SAÚDE, SIH 2007. DATASUS - Sistema de Informações Hospitalares do SUS. Brasília, 2007

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

WHO. Boys in the picture. World Health Organization. Geneva, 2000.

WHO. Men, Ageing and Health. World Health Organization. Geneva, 2001.

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

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



ANEXO I

PORTARIA Nº 1944

27 de agosto de 2009 -

DIÁRIO OFICIAL – 28 de agosto de 2009 - Pg. 61

MINISTÉRIO DA SAÚDE

GABINETE DO MINISTRO

Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições previstas no Inciso II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando que a população masculina apresenta altos índices de morbimortalidade que representam verdadeiros problemas de saúde pública;

Considerando que os indicadores e os dados básicos para a saúde demonstram que os coeficientes de mortalidade masculina são consideravelmente maiores em relação aos coeficientes de mortalidade femininos ao longo das idades do ciclo de vida;

Considerando a necessidade de organizar uma rede de atenção à saúde que garanta uma linha de cuidados integrais voltada para a população masculina;

Considerando a necessidade de apoiar ações e atividades de promoção de saúde para facilitar e ampliar o acesso aos serviços de saúde por parte dessa população;

Considerando a necessidade de apoiar a qualificação de profissionais de saúde para o atendimento específico da população masculina; e

Considerando a aprovação no âmbito do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e da Comissão Intergestores Tripartite - (CIT), resolve:

Art. 1º Instituir, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.

Parágrafo único. A Política de que trata o caput deste artigo visa promover a melhoria das condições de saúde da população masculina brasileira, contribuindo, de modo efetivo, para a redução da morbidade e da mortalidade dessa população, por meio do enfrentamento racional dos fatores de risco e mediante a facilitação ao acesso, às ações e aos serviços de assistência integral à saúde.

Art. 2º A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, de que trata o artigo 1º desta Portaria, será regida pelos seguintes princípios:

I - universalidade e equidade nas ações e serviços de saúde voltados para a população masculina, abrangendo a disponibilidade de insumos, equipamentos e materiais educativos;

II - humanização e qualificação da atenção à saúde do homem, com vistas à garantia, promoção e proteção dos direitos do homem, em conformidade com os preceitos éticos e suas peculiaridades socioculturais;

III - co-responsabilidade quanto à saúde e à qualidade de vida da população masculina, implicando articulação com as diversas áreas do governo e com a sociedade; e

IV - orientação à população masculina, aos familiares e à comunidade sobre a promoção, a prevenção, a proteção, o tratamento e a recuperação dos agravos e das enfermidades do homem.

Art. 3º A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem possui as seguintes diretrizes, a serem observadas na elaboração dos planos, programas, projetos e ações de saúde voltados à população masculina:

I - integralidade, que abrange:

a) assistência à saúde do usuário em todos os níveis da atenção, na perspectiva de uma linha de cuidado que estabeleça uma dinâmica de referência e de contrarreferência entre a atenção básica e as de média e alta complexidade, assegurando a continuidade no processo de atenção;

b) compreensão sobre os agravos e a complexidade dos modos de vida e da situação social do indivíduo, a fim de promover intervenções sistêmicas que envolvam, inclusive, as determinações sociais sobre a saúde e a doença;

II - organização dos serviços públicos de saúde de modo a acolher e fazer com que o homem sinta-se integrado;

III - implementação hierarquizada da política, priorizando a atenção básica;

IV - priorização da atenção básica, com foco na estratégia de Saúde da Família;

V - reorganização das ações de saúde, por meio de uma proposta inclusiva, na qual os homens considerem os serviços de saúde também como espaços masculinos e, por sua vez, os serviços de saúde reconheçam os homens como sujeitos que necessitem de cuidados; e

VI - integração da execução da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem às demais políticas, programas, estratégias e ações do Ministério da Saúde.

