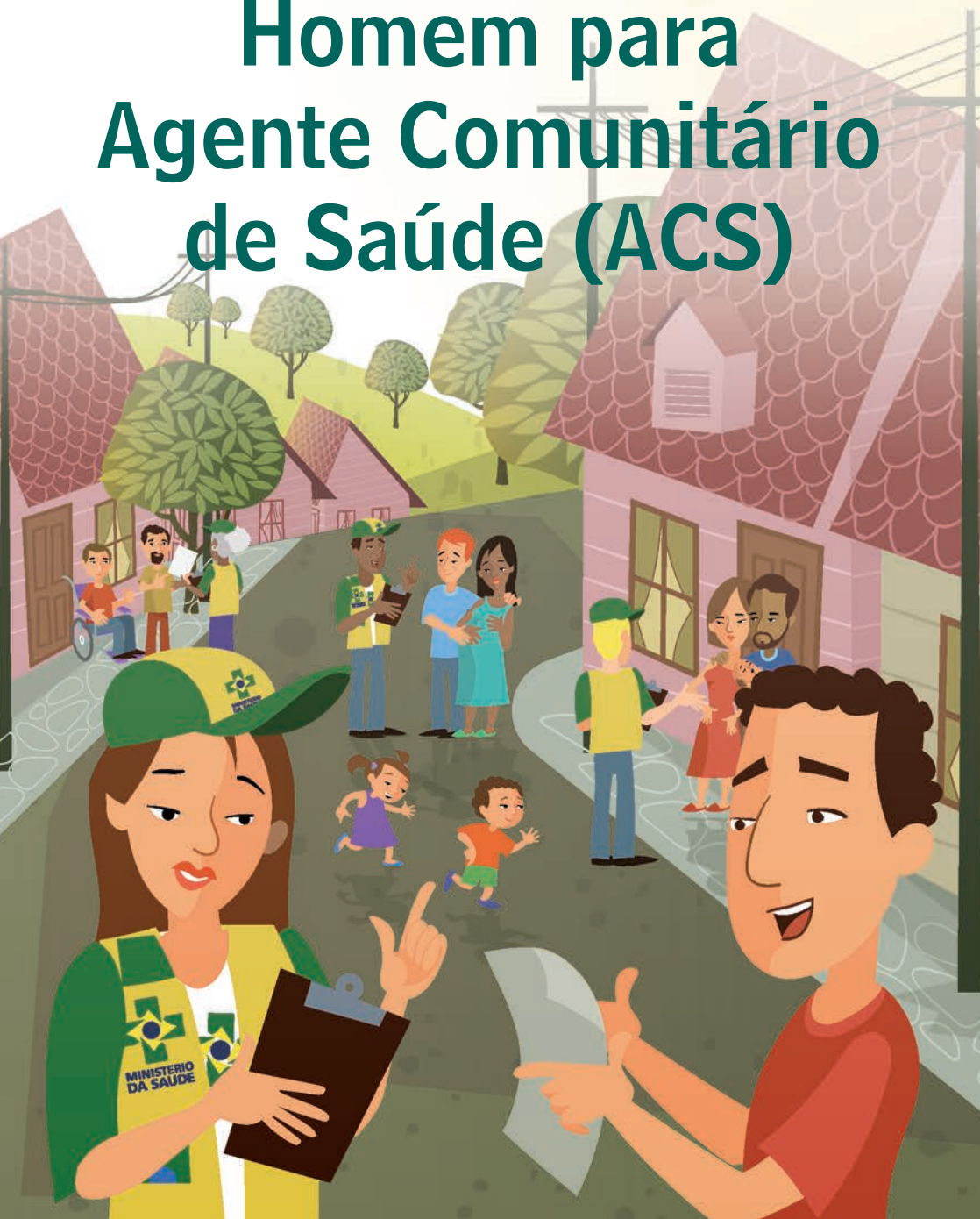


Guia de Saúde do Homem para Agente Comunitário de Saúde (ACS)



Ministério da Saúde
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Ações Programáticas Estratégicas
Coordenação Nacional de Saúde do Homem

Guia de Saúde do Homem para Agente Comunitário de Saúde (ACS)

© 2016 Ministério da Saúde.

Todos os direitos reservados. A reprodução do todo ou de parte deste documento não é permitida sem a autorização prévia e formal da Coordenação Nacional de Saúde do Homem.

1ª edição

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Atenção à Saúde - SAS

Departamento de Ações Programáticas Estratégicas - DAPES

Coordenação Nacional de Saúde do Homem - CNSH

SAF Sul, Trecho 2, lotes 5/6, Ed. Premium

Torre II, sala 16, térreo.

CEP: 70070-600 – Brasília/DF

Telefone: (61) 3315-6222

e-mail: saudedohomem@saude.gov.br

Coordenação Nacional de Saúde do Homem (CNSH)

Coordenadora

Angelita Herrmann

Elaboração e organização:

Cicero Ayrton Brito Sampaio

Eduardo Schwarz Chakora

Élida Maria Rodrigues de Moraes

Francisco Norberto Moreira da Silva

Julianna Godinho Dale Coutinho

Colaboradores - Equipe CNSH

Daniel Costa Lima

Juliano Mattos Rodrigues

Michelle Leite da Silva

Renata Gomes Soares

Colaboradores Externos

Denis Axelrud Saffer

Luiz Felipe Zago

Rebeca Valentim Leite

Apoio

Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz)

Projeto de Pesquisa

Os cuidados masculinos voltados para a saúde sexual, a reprodução e a paternidade a partir da perspectiva relacional de gênero.

Coordenador

Romeu Gomes

Subcoordenação

Lidianne Albernaz

FICHA CATALOGráfICA NA FONTE INSTITUTO DE COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO CIENTÍFICA E TECNOLÓGICA EM SAÚDE BIBLIOTECA DA SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA

H568 Herrmann, Angelita.

Guia de Saúde do Homem para Agente Comunitário de Saúde (ACS) /Angelita Herrmann, Cicero Ayrton Brito Sampaio, Eduardo Schwarz Chakora, Élida Maria Rodrigues de Moraes, Francisco Norberto Moreira da Silva, Julianna Godinho Dale Coutinho. - Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2016.

67 p.: il.

Bibliografia: f. 64-66

1. Saúde do Homem. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Agentes Comunitários de Saúde. I. Sampaio, Cicero Ayrton Brito. II. Chakora, Eduardo Schwarz. III. Moraes, Élida Maria Rodrigues de. IV. Silva, Francisco Norberto Moreira da. V. Coutinho, Julianna Godinho Dale. VI. Título.

CDD 22.ed. 613.04234

Agradecimentos

A Coordenação Nacional de Saúde do Homem agradece o empenho e as contribuições nos conteúdos e textos deste Guia aos seguintes profissionais:

Ministério da Saúde

Olivia Lucena de Medeiros-CGGAB

Jéssica da Silva Rodrigues – DAGEP

Maria Vitória Ramos Gonçalves – DDAHV

Francisca Lidiane Sampaio Freitas – DDAHV

Ana Francisca Kolling – CGDANT

Eneida Anjos Paiva – CGDANT

Ana Mônica de Melo – DDAHV

Thais Fonseca Veloso de Oliveira – CGSM

Raquel Dantas da Rocha – CGSAT

Élem Cristina Cruz Sampaio – CGSAT

Profissionais da Atenção Básica do Estado de Pernambuco

Ana Beatriz Pinheiro P. Cavalcanti

Ana Maria De Lima Oliveira

Ana Rosa Falcão F. de Melo

Carlos Henrique Tenório A. do Nascimento

Clara Lopes Bezerra

Eline Mendonça

Flávia Cristina Alves Pereira

Flávia Silvestre Outtes Wanderley

Joyce Catarina Lopes de Moraes

Juliana Marília Albuquerque da Silva

Laura Menezes

Lilian Silva Sampaio de Barros

Lindinalva Henrique

Lucyana Paula de Couto Moreira

Luciana Prado

Luciana Rose Matoso de Oliveira

Lucrécia de Barros Sales

Lucyana Paula de Couto Moreira

Lusanira Maria Santa Cruz

Luiz Valério Soares da Cunha

Manuel Alexandre neto

Maria Cristina Nejaim de Holanda

Maria das Graças Antonino

Maria Lucia Barbosa da Silva

Mariana Azevedo

Marília de Araújo Braga

Mayara Rodrigues Gonçalves Primo

Mayave Vieira de Souza Belchior

Merielly Mariano Bezerra

Rafael Acioly

Roseane Gomes

Sheilla Almeida Simões Ferreira

Silvana Patrícia Figueiredo Silva Monteiro

Silvia Fernanda Bezerra da Silva

Taciana Borba Gonçalves Guerra

Thatiana Ferreira de Vasconcelos

Valeria Pastor Alexandre de Araújo

Profissionais da Atenção Básica - São Paulo/SP - Regional Leste

Angela Hiroko H.Yamakawa

Cassia Alexandra Mendes de Lima

Célia Coelho Ribeiro Mello Rodrigues

Edna Cardoso dos Santos Nunes

Fabio Pereira Santana

Fernando Jorge

Iroty Bueno dos Reis Batista

Janine Soares dos Santos

Jose Rodrigo de Oliveira

Juliana Cristina Ferrucci

Juliana Sousa Costa

Lucia Maria Machado de Resende

Maísa Miranda Araújo de Marins

Marcia Maria Gomes Massironi

Marcia Mulin Firmino da Silva

Maria Aparecida Barbosa Nunes

Maria Lucia da Silva

Nancy Bonanho dos Reis Santos

Patricia Luna

Priscila Andrade Neves

Renata Cristina de Araújo

Roberta Melão

Rose Mary de A. Vieira Borges

Soraya Ayub Moregola de Oliveira

Sueleni Araujo de Oliveira

Sulei de Queiroz Rocho

Thais Tiemi Yamamoto

Agentes Comunitários de Saúde que participaram da oficina de validação do Guia do Estado de Pernambuco

Vania Cardoso Santos
Adeilda Maria da Silva Araújo
Aldeni Manoel da Silva Petrolândia
Alexandre Antônio de Araújo Buenos Aires
Allan Michel Magalhães Sampaio
Ana Clara da Conceição Cumaru
Ana Maria dos Santos Ipojuca
Ana Paula da Silva Macaparana
Andrea Gomes de Santana Carvalho
Anna Fábila Alves Vanderlei Maraial
Antônio Eudes Lima de Oliveira
Cassiano Araújo de Brito Ferreiros
Cícero Amaro da Silva Ipojuca
Cleide Maria de Santana Araújo
Danyelle Vilarin Goiana
Deise Francisca
Derivaldo José de Oliveira
Edileuza Barbosa Timóteo
Edinaldo Vidal Belém de Maria
Edjane Severina de Lima
Edleusa Barbosa Timóteo
Edmilson José da Silva
Edna Santos da Silva
Elaine Maria da Costa
Eliene Alves da Silva
Elisete Maria da Silva
Everaldo Gomes da Silva
Everton Cerafin Batista Silva
Fabiana da Silva Campos
Francisco das Chagas C. Sena
Gilson da Costa Souza
Gisele Teles Belo Jardim
Giseli Barros da Silva Gameleira
Graciela Juliana Lima e Silva
Herculano José Paudalho
Irene Viana da Silva
Ivânia Rodrigues da Silva
Ivanise Gomes do Nascimento Eufrazio
Jairo da Silva Manta Olinda
Janecleide dos Santos
Jaqueline Gomes Leite
Maria Regina Pereira de Souza
Maria Rozimere Furtado
Marinalva da Silva

Marizan da Silva Santos
Marleide Borges
Marlene Maria da Silva
Martina Antônia dos Santos
Mayara Maria Silva Santana
Micheline de Araújo Dias Camutanga
Mirari Trajano Goiana
Moisés Manoel Gomes
Naiane Ferreira Rodrigues
Natally Milena Vasconcelos Leite Barreiros
Nielson Barbosa da Silva Ferreiros
Norma Meire Lopes dos Santos
Paula Fracinete de Lima
Paulo Fernando da Silva
Roseane Gomes da Silva
Rosilene Evaristo da Silva
Rosilene Maria da Silva
Severino Francisco de França
Silvani Gonçalves de Azevedo
Silvania Marques da Silva
Simone C. da Silva
Simone Patrícia da Silva
Simone Viana da Silva Santos
Solange Rodrigues da Silva
Suelane Maria da Silva
Suzana Guilherme Santiago
Valdinete Ferreira de Oliveira
Vera Lucia Marinalva da Silva

Agentes Comunitários de Saúde que participaram da oficina de validação do Guia do Estado de São Paulo

Adriana Ferreira Cavalcante
Alaide de Oliveira Lima Macedo
Alan Boaz Lourenço Batista
Alessandra Fernandes da Silva
Alessandra Mara da Silva Anhani
Ana Luzia Machado de Souza
Ana Paula de Souza Soares
Andrea Alonso
Andréa Iglesias Miranda
Andrea Nascimento de Passos
Andrea Rodrigues da Cruz Freire
Andréia Pereira da Silva
Andressa Dega Marino
Ângela Maria Salomão
Antonia Lourenço de Senne
Antonia Maria dos Santos
Antonio Pereira Maia Filho
Bruna das Chagas Silva
Camila Soares Pereira
Carla Regina A Pacheco da Silva
Carla Simone Silva
Carolina Almeida Ferreira
Cicera Maximo de Oliveira
Claudenice Bernardo da Silva
Claudenir Soares dos Santos
Claudia da Silva Nunes
Cleidemar Pinheiro Pereira
Cleonice Zippi Puglia
Cleusa Natalina de Carvalho
Cristiane Rezende Martins
Cristina Aparecida Lopes do Nascimento
Cristiane Santiago Lopes Gomes
Daniela da Silva Costa Morais
Deivid Marques dos Santos
Domenica Monteiro Vicente Oliveira
Edinéia da Silva Campos
Elaine Cristina Oliveira
Elaine Silva de Lima Bizerra
Eliana de Jesus Silva
Eliana Pereira Mesquita
Eliane Rosa Pereira
Eliene Simão
Erlandy da Cruz Silva
Fabiana Tavares Nascimento

Fatima Aparecida Teixeira Santos
Felipe Alves da Silva
Fernanda de Freitas Macedo
Flavia Guadagnoli
Gabriela Regina de Oliveira
Gicélia Santana Fontes de Lima Silva
Gilvandete de Souza Batista Soares
Gislene Aparecida da Silva Carlos
Glauca Maria L G Ribeiro
Iara Maria de Oliveira Silva
Iracema Maria de Oliveira
Isabel Cristina da Silva Braga
Ivanilda Beverari dos Santos
Ivone Aparecida Bertalha dos Santos
Izabel Cristina de Lima
Jamile Santos de Souza
Joyce Conceição de Aquino
Josiane Oliveira Luz
Josileia Barbosa da Silva
Keitty de Sousa Lima
Kleiane Pereira de Souza
Liliane Aparecida Spadoni Piffer
Lindinalva Rodrigues da Silva
Luan Lara Martins
Lucinda Aparecida de Lima
Magna de Carvalho dos Santos
Maiara Dias Cunha
Mara Lucia Takada da Silveira
Marcia Francisca de Souza
Márcia Lidiane da Conceição Balbino
Marcia Nascimento de Moraes
Maria Angela Hernandez
Maria Aparecida Bazarin
Maria Aparecida Caciolatto Pereira
Maria Aparecida Ferreira da Costa
Maria da Conceição Pereira Xavier Inácio
Maria da Cruz Domingos de Sousa
Maria do Carmo Ferreira Olegário
Maria do Socorro Cruz
Maria Helena Traskine de Souza
Maria Heloisa Alves Canela
Maria Neiva Borges
Maria Rejane Soares Mota
Mariana da Silva das Dores

Agentes Comunitários de Saúde que participaram da oficina de validação do Guia do Estado de São Paulo (Continuação)

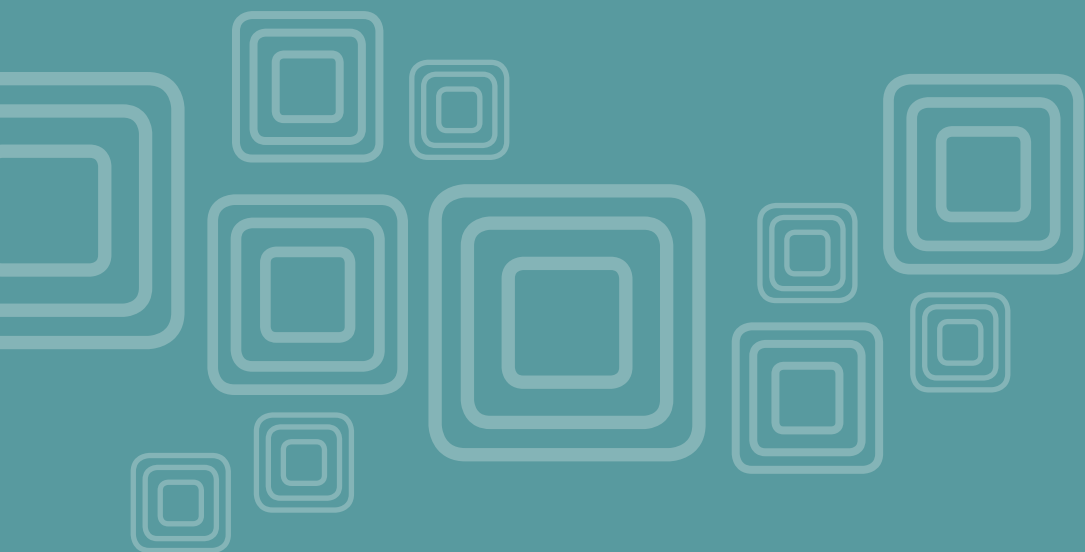
Marineide Dias do Nascimento
Marta Alexandra Vasconcelos Nunes
Marta dos Santos Vieira
Marta Vicência Ferreira
Meiriane da Silva Tamiarana
Michele Augusto de Souza
Michele Cristina Machado Santos
Monica Anhaia Croco
Nágila Eveline Braga
Naiara de Noronha Silva
Natalina de Jesus V. S. de Sousa
Neuza de Souza Feijo
Nicole Cristine Machado
Nubia Katia Borges Guimaraes
Patrícia Aparecida do E. Santo Serrado
Patrícia Barbosa Sabino Maçaneiro
Patricia Cavalcanti Pereira
Patricia Leite de Melo Vidal
Patricia Maria da Silva
Patrícia Padilha dos Santos
Patrick Greco Gasull
Poliana Pereira
Presciosa de Jesus Lopes da Silva
Priscila de Cássia Almeida
Priscila Spadoni Valezini
Raquel Fernandes
Reginalda Ligia da Silva Holanda
Renan Garcia de Jesus
Renata Serafim Santana Trajai
Renata Teixeira Oliveira
Rene Gomes Leite
Roberto Rodrigues dos Santos
Rodrigo Noberto da Silva
Rosamaria Di Giorgi Lino
Rosana Amorim Ferreira
Rosana Aparecida Lopes Alves
Rosangela Aparecida de Oliveira
Rosangela Climene Pavelosk
Rosangela Cordeiro de Sousa
Roseli da Rocha Ribeiro Guedes
Rosilene Vitor de Souza
Sandra Irinea Brito
Sandra Maria da Conceição Paixão
Sandra Maria de Oliveira Lima

Sandra Paula Silveira Borges
Sandra Regina Moraes Oliveira
Sandra Regina R. da Rocha Ribeiro
Silvana Alves da Silva Rodrigues
Silvana Alves Siqueira de Souza
Silvana Aparecida Guilmo Gonçalves
Sílvia Rejane Silva Pinheiro
Simone Aparecida de Almeida
Sirlene Mendes Barreto Martins
Sissiana Souza Dias
Solange Aparecida Martins
Sueli Rodolfo Scudeiro
Suely de Oliveira Sousa
Tamiris Latanzi de Moura
Tatiana Aparecida dos Santos Silva
Telma Maria da Costa Lima
Terezinha Marques da Silva
Thais Carmo dos Santos
Thais Samia Oliveira Nascimento
Valdete Dias de Miranda Santos
Vanessa Alves dos Santos
Vanessa dos Santos
Vera Lucia do Prado Algarve
Vera Lucia Rodrigues de Oliveira
Vilma Pereira Atayde Rodrigues
Wilsa Aparecida Nery Silva
Zeferina Alves dos Santos