Art. 4º São objetivos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem:

- I - promover a mudança de paradigmas no que concerne à percepção da população masculina em relação ao cuidado com a sua saúde e a saúde de sua família;
- II - captar precocemente a população masculina nas atividades de prevenção primária relativa às doenças cardiovasculares e cânceres, entre outros agravos recorrentes;
- III - organizar, implantar, qualificar e humanizar, em todo o território brasileiro, a atenção integral à saúde do homem;
- IV - fortalecer a assistência básica no cuidado com o homem, facilitando e garantindo o acesso e a qualidade da atenção necessária ao enfrentamento dos fatores de risco das doenças e dos agravos à saúde;
- V - capacitar e qualificar os profissionais da rede básica para o correto atendimento à saúde do homem;
- VI - implantar e implementar a atenção à saúde sexual e reprodutiva dos homens, incluindo as ações de planejamento e assistência às disfunções sexuais e reprodutivas, com enfoque na infertilidade;
- VII - ampliar e qualificar a atenção ao planejamento reprodutivo masculino;
- VIII - estimular a participação e a inclusão do homem nas ações de planejamento de sua vida sexual e reprodutiva, enfocando as ações educativas, inclusive no que toca à paternidade;
- IX - garantir a oferta da contracepção cirúrgica voluntária masculina nos termos da legislação específica;
- X - promover a prevenção e o controle das doenças sexualmente transmissíveis e da infecção pelo HIV;

- XI - garantir o acesso aos serviços especializados de atenção secundária e terciária;
- XII - promover a atenção integral à saúde do homem nas populações indígenas, negras, quilombolas, gays, bissexuais, travestis, transexuais, trabalhadores rurais, homens com deficiência, em situação de risco, e em situação carcerária, entre outros;
- XIII - estimular a articulação das ações governamentais com as da sociedade civil organizada, a fim de possibilitar o protagonismo social na enunciação das reais condições de saúde da população masculina, inclusive no tocante à ampla divulgação das medidas preventivas;
- XIV - ampliar o acesso às informações sobre as medidas preventivas contra os agravos e as enfermidades que atingem a população masculina;
- XV - incluir o enfoque de gênero, orientação sexual, identidade de gênero e condição étnico-racial nas ações socioeducativas;
- XVI - estimular, na população masculina, o cuidado com sua própria saúde, visando à realização de exames preventivos regulares e à adoção de hábitos saudáveis; e
- XVII - aperfeiçoar os sistemas de informação de maneira a possibilitar um melhor monitoramento que permita tomadas de decisão.

Art. 5º Compete à União:

- I - coordenar e fomentar, em âmbito nacional, a implementação e acompanhar a implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem;
- II - estimular e prestar cooperação técnica e financeira aos Estados e aos Municípios, visando à implantação e implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, de modo a valorizar e respeitar as diversidades locais;

III - promover, no âmbito de sua competência, a articulação intersetorial e interinstitucional necessária à implementação da Política;

IV - promover ações educativas relacionadas aos estereótipos de gênero;

V - estimular e apoiar a realização de pesquisas que possam aprimorar a Atenção Integral à Saúde do Homem;

VI - definir estratégias de Educação Permanente dos Trabalhadores do SUS, voltadas para a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem;

VII - estabelecer parceria com as diversas sociedades científicas nacionais e internacionais e as entidades de profissionais de saúde cujas atividades tenham afinidade com as ações propostas na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, a fim de possibilitar a colaboração técnica, no âmbito dos planos, programas, projetos, estratégias e atividades dela decorrentes;

VIII - coordenar o processo de construção das diretrizes/protocolos assistenciais da atenção à saúde do homem em parceria com os Estados e os Municípios;

IX - promover ações de informação, educação e comunicação em saúde visando difundir a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem;

X - estimular e apoiar o processo de discussão com participação de todos os setores da sociedade, com foco no controle social, nas questões pertinentes à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem;

XI - apoiar, técnica e financeiramente, a capacitação e a qualificação dos profissionais para a atenção à saúde do homem;

XII - estabelecer mecanismos de monitoramento e avaliação continuada dos serviços e do desempenho dos profissionais de saúde; e

XIII - elaborar e analisar os indicadores que permitam aos gestores monitorar as ações, os serviços e avaliar seu impacto, redefinindo as estratégias e/ou atividades que se fizerem necessárias.