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CAB	Caderno de Atenção Básica
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS-AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CNSH	Coordenação Nacional de Saúde do Homem
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
dT	Difteria e Tétano
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HPV	Papiloma Vírus Humano
HSH	Homens que fazem Sexo com Homens
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
INCA	Instituto Nacional do Câncer
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNAISH	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem
PSA	Antígeno Prostático Específico
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SCR	Sarampo, Caxumba e Rubéola
SUS	Sistema Único de Saúde
UA	Unidade de Acolhimento
UBS	Unidade Básica de Saúde

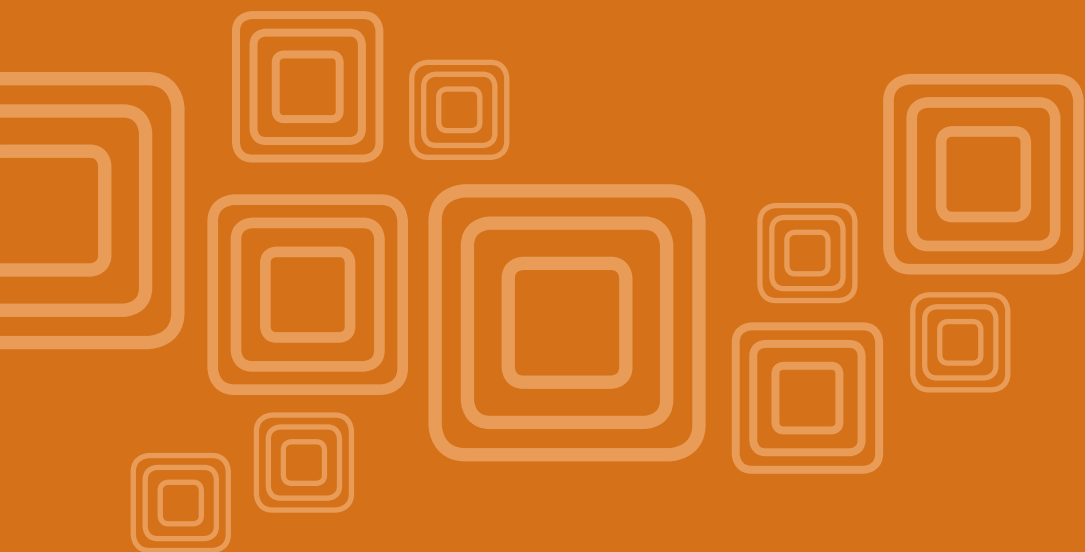
Sumário



Introdução	10
Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem	14
Eixo 1: Acesso e Acolhimento.....	16
- O papel do ACS na promoção da saúde do homem	16
- Práticas de cuidado para a saúde do homem.....	16
Eixo 2: Saúde Sexual e Reprodutiva.....	21
- Saúde e Gênero	21
- Direitos sexuais e reprodutivos	23
- IST/AIDS e saúde do homem.....	25
- Atenção à saúde dos homens gays, homens que fazem sexo com homens (HSH), bissexuais, transexuais e travestis.	26
Eixo 3: Paternidade e Cuidado	28
- Paternidade e Direitos.....	28
- Vantagens de uma paternidade ativa	30
Eixo 4: Agravos e condições crônicas na População Masculina	35
- Doenças Crônicas Não Transmissíveis(DCNT).....	36
- Agravos do trato urinário e do aparelho reprodutor masculino.....	37
- Câncer de Próstata	38
- Câncer de Pênis.....	40
- Outros agravos em homens – doenças transmissíveis	42
Eixo 5: Prevenção de Violências e Acidentes	46
- Homens, violência e atenção à saúde	46
- Diálogo, um caminho possível para a prevenção da violência.....	48
Políticas Transversais à Saúde do Homem.....	52
- Saúde do Trabalhador	53
- Saúde Mental.....	55
- Uso abusivo de álcool e outras drogas	58
- Redução de danos: um modo de lidar com o uso abusivo de substâncias	59
- O cuidado em saúde mental e as redes de apoio	60
Então vamos lá... ..	62
Referências	64

Introdução

Onde Estão os Homens
na Atenção Básica?



O objetivo deste Guia de Saúde do Homem para Agente Comunitário de Saúde (ACS) é trazer à tona a temática da saúde do homem. Veja o diálogo abaixo:

SAÚDE DO HOMEM?

O QUE É ISSO?

Saúde do homem é como chamamos as práticas de saúde voltadas para melhorar e garantir o acesso e o acolhimento dos homens no SUS!

Ué... Mas não vejo quase homem na Unidade Básica de Saúde (UBS). O que mais vejo é mulher esperando para realizar exames, crianças sendo vacinadas, e alguns adultos e idosos que participam de programas para controle de Hipertensão e Diabetes – e eles nem sempre comparecem! Fora isso, eu vejo pessoas que buscam atendimento por alguma condição aguda de saúde, mas na sua maioria são mulheres.

Sim, muitos homens não acessam a UBS com a mesma frequência que mulheres, crianças e idosos! E isso não seria bem um problema, caso eles não estivessem adoecendo e morrendo muito mais cedo do que as mulheres.

Peraí. Os homens não estão buscando os serviços de saúde e estão morrendo mais cedo do que as mulheres?

Sim, principalmente na faixa etária de 20 a 59 anos, a fase adulta. Os homens não frequentam serviços da atenção básica, como você pode notar através de sua experiência, mas acabam procurando serviços de emergência, quando o estado de saúde já está muito avançado, ou quando já estão quase morrendo.



Eu não sabia... Afinal, eles quase nunca aparecem aqui.



Eles morrem principalmente de causas externas! Sabe o que são? São lesões por violência, acidentes de trânsito e acidentes de trabalho. Em segundo lugar, eles morrem mais de doenças cardiovasculares, depois de neoplasias.



Interessante. Parece que esses homens não conhecem as ações de promoção e prevenção da atenção básica. Se eles participassem dessas ações, se eles buscassem ajuda quando começam a notar algum sintoma, como os de hipertensão, com certeza não adoeceriam de forma tão grave. Isso deve gerar sofrimento nesses homens...



Gera, sim. Os homens consomem muito mais álcool e outras drogas do que as mulheres, e quando esse consumo é abusivo, muitas vezes é sinal de que esse homem pode estar em uma situação de sofrimento.

Você quer saber como?



É verdade!
Eu nunca havia pensado nisso antes... Mas fiquei com uma curiosidade: desde quando existe essa preocupação com a saúde do homem? E mais, como eu posso fazer com que o meu trabalho alcance os homens do meu território – eles são tão diferentes um do outro...

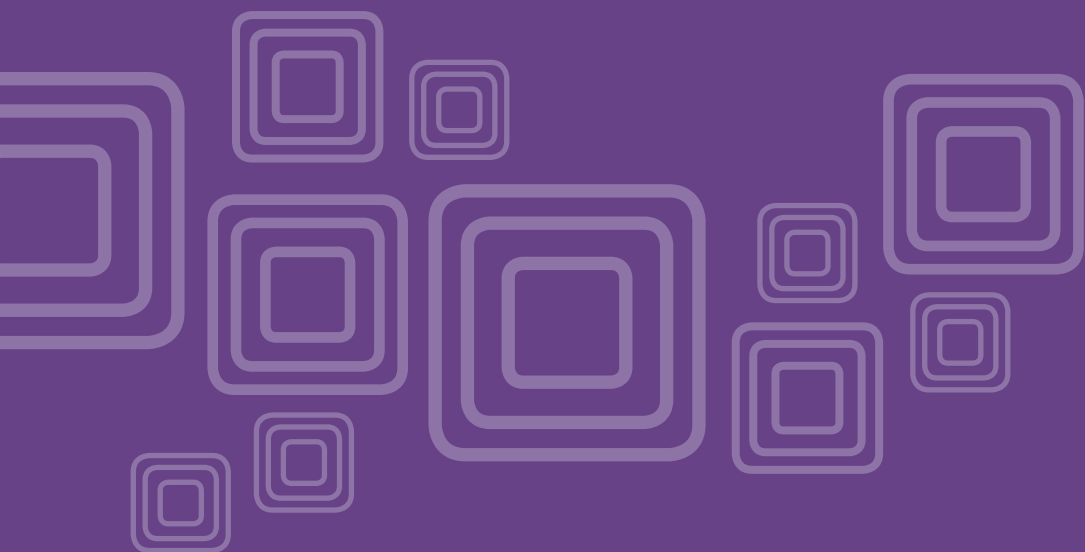
Nesse Guia vamos explicar algumas das principais ideias por trás da Saúde do Homem no SUS e algumas sugestões e reflexões de como abordar esses homens e garantir seu direito à saúde!
Vamos lá!

Porque historicamente ele foi criado para ficar longe dos espaços de cuidado.

Faça um exercício bem simples: olhe com atenção para a UBS onde você trabalha. Você vê cartazes sobre homens? Normalmente vemos cartazes de mães amamentando, crianças, bebês, decorações infantilizadas. A sociedade não educou o homem para ele se identificar com um lugar assim, então seria bom repensarmos a ambiência dos locais de saúde.

E por que, então, ele não procura a equipe de saúde?

Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem



A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) instituída pela Portaria GM/MS nº 1.944, de 27 de agosto de 2009, tem como objetivo facilitar e ampliar o acesso com qualidade da população masculina, na faixa etária de 20 a 59 anos, às ações e aos serviços de assistência integral à saúde da Rede SUS, mediante a atuação nos aspectos socioculturais, sob a perspectiva relacional de gênero e na lógica da concepção de linhas de cuidado que respeitem a integralidade da atenção, contribuindo de modo efetivo para a redução da morbimortalidade e melhores condições de saúde desta população. A PNAISH é desenvolvida a partir de cinco (05) eixos temáticos: Acesso e Acolhimento; Saúde Sexual e Reprodutiva; Paternidade e Cuidado; Doenças prevalentes na população masculina e Prevenção de Violência e Acidentes. Neste guia, vamos abordar esses eixos e mostrar a importância do ACS para aproximar os homens das Unidades Básicas de Saúde.



Vale ressaltar que a escolha desses temas não exclui outros assuntos relativos à Saúde do Homem, como saúde do trabalhador e saúde mental, que também são trabalhados de forma transversal, trazendo mais integralidade à ação política do Ministério da Saúde.



E o que o ACS pode fazer sobre a saúde do homem? Podemos começar com algumas perguntas sobre a prática do ACS:

- ✓ Você faz abordagens sobre a saúde do homem no seu trabalho?
- ✓ Como você age quando, em uma visita domiciliar, a única pessoa presente na casa é um homem? Que informações são coletadas? Que orientações são feitas?
- ✓ O que você poderia fazer de diferente no seu trabalho para contribuir com a saúde do homem?

EIXO 1: ACESSO E ACOLHIMENTO

O PAPEL DO ACS NA PROMOÇÃO DA SAÚDE DO HOMEM



O ACS tem um papel muito importante nas ações de saúde em geral, principalmente na saúde do homem. É você quem sabe onde há maior concentração de homens no território (bares, salões de jogos, grupos de igreja), como esses homens são em sua diversidade, como se relacionam com o território, com a comunidade, etc. O ACS é um profissional essencial na vinculação desse homem com os demais membros da equipe de saúde.

Mas como podemos fazer essa vinculação?

PRÁTICAS DE CUIDADO PARA A SAÚDE DO HOMEM

Existem, no país, iniciativas de Agentes Comunitários de Saúde para se aproximarem dos homens no território e sensibilizá-los para as ações de saúde. O que você pode fazer para contribuir com a melhoria da condição de saúde dos homens do seu território? Abaixo, algumas práticas que podem fazer muita diferença no acesso e no acolhimento dos homens pelo ACS:



- ✓ Manter o cadastro atualizado da população masculina do território, através das fichas do e-SUS AB;
- ✓ Efetuar uma busca ativa de homens para a realização de pelo menos uma consulta por ano;
- ✓ Estimular a equipe a criar horários alternativos de atendimento (noturno, final de semana, início da manhã...);
- ✓ Criar estratégias para dar visibilidade para os serviços à população masculina (cartazes, folders, mutirão de divulgação);
- ✓ Criar rodas de conversas com os homens da comunidade, buscando estimular que eles falem de seus problemas em potenciais, de como se relacionam com saúde, doença e vida, criando um ambiente de acolhimento, afetividade e promoção da saúde;
- ✓ Ambiência: modificar a decoração do ambiente da UBS para que os homens se sintam também incluídos;
- ✓ Aproveitar as situações em que o homem chega à UBS como acompanhante, na sala de espera ou mesmo do lado de fora da UBS, para abordá-lo sobre seus cuidados com a saúde, informando às atividades que a UBS oferece;
- ✓ Aproveitar as visitas domiciliares para aprofundar questões acerca da saúde desse homem, fazendo perguntas diretamente a ele;
- ✓ Realizar ações de educação em saúde nos locais que os homens costumam frequentar (espaços com grande contingentes masculinos): canteiro de obras, bares, campos de futebol, clubes de dança regional, salões de jogos, etc.
- ✓ Utilizar rádios comunitárias, jornal, circular do conselho local de saúde, entre outros, para informar a população sobre a saúde do homem e sobre as ações da UBS;

- ✓ Verificar se a carteira de vacinação está em dia e estimular o homem a comparecer nas ações de imunização;
- ✓ Convidar os homens para ações e para atividades educativas voltadas para o planejamento reprodutivo;
- ✓ Estimular a participação paterna no pré-natal, no parto, no puerpério e no crescimento e no desenvolvimento da criança a partir de rodas de conversa sobre o que é ser pai, conversando com os homens sobre como seus pais eram e como eles desejam exercer sua paternidade hoje (Querem ser iguais aos seus pais? Diferentes? Por quê?)
- ✓ Ações educativas para a prevenção de violências e acidentes, e uso de álcool e outras drogas voltadas para a população masculina (essas ações podem ser feitas em Visitas Domiciliares-VDs, em grupos ou em parcerias com escolas, NASF, CRAS, CREAS, em locais de trabalho do território, etc);
- ✓ Estimular os homens a serem protagonistas de sua história, cuidando de sua saúde e participando ativamente dos espaços de participação e de controle social da comunidade.

IMPORTANTE!!!

O e-SUS é uma estratégia do Departamento de Atenção Básica para reestruturar as informações da Atenção Básica em nível nacional. Esta ação está alinhada com a proposta mais geral de reestruturação dos Sistemas de Informação em Saúde do Ministério da Saúde, entendendo que a qualificação da gestão da informação é fundamental para ampliar a qualidade no atendimento à população.

Você sabia que a partir do e-SUS AB o registro do ACS na ficha de visita domiciliar é individualizado? Isso quer dizer que, no momento da visita, o profissional conversa com cada integrante daquela família a fim de considerar suas necessidades, demandas e opiniões. Esta pode ser uma boa oportunidade para o ACS se aproximar dos homens de seu território.

VAMOS REFLETIR!



- ✓ Você já realiza alguma das Ações e Práticas de Cuidado do ACS para a Saúde do Homem na sua microárea e/ou na UBS? Quais?
- ✓ Nas ações diárias que você realiza, o que faria de diferente para incluir o homem nas atividades de saúde e nas orientações realizadas para a família?
- ✓ Que outras ações além das que foram citadas acima você considera importante na atenção à saúde do homem?
- ✓ A sua UBS trabalha com o Programa Saúde na Escola ou com a Academia e Saúde? Que estratégias você poderia criar para contemplar a saúde do homem nesses programas?

VAMOS EXERCITAR!



Considerar aspectos culturais para a construção de ações locais: quem são os homens do meu território? Há grupos diferentes? Onde esses grupos se encontram, o que fazem como lazer? Em que momento do dia socializam com suas famílias e com a comunidade? Quais são suas especificidades e seus interesses?

ATIVIDADES

Vamos conhecer os homens do nosso território?

Por muito tempo os homens ficaram invisibilizados nas ações de saúde da atenção básica. Isso ocorre porque, historicamente, o foco das ações foi dado para mulheres e crianças. A crença de que as mulheres e as crianças são mais frágeis e de que os homens são mais fortes e menos vulneráveis criou uma situação muito complicada no país. De acordo com o Sistema de Informação de Mortalidade, os homens de 20 a 59 anos morrem cerca de DUAS VEZES mais do que as mulheres da mesma faixa etária, segundo o IBGE(2013) eles vivem 7,3 anos a menos do que elas. É preciso incluir os homens no nosso olhar para a saúde, embora nossa cultura crie mitos de que os homens não adoecem, a verdade é que todos precisam de cuidado para termos uma vida longa e com qualidade. Vamos olhar para os homens, entender as necessidades e características deles?

1) Responda às perguntas abaixo:

- Quem são os homens do seu território (faixa etária predominante, raça/cor/etnia, orientação sexual, em situação de trabalho/em situação de rua/ condição socioeconômica /população rural ou urbana)?

- Há grupos diferentes que você consegue identificar?

- Onde esses grupos se encontram, o que fazem como lazer?

- Em que momento do dia socializam com suas famílias e com a comunidade?

- Quais são os espaços culturais e de lazer do seu território (bares, campos de futebol, Igreja, academia)?

- Quais são os hábitos desses homens? Quais alimentos consomem com mais frequência? Praticam atividade física? Onde trabalham?

EIXO 2: SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA



Este tema diz respeito à saúde sexual e reprodutiva como direito, sua relação com os conceitos ditados pela sociedade, os princípios morais e as crenças dos usuários, bem como suas demandas no campo de práticas sexuais e reprodutivas. O direito de expressar sua orientação sexual, sua vontade individual de planejar a constituição ou não da sua família ou entidade familiar deve ser levada em consideração, assim como a vulnerabilidade da saúde sexual masculina a doenças e agravos, tanto no campo biológico quanto no psíquico. Mas, antes de abordarmos a Saúde Sexual e Reprodutiva, vamos falar um pouco sobre saúde e gênero.

SAÚDE E GÊNERO



A PNAISH busca difundir um olhar para a população masculina e para os profissionais de saúde para que contemplem a perspectiva de gênero, pois entende que esta é de grande importância para a construção de estratégias de aproximação dos homens com o ambiente da saúde e do autocuidado.

Mas você deve estar se perguntando, “o que é gênero?”.

Respondendo rapidamente à pergunta, apesar do termo “gênero” ser usado mais frequentemente para debater e propor ações voltadas às mulheres, ele não é sinônimo de mulheres. **Gênero é também coisa de homem!**

A perspectiva de gênero busca explicar que homens e mulheres possuem corpos diferentes, mas que seus comportamentos, atitudes, papéis sociais, gostos, profissões etc., são construídos cultural e socialmente, passando de geração em geração através da educação e, assim, estão em constante mudança. Resumindo, temos um sexo ao nascer, mas “ser homem” e “ser mulher” envolve uma construção social, e é essa a discussão trazida pelo debate de gênero. O quadro abaixo vai deixar isso mais claro:

SEXO	GÊNERO
Característica biológica	Construção social e cultural
Apointa diferenças biológicas entre corpos de homens e mulheres	Explica as desigualdades sociais entre homens e mulheres
A maior parte das pessoas nasce e morre com o sexo que nasceu; mas isso não significa que ele não pode ser modificado por meio de cirurgias (e o desejo de modificar o sexo está relacionado a concepções de gênero!).	É culturalmente modificável. Cada cultura entende os papéis de homens e de mulheres de formas diferentes ao redor do mundo. Comportamentos e profissões vistos como “de mulher” e “de homem”, por exemplo, vêm mudando no decorrer da história.