Art. 6º Compete aos Estados:

I - fomentar a implementação e acompanhar, no âmbito de sua competência, a implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem;

II - estimular e prestar cooperação técnica e financeira aos Municípios visando à implantação e implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, de modo a valorizar e respeitar as diversidades locais;

III - acompanhar e avaliar, no âmbito de sua competência, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, promovendo as adequações necessárias, tendo como base o perfil epidemiológico e as especificidades locais;

IV - coordenar e implementar, no âmbito estadual, as estratégias nacionais de Educação Permanente dos Trabalhadores do SUS voltadas para a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, respeitando-se as especificidades locais;

V - promover, na esfera de sua competência, a articulação intersetorial e interinstitucional necessária à implementação da Política;

VI - elaborar e pactuar, no âmbito estadual, protocolos assistenciais, em consonância com as diretrizes nacionais da atenção, apoiando os Municípios na implementação desses protocolos;

VII - promover, junto à população, ações de informação, educação e comunicação em saúde visando difundir a Política;

VIII - estimular e apoiar, juntamente com o Conselho Estadual de Saúde, o processo de discussão com a participação de todos os setores da sociedade, com foco no controle social, nas questões pertinentes à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem;

IX - incentivar, junto à rede educacional estadual, ações educativas que visem à promoção e à atenção à saúde do homem;

X - capacitação técnica e qualificação dos profissionais de saúde para atendimento do homem; e

XI - analisar os indicadores que permitam aos gestores monitorar as ações e serviços e avaliar seu impacto, redefinindo as estratégias e/ou atividades que se fizerem necessárias.

Art. 7º Compete aos Municípios:

I - implementar, acompanhar e avaliar, no âmbito de sua competência, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, priorizando a atenção básica, com foco na Estratégia de Saúde da Família;

II - apoiar técnica e financeiramente a implementação e acompanhar, no âmbito de sua competência, a implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem;

III - implementar, no âmbito municipal, as estratégias nacionais de Educação Permanente dos Trabalhadores do SUS voltadas para a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, respeitando-se as especificidades locais;

IV - promover, no âmbito de sua competência, a articulação intersetorial e interinstitucional necessária à implementação da Política;

V - incentivar as ações educativas que visem à promoção e atenção da saúde do homem;

VI - implantar e implementar protocolos assistenciais, em consonância com as diretrizes nacionais e estaduais;

VII - promover, em parceria com as demais esferas de governo, a qualificação das equipes de saúde para execução das ações propostas na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.

VIII - promover, junto à população, ações de informação, educação e comunicação em saúde visando difundir a Política;

IX - estimular e apoiar, juntamente com o Conselho Municipal de Saúde, o processo de discussão com participação de todos os setores da sociedade, com foco no controle social, nas questões pertinentes à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem;

X - capacitação técnica e qualificação dos profissionais de saúde para atendimento do homem; e

XI - analisar os indicadores que permitam aos gestores monitorar as ações e os serviços e avaliar seu impacto, redefinindo as estratégias e/ou atividades que se fizerem necessárias.

Art. 8º O processo de avaliação da implantação e implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem deverá ocorrer de acordo com as pactuações realizadas em âmbito federal, estadual e municipal, com destaque para o monitoramento dos indicadores do Pacto pela Vida, a ser realizado pelo Conselho Nacional de Saúde e pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT).

§ 1º A avaliação tem como finalidade o cumprimento dos princípios e diretrizes dessa Política, buscando verificar sua efetividade de modo a permitir a verificação de seu

resultado sobre a saúde dos indivíduos e, conseqüentemente, sobre a qualidade de vida da população masculina.

§ 2º Uma avaliação mais detalhada da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem e o seu monitoramento deverão ocorrer no âmbito dos planos, programas, projetos, estratégias e atividades dela decorrentes.

§ 3º Para essa avaliação e monitoramento há de se definir critérios, parâmetros, indicadores e metodologia específicos, objetivando identificar, modificar e/ou incorporar novas diretrizes a partir de sugestões apresentadas pelo Ministério da Saúde, Comissão Intergestores Tripartite, Conselho Nacional de Saúde, Confederações dos Trabalhadores do Brasil, Centrais Sindicais e entidades empresariais, entre outras.