Vale a pena consultar a Portaria que regulamenta o processo transexualizador no SUS. Portaria Nº 2.803, DE 19 DE NOVEMBRO DE 2013 - redefine e amplia o processo transexualizador no sistema único de saúde (SUS).

Ou seja, “gênero” representa um conjunto de expectativas sociais que ditam o que é visto como apropriado e esperado no comportamento e nas escolhas de vida de homens e mulheres. Vocês certamente já escutaram centenas de exemplos disso:

“Homem não chora”; “Homem que é homem não leva desaforo pra casa”; “Prendam as suas cabritas, que o meu bode está solto”; “Menino usa azul, menina usa rosa”; “A casa é da mulher e a rua é dos homens”; “Mulher no volante, perigo constante”; “Atrás de um grande homem, sempre há uma grande mulher” etc.



No cotidiano do seu trabalho como ACS e entre amigos e familiares, você deve ter observado muitas vezes homens que estão com algum problema de saúde e fazem de tudo para não ir ao médico. Ao fazerem isso, eles estão seguindo os estereótipos de gênero ligados aos homens, tentando se comportar como “homens de verdade”, como, se afinal, só existisse uma única forma de ser homem, quando, na realidade, cada pessoa é singular e tem modos diferentes de se relacionar com a sua saúde. Sendo assim, podemos auxiliar os homens a incluírem, nos seus modos de ser, práticas de cuidado de si!

DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS



Agora que entendemos um pouco mais sobre o conceito de gênero e os papéis que homens e mulheres desempenham na sociedade (e que são mutáveis!), vamos falar um pouquinho sobre direitos sexuais e reprodutivos dos homens.

Direitos Sexuais: Direitos que asseguram ao indivíduo liberdade e autonomia em suas escolhas sexuais, assim como exercer sua orientação sexual sem sofrer discriminações ou violência, em relações consentidas entre adultos.

Direitos Reprodutivos: Direitos que asseguram a autonomia nas escolhas reprodutivas, como decidir sobre a reprodução sem sofrer discriminação, coerção, violência ou restrição de filhos e de intervalo entre os nascimentos; o direito de ter acesso à informação e aos meios para o exercício saudável e seguro da reprodução e da sexualidade; e o direito de ter controle sobre o próprio corpo.

Esses direitos estão assegurados aos cidadãos brasileiros. Quando lidamos com saúde, enquanto trabalhadores do SUS, devemos observar esses direitos, respeitando as escolhas dos usuários, suas características singulares e seus desejos. Assim, os profissionais de saúde devem se informar e orientar seus usuários sobre seus direitos. A autonomia na decisão sobre ter ou não filhos e a livre expressão de sua orientação sexual são muito importantes para que os sujeitos não adoçam e vivam uma vida com mais qualidade.

O profissional de saúde tem o dever de acolher todas as pessoas atendidas na sua área, sem discriminação de nenhuma ordem, no intuito de promover o direito à saúde e os princípios do SUS - universalidade, integralidade e equidade.

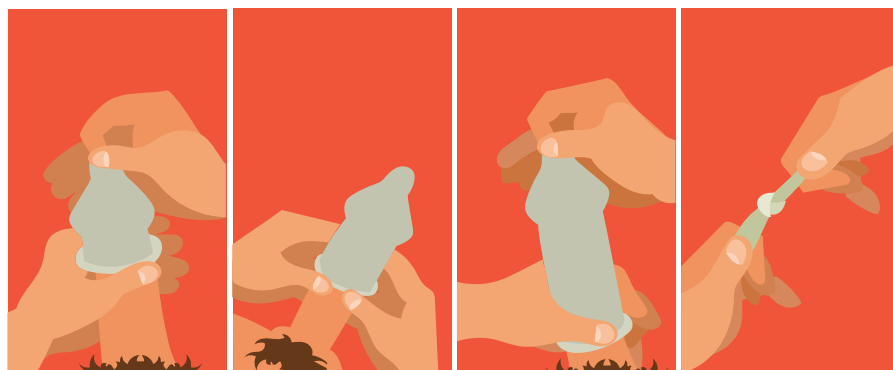
É importante que os serviços de saúde se tornem um ambiente em que os homens possam se perceber como sujeitos de cuidados e onde possam falar sobre suas escolhas, práticas e relações. Homens também são responsáveis pela escolha do momento de ter filhos e até mesmo podem optar por não tê-los. Para isso, o ACS deve estimular que pensem sobre o assunto, que conversem com suas parceiras e que procurem a UBS para saber quais as técnicas disponíveis para que possam ter controle sobre esse processo em suas vidas.

Você, ACS, fique atento às seguintes questões:



- ✓ Lembrar que a vida sexual não deve ser abordada somente a partir da perspectiva física e biológica, e, no caso dos homens, na ereção. Não podemos esquecer a perspectiva de gênero, pois, em muitos casos, os problemas sexuais estão associados a fatores psíquicos, a contextos socioculturais, à qualidade das relações afetivo-sexuais, às preocupações com trabalho, etc.;
- ✓ Estimular os homens a refletirem, desde jovens, quando e quantos filhos querem ter, como querem exercer essa paternidade ou se querem optar por não ter filhos. Rodas de conversa, grupos de educação em saúde, visitas domiciliares e atividades do PSE podem ser momentos para discutir isso com a população masculina.

IST/AIDS E SAÚDE DO HOMEM



Todas as pessoas são potencialmente vulneráveis às IST/AIDS e Hepatites Virais. Algumas populações-chave enfrentam vulnerabilidades adicionais para o enfrentamento dessas doenças, como, por exemplo, os indivíduos que fazem sexo sem preservativo e os que

praticam sexo anal. Dessa forma, as pessoas ficam mais expostas às infecções pelas suas práticas sexuais do que por suas identidades.

O estigma e o preconceito também são fatores importantes de vulnerabilidade, mas não apenas pela dificuldade de viver sua sexualidade, incluem-se aí as barreiras de acesso aos serviços e de ações de saúde.

Você e os demais membros da equipe precisam estar atentos à vulnerabilidade dos homens em relação às IST/AIDS para realizar as ações de prevenção e promoção da saúde sexual com o cuidado de não reforçar estigmas e reações discriminatórias.

Em relação à prevenção das ISTs, o uso de camisinha ainda consiste na principal estratégia para a redução das taxas de infecção pelo HIV, ISTs, e também funciona como um eficaz método contraceptivo.



Busque se informar ao máximo sobre os principais sintomas das diferentes ISTs para os homens – HIV/AIDS, HPV, Gonorréia, Sífilis, Herpes Genital, Hepatites Virais – e estimule que conversem sobre o assunto.

****Para mais informações sobre IST, Hepatites Virais e HIV/AIDS, consultar: CAB 18 do Ministério da Saúde ou acesse www.aids.gov.br***

Atenção à saúde dos homens gays, homens que fazem sexo com homens (HSH), bissexuais, transexuais e travestis.



A saúde de homens gays, homens que fazem sexo com homens (HSH), bissexuais, transexuais e travestis não se resume à vulnerabilidade e ao risco às Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) e à AIDS. Compreender a dimensão da saúde de forma integral e promover cidadania e respeito é fundamental para acolher as demandas de saúde desta população no SUS.

Em geral, os homens se cuidam menos que as mulheres e não procuram os serviços de saúde para a prevenção e/ou o cuidado. Você, ACS, deve considerar essa realidade ao buscar abordar os homens, sejam eles gays, HSH,

bissexuais, transexuais, travestis ou heterossexuais. A comunicação respeitosa aparece na postura acolhedora, nos gestos, no tom de voz, nas palavras escolhidas, na escuta livre de preconceitos - tudo isso é oferecer um cuidado na perspectiva de gênero.

Trata-se, também, do reconhecimento de que esta população está exposta a uma situação histórica de exclusão social e em saúde, muitas vezes advindas do preconceito e da discriminação. Além de ser uma barreira ao acesso desses homens à saúde, que os deixam mais vulneráveis às doenças, também podem levar a problemas de saúde mental, como depressão e alcoolismo. Reconhecer as diferenças e especificidades de cada ser humano e sua dimensão social, cultural, sexual e de geração é fundamental para o acolhimento e o cuidado em saúde.

Lembre-se!

*É garantido ao usuário do sistema, pela **Carta dos Usuários do SUS, o uso do nome social no atendimento.** Travestis e transexuais masculinos devem ser tratados pelos nomes sociais que escolheram para si e que os representam socialmente, adequados à sua identidade de gênero. O melhor jeito de abordar os transexuais ou travestis é perguntar como eles gostariam de ser chamados (nome social) e garantir acolhimento sem julgamento. Para saber mais veja a portaria MS Nº 1.820 de 23 de agosto de 2009.*

VAMOS REFLETIR!



Discuta com a equipe os métodos contraceptivos disponíveis e os principais sintomas das IST's para que você e outros profissionais de saúde em suas visitas domiciliares e atividades de educação em saúde possam orientar os homens em relação a esses temas. Como produto dessa conversa, é indicada a elaboração de atividades educativas (oficinas, rodas de conversa) para discutir sobre os direitos sexuais e reprodutivos e ao mesmo tempo aproximar o homem da equipe de saúde.

EIXO 3 - PATERNIDADE E CUIDADO



De maneira ampla, o tema paternidade e cuidado abrange o envolvimento ativo dos homens em todo o processo de gestação, pré-parto, parto, puerpério e cuidados com o filho, dando oportunidade para a criação de vínculos mais fortes e saudáveis entre pais, mães e filhos/as.

Para a PNAISH, a questão da paternidade é uma “porta de entrada positiva” para os serviços de saúde. Além do bem-estar que pode gerar para toda a família e para a comunidade, a paternidade pode integrar os homens na lógica dos sistemas de saúde ofertados, na realização de exames de rotina, como HIV, sífilis, hepatites, hipertensão e diabetes, dentre outros.

Neste eixo, vamos apresentar a estratégia do Pré-natal do Parceiro, trazendo informações sobre a importância do envolvimento ativo dos homens em todo o processo de direitos sexuais e reprodutivos e no acompanhamento da gestação, pré-natal, parto, puerpério, e cuidados posteriores com o crescimento e desenvolvimento das crianças.

PATERNIDADE E DIREITOS



A participação do homem no planejamento reprodutivo é um direito instituído pela Lei Federal nº 9.263, de 12 de Janeiro de 1996, conhecida como Lei do Planejamento Familiar, que descreve um conjunto de ações de regulação da fecundidade e garante direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal.

Isto quer dizer, de maneira simples e direta, que os homens também têm todo direito a participar da escolha e do melhor momento para ser pai. Contudo, a grande parcela dos brasileiros ainda desconhecem seus direitos a participar do período gestacional, de todo trabalho de parto e do puerpério de suas parceiras.

Você sabia que, além da Lei do planejamento familiar também existe a Lei Federal nº 11.108, de 07 de abril de 2005, mais conhecida como Lei do Acompanhante, que determina que os serviços de saúde do SUS, da rede própria ou conveniada, são obrigados a permitir à gestante o direito à presença de acompanhante caso a gestante queira. Esse direito não pode ser impedido pelo serviço de saúde ou por qualquer membro da equipe de saúde, e tampouco deve ser exigido que este acompanhante tenha participado de alguma formação ou grupo.

De acordo com Constituição Federal/88, os pais têm direito a 5 dias de licença paternidade. Localidades como Cuiabá, Niterói, Florianópolis, Manaus, Pernambuco, Porto Alegre e João Pessoa já criaram leis locais que ampliam a licença paternidade para 10, 15 ou 30 dias para os servidores públicos. Um outro exemplo é a Emenda Constitucional 63/2015, publicada em 22 de dezembro de 2015, que estende a licença paternidade para o prazo de 30 dias a todos os servidores civis e militares no estado do Rio de Janeiro.

Com o objetivo de ampliar esse direito, no dia 08 de Março de 2016, foi sancionada a **Lei nº 13.257/2016**, que dispõe sobre as políticas públicas para primeira infância. Dentro dessa lei, existem artigos específicos ligados ao exercício da paternidade ativa e consciente, como ampliação da licença paternidade para os funcionários das **empresas cidadãos**¹ que agora têm direito a 20 dias.

Essa lei destaca que o empregado requeira a licença no prazo de 2 (dois) dias úteis após o parto e comprove participação em programa ou atividade de orientação sobre paternidade responsável para ter direito ao benefício. A CNSH orienta que os profissionais de saúde estimulem a realização do Pré-Natal do Parceiro, a participação nas atividades educativas durante o pré-natal e visitas à maternidade onde acontecerá o parto para vinculação do casal. Essas ações podem ser consideradas como comprovante de participação para que os homens tenham direito ao benefício.

A ampliação da licença paternidade foi um passo na construção de estratégias que promovam equidade de gênero no cuidado.

1. Uma empresa precisa de apenas duas coisas para estender o período da licença paternidade: pagar impostos com base no regime tributário chamado lucro real (no qual os impostos são cobrados apenas sobre o lucro realmente apurado) e se cadastrar no programa Empresa Cidadã, criado em 2008 pelo governo para estimular a licença-maternidade maior. Segundo dados da Receita Federal, o programa tinha, até setembro de 2015, 19 mil empresas inscritas, com 2,9 milhões de empregados. No Brasil, há cerca de 175 mil companhias que pagam impostos com base no lucro real, sendo a maioria de médio ou grande porte.

Saiba os benefícios da ampliação dessa lei:

- ✓ Vantagem para as crianças, para os pais e para o Brasil. Há evidências de impactos positivos para o desenvolvimento das crianças e para a igualdade de gêneros em países onde essa licença é mais extensa e está em vigor há mais tempo.
- ✓ Promove um maior envolvimento dos pais no cuidado dos filhos. Esse envolvimento paterno se estende para além do período de licença e tem reflexos importantes para a vida das crianças.
- ✓ O envolvimento dos pais no cuidado com os filhos afeta as crianças de muitas formas. Foram observados ganhos como maior desenvolvimento cognitivo, melhor desempenho escolar e menores taxas de delinquência.
- ✓ Crianças de pais que usaram a licença-paternidade têm mais probabilidade de serem amamentadas no primeiro ano em comparação a filhos de pais que não utilizaram a licença.

VANTAGENS DE UMA PATERNIDADE ATIVA E CONSCIENTE

Sabemos que um número ainda significativo de homens não se envolve com a gestação de suas parceiras e que outros não chegam a criar nenhum vínculo com seus (uas) filhos (as).

O período da gestação pode suscitar as mais diversas emoções e até mesmo sintomas físicos. Assim como as mulheres, é muito comum que os futuros pais engordem, sofram enjoos, tenham desejos, crises de choro, dentre outros. Estes sintomas não representam um distúrbio ou uma doença, pelo contrário, podem demonstrar que o homem assumiu e deseja a gravidez juntamente com a sua parceira. Esses sintomas são conhecidos como Síndrome de Couvade.



Estimular a participação do parceiro nas ações propostas no tema paternidade e cuidado, além de propiciar a criação e/ou fortalecimento do vínculo do futuro pai/parceiro com seu(ua) filho(a) e parceira, também amplia o acesso e o acolhimento dos homens aos serviços e aos programas de saúde e qualifica as práticas de cuidado de todos os envolvidos com sua saúde de maneira geral.



O Pré-natal do Parceiro pode ainda contribuir para reduzir a transmissão vertical da sífilis e do HIV. A realização de testes rápidos para detecção dessas doenças e a consequente adesão ao tratamento por parte do parceiro infectado pode diminuir consideravelmente o risco de contágio da mãe para a criança, isto porque a mulher, mesmo com a devida atenção ao longo da gravidez, se mantiver relações sexuais com o parceiro infectado, pode ser, no caso da sífilis, reinfectada e ter a carga viral aumentada no caso do HIV.

Como você pode ver, a gravidez também é um assunto de homem e o ACS tem um papel muito importante para estimular a participação do futuro pai/parceiro durante todo esse processo; isso pode ser fundamental para o bem-estar biopsicossocial da mãe, do bebê e do próprio pai/parceiro, sendo o pré-natal um momento de grande importância para isso.

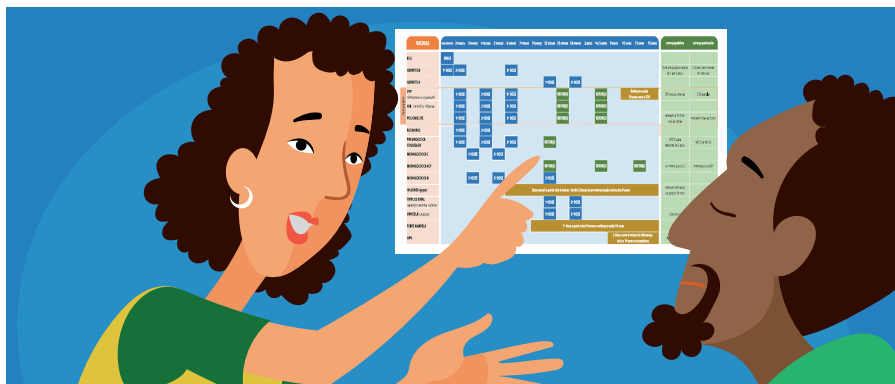


Veja abaixo algumas ações que você pode fazer para incentivar a participação do homem neste processo:



- ✓ Estimular a participação ativa do homem nas consultas de pré-natal, durante todo o trabalho de parto e no puerpério;
- ✓ Criar estratégias para que os homens realizem os exames de rotina e de testes rápidos;
- ✓ Desenvolver junto com a equipe temas voltados para o público masculino nas atividades educativas durante o pré-natal;
- ✓ Incentivar o homem a exercer o direito à licença-paternidade;
- ✓ Estimular o homem a participar da amamentação. Não trazer mamadeiras, chupetas e latas de leite; colocar o bebê para mamar e realizar as atividades domésticas reforçam a autoestima da parceira e protegem a amamentação.
- ✓ Apoiar a sua parceira, compartilhando os prazeres e os afazeres relacionados à chegada de um bebê, como, por exemplo: trocar a fralda e dar banhos.
- ✓ Incentivar o homem a realizar consulta com o odontólogo;
- ✓ Verificar se a carteira de vacinação está em dia e estimular o homem a acompanhar às ações de imunização.

É muito importante que o ACS saiba quais são as vacinas disponíveis no SUS para os homens adultos.



CALENDÁRIO DE VACINAÇÃO DO ADULTO (SEM COMPROVAÇÃO DE VACINAÇÃO ANTERIOR OU QUE NUNCA FORAM VACINADOS, SEGUIR O ESQUEMA ABAIXO)

IDADE	VACINAS	DOSES	DOENÇAS EVITÁVEIS
A partir de 20 anos.	dT (Dupla tipo adulto) (1) Febre amarela (2) SCR (Tríplice viral) (3) Hepatite B (4)	1ª dose dose inicial dose única 1ª dose	Contra Difteria e Tétano Contra Febre Amarela Contra Sarampo, Caxumba e Rubéola Hepatite B
1 mês após a 1ª dose	Hepatite B	2ª dose	Hepatite B
2 meses após a 1ª dose	dT (Dupla tipo adulto)	2ª dose	Contra Difteria e Tétano
4 meses após a 1ª dose	dT (Dupla tipo adulto)	3ª dose	Contra Difteria e Tétano
6 meses após a 1ª dose	Hepatite B	3ª dose	Hepatite B
a cada 10 anos, por toda a vida	dT (Dupla tipo adulto)	Reforço	Contra Difteria e Tétano
10 anos depois da primeira dose	Febre amarela	Reforço	Contra Febre Amarela

(1) A vacina Dupla tipo adulto – dT (Difteria e Tétano) também deve ser administrada a partir dos 20 (vinte) anos. Os homens que não tiverem comprovação de vacinação anterior devem seguir o esquema acima. Apresentando documentação com esquema incompleto, completar o esquema já iniciado. O intervalo mínimo entre as doses é de 30 dias.