Art. 9º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

JOSÉ GOMES TEMPORÃO

ANEXO II

INSTITUIÇÕES E PROFISSIONAIS QUE PARTICIPARAM DAS ETAPAS DE CONSTRUÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM

- **Conselho Nacional de Saúde - CNS**
- **Presidente** - Francisco Batista Júnior
- **Conselho Nacional das Secretarias Estaduais de Saúde - CONASS**
- **Presidente** - Beatriz Dobashi
- **Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde - CONASEMS**
- **Presidente** - Antônio Carlos Figueiredo Nardi
- **Sociedade Brasileira de Cardiologia**
- **Presidente** - Antônio Carlos Palandri Chagas
- **Sociedade Brasileira de Urologia**
- **Presidente** - José Carlos de Almeida
- **Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia**
- **Presidente** - Jussara Fiterman
- **Federação Brasileira de Gastroenterologia**
- **Presidente** - Jaime Natan Eisig
- **Associação Brasileira de Psiquiatria**
- **Presidente** - João Alberto Carvalho

- **Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**

- **Presidente** - Gustavo Diniz Ferreira Gusso

- **Sociedade Brasileira de Cancerologia**

- **Presidente** - Roberto Porto Fonseca

Profissionais e Instituições por Unidade Federada

AL

Fernando Antônio Mendonça Guimarães

José Nobre Pires

Rogério César Correia Bernardo

Suzanna de Vasconcellos Bernardes Santos

AM

Agostinho Paiva Masullo

Habacuc Val de Oliveira

Lelis Ferreira Marotti

Maria do Socorro de Lucena Cardoso

Raimundo Fernandes Giffoni Filho

BA

Almério de Souza Machado

Antônio Carlos Moreira Lemos

Bernardo Assis Filho

Frederico Corrêa de Oliveira Wanderley

Guilhardo Fontes Ribeiro

Joel Alves Pinho Filho

Luiz Eduardo Café Cardoso Pinto

Milena Pereira Pondé

Modesto Antonio O. Jacobino

Rosa Garcia Lima

Wagner Coelho Porto

CE

Carlos Enéas Soares Ricca

Francisco Sálvio Cavalcante Pinto

José Alves Gurgel

José de Anchieta Cruz Maciel

Maria da Penha Uchoa Sales

DF

Antônio Geraldo da Silva

Carlos Alberto de Assis Viegas

Fernando Diaz

Geniberto Paiva Campos

José Carlos de Almeida

Lázaro Fernandes de Miranda

Luciano Gonçalves de Souza Carvalho

Mauro Birche de Carvalho

Paulo Henrique Ramos Feitosa

Ricardo Luiz de Melo Martins

ES

Carlos Alberto Ferreira Chagas

Carlos Alberto Gomes dos Santos

Fausto Amarante

Maria do Carmo Linard Reis

Sérgio Alexandre Hatab

GO

Antônio de Moraes Júnior
Ney Clayton Bueno Barbosa
Ricardo Nogueira de Paiva
Rodrigo Sebba Aires

MA

Antônio de Pádua Silva Sousa
Fábio Gomes Teixeira
Fernando Antônio Cardoso Pereira Lima
Geraldo Melonio do Nascimento
José de Ribamar R. Calixto
Maria do Rosário da Silva Ramos Costa

MG

Eugênio Augusto Costa de Souza
Gilda Paoliello Nicolau
José de Laurentys Medeiros Júnior
Jurandir Raimon Costa
Maurício Leão de Rezende
Váleria Maria Augusto

MT

José Alberto Alves
José Cesário Martins Carneiro
Sandro Andrey Nogueira Franco
Alexandre de Campos Bomfim
Ana Maria Campos Marques
Fábio Paes Barreto