(2) A vacina contra Febre Amarela deve ser administrada em adulto que resida ou que for viajar para área endêmica (estados: AP, TO, MA, MT, MS, RO, AC, RR, AM, PA, GO e DF), área de transição (alguns municípios dos estados: PI, BA, MG, SP, PR, SC e RS) e área de risco potencial (alguns municípios dos estados BA, ES e MG). Em viagem para essas áreas, vacinar 10 (dez) dias antes da viagem. Se comprovar duas doses da vacina, considerar vacinado e não administrar nenhuma dose, caso comprove uma dose, o reforço deve ser realizado 10 anos após a primeira, se não comprovar nenhuma dose ou se relatar não ter sido vacinado, seguir o esquema acima.

(3) A vacina tríplice viral - SCR (Sarampo, Caxumba e Rubéola) deve ser administrada em homens até 49 (quarenta e nove) anos que não tiverem comprovação da vacina anterior.

(4) A vacina contra Hepatite B deve ser administrada em homens até 49 (quarenta e nove) anos que não tiverem comprovação da vacina anterior. Apresentando documentação com esquema incompleto completar o esquema já iniciado.

VAMOS REFLETIR!



Discuta com a sua equipe a possibilidade de realizar rodas de conversas com os futuros papais e mães em horários alternativos e, assim, trabalhar temas que possam envolver o casal em todos os momentos da gravidez, do parto e do pós-parto.

EIXO 4 – AGRAVOS E CONDIÇÕES CRÔNICAS NA POPULAÇÃO MASCULINA



Os homens se expõem a mais riscos, procuram menos os serviços de promoção e prevenção de saúde e costumam negar os processos de adoecimento devido a questões culturais e de gênero debatidas na seção anterior. O objetivo da PNAISH é aproximar os homens dos serviços de atenção básica para prevenir e diagnosticar precocemente as doenças que mais acometem essa população.

As principais causas de mortalidade nos homens de 20-59 anos são as causas externas, onde se destacam a violência e os acidentes; em seguida vêm as doenças do aparelho circulatório, como AVC e o infarto. A terceira causa de morte são as neoplasias, tendo destaque a de pulmões, brônquios e traqueia. Essas duas últimas causas configuram as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), junto com outras, como o diabetes e a hipertensão arterial.

SAIBA MAIS CONSULTANDO



DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS (DCNT)

Grupo de doenças cujo processo de instalação no organismo geralmente se inicia sem alterações, sem que o indivíduo perceba, e que demoram anos para se manifestar. Geralmente não há cura, porque as lesões causadas são irreversíveis, levando a complicações com graus variáveis de incapacidade ou de morte, sendo que as principais são: hipertensão arterial, infarto do miocárdio, derrame ou acidente cerebrovascular, diversos tipos de câncer, diabetes, enfisema, bronquite crônica e obesidade.



O acompanhamento de homens com DCNT costuma ser um pouco mais difícil do que o de mulheres. Acontece que muitas DCNT são assintomáticas, como no caso da hipertensão arterial sistêmica. Apesar de possuir essa doença/condição crônica, ele não se sente doente. Desse modo, muitas vezes o homem acaba não buscando o serviço de saúde, tanto nos casos em que ele ainda não sabe que possui uma DCNT, quanto nos casos já diagnosticados, mas que estão assintomáticos.

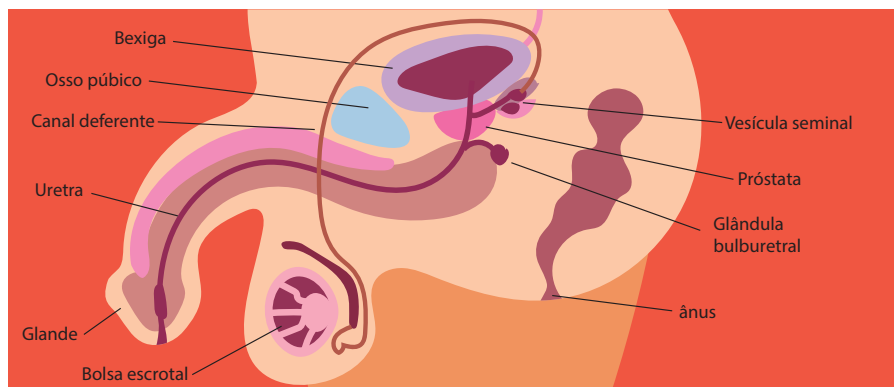
Os hábitos de vida estão diretamente ligados ao surgimento das DCNT, observe o quadro abaixo:

Principais Fatores de Risco para DCNT

- ✓ Tabagismo
- ✓ Consumo Excessivo de Alcool
- ✓ Inatividade física
- ✓ Alimentação não saudável (baixo consumo de frutas, legumes e verduras, alto consumo de carnes com excesso de gorduras, consumo excessivo de açúcar e sal)
- ✓ Obesidade

A seguir serão abordados outros agravos bem frequentes na população masculina.

AGRAVOS DO TRATO URINÁRIO E DO APARELHO REPRODUTOR MASCULINO



Existe uma série de doenças que acometem os homens e que estão relacionadas ao aparelho reprodutor masculino (pênis, testículos, próstata) e ao trato urinário (uretra, bexiga, ureter e rins). Mais importante do que sabermos todos esses nomes difíceis é saber os sintomas destas afecções para que possamos orientar o homem a procurar atendimento na UBS o quanto antes.

Os sintomas mais frequentes de patologias ou condições urológicas são:



Caso algum homem da sua microárea relate esses sintomas, oriente-o a buscar uma consulta na unidade de saúde. A maior parte das condições de saúde ou das doenças, quando descobertas no início, são tratáveis e podem não gerar maiores complicações. A demora em procurar o serviço de saúde pode gerar agravos que comprometem a saúde e a qualidade de vida dos homens. Utilize também os espaços de educação em saúde e a sala de espera para alertar os homens sobre esses sintomas!

CÂNCER DE PRÓSTATA

Muitas vezes, os cuidados de saúde para os homens se resumem a alertá-los sobre os riscos do câncer de próstata. É importante ampliarmos nossa visão! Nesse Guia, vimos que há muitos fatores que contribuem para a perda de qualidade de vida dos homens e que podem aumentar o índice de mortalidade desta população, sendo que alguns desses ocorrem com muito mais frequência do que o câncer de próstata. Não podemos negligenciar nenhuma patologia, porém é importante seguir as recomendações do Ministério da Saúde.

SAIBA MAIS SOBRE O CÂNCER DE PRÓSTATA

O câncer de próstata é o segundo tipo mais incidente entre homens no mundo e o quinto em taxa de mortalidade. No Brasil, é o câncer mais incidente entre homens, excluídos os casos de pele não melanoma.

Segundo informações do Instituto Nacional do Câncer-INCA, esse câncer é o segundo tipo que causa mais mortes no Brasil. Em 2013, foram registrados 13.772 óbitos pela doença.

O Ministério da Saúde segue as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) e do INCA de não adoção do rastreamento populacional de câncer da próstata e sim da detecção precoce, devendo o exame adequado ser realizado em homens que apresentem sintomas relacionados ao sistema urológico e/ou histórico familiar. Os riscos inerentes aos procedimentos devem ser apresentados pela equipe de saúde e exaustivamente discutidos com o paciente, sobretudo, os riscos dos diagnósticos e tratamentos, incluindo aí a biópsia de próstata.

Você sabia que existe a [**Lei Nº 13.045**](#), de 26 de novembro de 2014, que garante a detecção precoce do câncer de próstata pelo Sistema Único de Saúde (SUS)?

Diferença entre Rastreamento e detecção precoce:

RASTREAMENTO	DETECÇÃO PRECOCE
Aplicação de exames em indivíduos saudáveis, sem sinais ou sintomas da doença, com o objetivo de detectar a doença em fase pré-clínica.	Destinada ao diagnóstico em pessoas que apresentam sinais iniciais da doença, pois, quanto mais cedo diagnosticado o câncer, maiores as chances de cura, a sobrevida e a qualidade de vida do paciente, além de mais favoráveis à relação efetividade/custo.

Existem evidências científicas que comprovam que não há redução significativa na mortalidade por câncer de próstata em homens que realizaram ações de rastreamento anualmente (PSA e toque retal) e os que não realizaram.

Além disso, os resultados falso-positivos e o sobrediagnóstico podem representar uma série de riscos aos indivíduos saudáveis e assintomáticos que realizarem esses exames.

O que são resultados falso positivos e sobrediagnóstico?

RESULTADO FALSO-POSITIVO	SOBREDIAGNÓSTICO
Ocorre quando o exame de rastreamento é positivo, mas o exame de confirmação diagnóstica (histopatológico) é negativo. Os resultados falso-positivos podem causar ansiedade entre os homens e seus familiares e levar à realização de exames invasivos desnecessários, como a biópsia, que pode trazer riscos, como dor, sangramento, infecções e em alguns casos até a morte.	Ocorre quando um câncer que não evoluiria clinicamente e não causaria problemas ao homem é encontrado no rastreamento. Em muitos casos, o PSA pode detectar um câncer de próstata que não chegaria a comprometer a saúde do homem. Excesso de diagnósticos leva a exames de acompanhamento e tratamentos desnecessários.

Dada essa informação, é importante que o ACS esteja atento aos sintomas discutidos na seção anterior para alertar os homens a buscarem o serviço, sempre considerando que pode ser uma entre várias patologias e que cabe ao profissional de saúde investigar.

Atenção!

Não devemos orientar os homens sem sintomas e/ou sem histórico familiar, independente da idade, a buscarem os serviços de saúde para realizarem exames como PSA e toque retal.