PA

Antônio Delduque de Araújo Travessa

Benedito Paulo Bezerra

Paulo Roberto de Barros Moraes

PB

Arlindo Monteiro de Carvalho Júnior

Fátima Maria Macedo dos Santos

José Hamilton Maciel Silva

José Nonato Fernandes Spinelli

Marco Antonio de Vivos Barros

Maria Goreth Araújo de Medeiros

PE

Antônio Peregrino da Silva

Benedito Medrado Dantas

Deuzeny Tenório Marques de Sá

José Marcelo Ferreira de Lira

PI

Dilson Barbosa Gomes

Leandro Cardoso Fernandes

Valdeci Ribeiro de Carvalho

PR

Beto de Jesus

Carlos Roberto de O. Borges

Jairo Sponholz Araújo

José Carlos Moura Jorge

Luciano Kowalski Coelho

Marco Antônio Socorro Marques Ribeiro Bessa

Oscar Alves
Osmar Ratzke

RJ
Afrânio Kritski
Alexandre Pinto Cardoso
André Guilherme L. da C. Cavalcanti
Carlos Cleverson Lopes Pereira
Emílio Cesar Zilli
Geraldo Di Biase Filho
José Genilson Alves Ribeiro
José Manoel Jasen
Henrique da Costa Rodrigues
Kátia Mecler
Luiz Carlos Sell
Marcos Nascimento
Maria do Carmo de Andrade Silva
Mauro Musa Zamboni
Ronaldo Damião

RN
José Hipólito Dantas Júnior
Myrna Maria Chaves de Vasconcelos
Sílvia Rocha da Costa Fernandes

RS
Euler Roberto Fernandes Manenti
Jussara Fiterman
Milton Berger
Paulo José Zimmermann Teixeira
Paulo Roberto Zimmermann

Rogério Gotttert Cardoso
Walter J. Koff

RO
Francisco Inocêncio Novaes Lima
Gederson Rossato

SC
Edibert Melchert
Flavio Vicente
Hans Joachim Barg
Tales de Carvalho

SE
Marcos da Silva Gomes
Saulo Maia Davila Melo

SP
Aguinaldo Cesar Nardi
Alexandrina Maria Augusto da Silva Meleiro
Carlos Alberto de Castro Pereira
Carlos Eduardo Kerberg Zacharias
Ericson Bagatin
João Fernando Monteiro Ferreira
José Eduardo Delfini Cançado
José Francisco Kerrer Saraiva
José Roberto de Brito Jardim
José Sebastião dos Santos
Irma Godoy
Luiz Cuschnir
Márcia Thereza Couto Falcão

Pedro Luiz Macedo Cortado
Rogério Toledo Júnior SP
Rui Fernando Ramos
Sidney Glina
Stênio de Cássio Zequi
Ubirajara Ferreira
Ulysses Garzella Meneghelli
Valdemar Ortiz
Wagner dos Santos Figueiredo

TO
Giovanni Montinni Sandoval

Órgãos do Governo

Alfredo Schectman
Ana Lúcia Ferraz Amstaldem
Andressa Gorla
Antônio Garcia Reis Júnior
Augusto César
Carlos Felipe Almeida D'oliveira
Cristiane Daher
Doriane Périco Lima
Eliana Dourado
Fábio Tomasello
Gisele Vital Gobbi da Gama Cruz
José Ivo Pedrosa
Kátia Galbinski
Lidiane Gonçalves
Marcelo Araújo Freitas

Marcelo de Faveri
Maria Alice Pedotti
Maria da Conceição de Souza Rocha
Maria Elizabete G.M. Maciel
Marly Cunha Terrel
Maura Beatriz Drago Dornelles
Michele Lobato Rodrigues
Milena Pacheco
Renata Weber
Ricardo A. Lins
Sueli Simonette da Rosa Manhães Borges
Taciane Monteiro
Valter Chaves Costa

Professores Universitários

Afrânio Kritski	UFRJ
Alexandrina Maria Augusta da S. Meleiro	USP
Antônio Carlos Moreira Lemos	UFBA
Antônio Peregrino da Silva	UFPE
Arlindo Monteiro de Carvalho Júnior	UFPB
Benedito Medrado Dantas	UFPE
Benedito Paulo Bezerra	UFPA
Carlos Roberto de O. Borges	FEPAR
Emilio Cesar Zilli	UERJ
Ericson Bagatin	UNICAMP
Euler Roberto Fernandes Manenti	PUCRS
Fábio Paes Barreto	UCDB
Fernando Diaz	UNB/HUB
Giovanni Montinni Sandoval	UFT

Habacuc Val de Oliveira	UEA
João Fernando Monteiro Ferreira	USP
Joel Alves Pinho Filho	UCSal
José Alberto Alves	UFMT
José Carlos Moura Jorge	PUCPR
José de Ribamar R. Calixto	UFMA
José Francisco Kerr Saraiva	PUC Campinas
José Genilson Alves Ribeiro	UERJ
José Roberto de Brito Jardim	UNIFESP
José Sebastião dos Santos	USP Ribeirão Preto
Kátia Mecler	UFRJ
Leandro Cardoso Fernandes	UESPI
Lelis Ferreira Marotti	
Luciano Gonçalves de Souza Carvalho	FEPCS-DF
Luiz Cuschnir	USP
Márcia Thereza Couto Falcão	UNIFESP
Marco Antonio de Vivo Barros	UFPB
Maria do Carmo de Andrade Silva	GAMA FILHO
Mauro Musa Zamboni	PUC-RJ
Milena Pereira Pondé	UFBA
Milton Berger	UFRS
Modesto Antonio O. Jacobino	UFBA
Oscar Alves	UNOPAR
Paulo Roberto Zimmermann	PUCRS
Rodrigo Sebba Aires	UFG
Rogério César Correia Bernardo	UFAL
Romeu Gomes	FIOCRUZ – Inst. Fernando Figueiras
Ronaldo Damião	UNERJ
Rosa Garcia Lima	UFBA
Sandro Andrey Nogueira Franco	UNIC
Sérgio Alexandre Hatab	UFES

Tales de Carvalho	UDESC
Ubirajara Ferreira	UNICAMP
Ulysses Garzella Menegelli	USP Ribeirão
Valdemar Ortiz	UNIFESP
Wagner dos Santos Figueiredo	USP
Walter J. Koff	UFRGS

Agradecimentos Especiais

Alexandrina Maria Augusta da S. Meleiro
Benedito Medrado Dantas
Carlos Felipe Almeida D'oliveira
Emilio Cesar Zilli
Geniberto Paiva Campos
Gisele Vital Gobbi da Gama Cruz
José Carlos de Almeida
Luiz Carlos Sell
Márcia Thereza Couto
Milena Pereira Pondé
Oscar Alves
Paulo Roberto Zimmermann
Ronaldo Damião
Rosa Garcia Lima
Sidney Glina
Ubirajara Ferreira
Ulysses Garzella Menegelli
Walter J. Koff

ABGLT – Associação Brasileira de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais
FEPAR – Faculdade Evangélica do Paraná
INSTITUTO PAPAI – Recife/Pernambuco
INSTITUTO PROMUNDO – Rio de Janeiro/RJ
NUDES – Núcleo de Sexologia do Rio de Janeiro
PUCPR – Pontifícia Universidade Católica do Paraná
PUCRS – Pontifícia Universidade do Rio Grande do Sul
PUECAMP – Pontifícia Universidade Católica - Campinas
UCDB – Universidade Católica Dom Bosco
UCSal – Universidade Católica de Salvador
UDESC – Universidade do Estado de Santa Catarina
UEA – Universidade do Estado do Amazonas
UEPB – Universidade Estadual da Paraíba
UERJ – Universidade Estadual do Rio de Janeiro
UESPI – Universidade Estadual do Piauí
UFBA – Universidade Federal da Bahia
UFES – Universidade Federal do Espírito Santo
UFG – Universidade Federal do Goiás
UFMA – Universidade Federal do Maranhão
UFMT – Universidade Federal de Mato Grosso
UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UFRJ – Universidade Federal do Rio de Janeiro
UFPA – Universidade Federal do Pará
UFPE – Universidade Federal de Pernambuco
UFT – Universidade Federal de Tocantins
UNIC – Universidade de Cuiabá
UNICAMP – Universidade Estadual de Campinas
UNOPAR – Universidade do Norte do Paraná
USP – Universidade de São Paulo
USP Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo – Ribeirão Preto