Para maiores informações:

Ministério da Saúde – Caderno de Atenção Básica no 29 (Rastreamento);

Nota INCA: www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/publicacoes/diretriz_rastreamento_prostata.pdf

Parecer CFM: http://www.portalmedico.org.br/pareceres/CFM/2011/35_2011.htm

CÂNCER DE PÊNIS

Entre os anos de 2009 e 2013, segundo dados do Sistema de informação de mortalidade, foram 1.767 óbitos por neoplasia maligna do pênis no Brasil. Sua maior incidência é em homens a partir dos 50 anos, embora possa atingir também os mais jovens. Este tumor ocorre mais frequentemente em regiões de baixo nível sócio-econômico, estando relacionada a más condições de higiene e/ou infecção pelo HPV.

Os fatores de risco para o câncer de pênis são a fimose; a baixa renda familiar, o tabagismo, os hábitos inadequados de higiene e a baixa escolaridade, além da resistência dos homens em procurar a assistência médica, principalmente nos casos que não apresentam sintomas.

Para prevenir o câncer de pênis a população masculina deve lavar o pênis - principalmente a glande- diariamente, com água e sabão, em especial após relações sexuais ou masturbação; Utilizar preservativos nas relações sexuais e, se necessário, realizar a cirurgia de fimose.

AÇÕES DE PROMOÇÃO E PREVENÇÃO QUE DEVEM SER REALIZADAS PELO ACS DIANTE DESSES AGRAVOS

As ações de promoção e prevenção devem ser realizadas também pelos ACS, seja em visitas domiciliares, em grupos de educação em saúde ou nas demais atividades. Sabemos que os homens têm maior dificuldade em comparecer a esses espaços de saúde; por isso, a seguir, abordaremos possíveis ações que você pode desenvolver para aproximar o homem das unidades básicas de saúde e, conseqüentemente, diminuir o surgimento dessas doenças.



- ✓ Construir uma relação de confiança com o usuário, buscando ouvir suas queixas, suas dúvidas e seus sentimentos em relação ao processo de adoecimento;
- ✓ Procurar abrir espaço para identificação de necessidades e demandas ainda não manifestas pelos homens;
- ✓ Caso seja identificada alguma dificuldade inicial por parte do profissional em abordar determinados assuntos, tal dificuldade poderá ser discutida em equipe para organização de momentos de educação permanente abordando a questão. Além disso, o desenvolvimento de alguns materiais (como folder, panfleto, etc.) pode facilitar a aproximação do profissional do usuário num primeiro momento.
- ✓ Investir nas ações em grupo, construir ações específicas para os homens, incluí-los nas ações já existentes e refletir com a equipe sobre os motivos que contribuem para o seu distanciamento;
- ✓ De forma integrada e interdisciplinar, procurar construir ações educativas e psicossociais que possibilitem não apenas novas informações, mas também propiciem a expressão de sentimentos e a reconstrução de representações e de valores acerca do cuidado em saúde.

Levar em consideração as características da população masculina do território é importante, pois facilita a aproximação deles por via do prazer.

Exemplo: se no território existe a cultura do dominó entre homens adultos, por que não desenvolver torneios de dominó com rodas de conversa sobre saúde na UBS? Realizar atividades culturais em grupo também gera saúde na população!



OUTROS AGRAVOS EM HOMENS – DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS

A população masculina também tem maior incidência em certas doenças transmissíveis. É importante estarmos atentos aos sintomas dessas doenças para indicar aos homens acometidos o tratamento adequado. Abaixo abordaremos algumas dessas enfermidades.

Tuberculose: A tuberculose é uma doença infectocontagiosa causada por uma bactéria que afeta principalmente os pulmões, mas também pode ocorrer em outros órgãos do corpo, como ossos, rins e meninges.

TRANSMISSÃO	SINTOMAS	TRATAMENTO
Transmitida pelo ar, quando uma pessoa com tuberculose pulmonar e sem tratamento fala, espirra ou tosse.	O principal sintoma é a tosse (pessoas com tosse há mais de três semanas), além de perda de peso, cansaço, falta de apetite e febre geralmente no final da tarde.	O tratamento dura cerca de 6 meses e todo medicamento é fornecido pelas UBS.

Como o Agente Comunitário de Saúde deve agir: Você é muito importante na detecção e controle da Tuberculose. Em caso de suspeita, alerte o usuário sobre a doença e encaminhe o usuário a UBS. Durante o tratamento, apoie o paciente e acompanhe se o medicamento está sendo tomado de acordo com a prescrição.

Hanseníase: A hanseníase é uma doença infectocontagiosa causada por um bacilo, que se apresenta principalmente com manchas e alterações da sensibilidade da pele.

TRANSMISSÃO	SINTOMAS	TRATAMENTO
Principalmente através das vias respiratórias (secreções nasais, tosse, espirros), de doentes que não estejam em tratamento. Quando a pessoa doente inicia o tratamento quimioterápico, ela deixa de ser transmissora da doença.	Manchas vermelhas, brancas ou marrons insensíveis ao toque, calor ou dor; caroços e placas na pele; diminuição da força dos músculos das mãos, pé e face; ou, ainda, dormência e formigamento nos pés e nas mãos.	A hanseníase tem cura. O tratamento é feito nas unidades de saúde e é gratuito, dura em torno de 06 a 12 meses. A cura é mais fácil e rápida quanto mais precoce for o diagnóstico.

Como o Agente Comunitário de Saúde deve agir: Se uma pessoa da sua comunidade aparecer com qualquer um desses sinais e sintomas, ela deve ser orientada e encaminhada para a sua UBS.

Leishmaniose: Doença infecciosa, porém, não contagiosa. Há dois tipos de leishmaniose: leishmaniose tegumentar ou cutânea e leishmaniose visceral ou calazar. A leishmaniose tegumentar caracteriza-se por feridas na pele, e a leishmaniose visceral é uma doença sistêmica, pois acomete vários órgãos internos, principalmente o fígado, o baço e a medula óssea.

TRANSMISSÃO	SINTOMAS	TRATAMENTO
A leishmaniose é transmitida pela picada de insetos portadores do protozoário <i>Leishmania</i> . As fontes de infecção das leishmanioses são, principalmente, os animais silvestres que abrigam o parasita em seu tubo digestivo, porém, o hospedeiro também pode ser o cão doméstico.	Febre irregular, prolongada; anemia; indisposição; palidez da pele e ou das mucosas; falta de apetite; perda de peso; inchaço do abdômen devido ao aumento do fígado e do baço e surgimento de feridas.	O SUS oferece tratamento específico e gratuito para a doença, que dura cerca de 20 a 30 dias. O tratamento é feito com uso de medicamentos específicos a base de antimônio, repouso e uma boa alimentação.

Como o Agente Comunitário de Saúde deve agir: deve recomendar medidas de proteção individual para evitar a picada do inseto transmissor, tais como: uso de repelentes, camisas de manga comprida, calças, meias e sapatos quando realizar atividades na mata ou fizer trilhas e passeios em ambientes silvestres; usar mosquiteiros de malha fina, bem como telas em janelas e portas e encaminhá-lo a sua UBS.

Malária: A malária é uma doença infecciosa febril aguda. Ela ocorre com mais frequência nos estados do Acre, Amapá, Amazonas, Maranhão, Mato Grosso, Pará, Rondônia, Roraima e Tocantins.

TRANSMISSÃO	SINTOMAS	TRATAMENTO
Transmitida pelo protozoário do gênero <i>Plasmodium</i> , que, por sua vez, é transmitido pela picada de mosquito infectado.	Os principais sinais e sintomas da doença são: cefaleia (dor de cabeça), dor no corpo, fraqueza, febre alta, calafrios, sudorese (suor abundante).	O diagnóstico e o tratamento são gratuitos. O tratamento dura de 3 a 14 dias.

Como o Agente Comunitário de Saúde deve agir: deve recomendar medidas de proteção individual para evitar a picada do inseto transmissor, tais como: uso de repelentes, camisas de manga comprida, calças, meias e sapatos quando realizar atividades na mata ou fizer trilhas e passeios em ambientes silvestres; usar mosquiteiros de malha fina, bem como telas em janelas e portas.

Febre Amarela: é uma doença infecciosa febril aguda e acomete com maior frequência indivíduos do sexo masculino na faixa etária acima dos 15 anos. Isso se dá em função da maior exposição, relacionada a atividades de trabalho ou de lazer realizadas com penetração em zonas silvestres (motoristas, agricultores, caminhoneiros, pescadores, caçadores, garimpeiros e turistas).

TRANSMISSÃO

É transmitida ao homem por meio da picada de mosquitos infectados por um vírus do gênero *Flavivirus*, não havendo transmissão de pessoa para pessoa.

SINTOMAS

Febre, dores no corpo, vômito, prostração e náuseas, podendo evoluir até o aparecimento de hemorragias e icterícia (amarelão).

TRATAMENTO

Não existe medicamento para combater o vírus da febre amarela. O tratamento é apenas sintomático.

Como o Agente Comunitário de Saúde deve agir: deve recomendar medidas de proteção individual para evitar a picada do inseto transmissor, tais como: uso de repelentes, camisas de manga comprida, calças, meias e sapatos quando realizar atividades na mata ou fizer trilhas e passeios em ambientes silvestres; usar mosquiteiros de malha fina, bem como telas em janelas e portas.

OBS: Existe vacina contra a febre amarela, é indicada a partir dos 9 meses de idade para residentes ou viajantes das áreas com recomendação da vacina. Está disponível continuamente nos serviços de saúde da rede pública.

Para maiores informações ligue para a Ouvidoria do Ministério da Saúde através do 136 e tire suas dúvidas sobre os agravos.

VAMOS EXERCITAR!

Orientar o usuário sobre essas doenças e auxiliá-lo a compor um estilo de vida mais saudável, levando em consideração suas escolhas, autonomia e relações culturais é um modo muito interessante para contribuir com a promoção de uma vida mais saudável para a população masculina.



ATIVIDADE

Vamos fazer um desenho sobre a situação de saúde dos homens no nosso território?

1) Pesquise nos prontuários, converse com equipe e colegas e faça um levantamento sobre quais as principais DCNT e doenças transmissíveis que acometem os homens do seu território (hipertensão, diabetes, tuberculose, hanseníase, etc).

2) A partir do levantamento, discuta com a equipe quais são os principais fatores de risco para os 3 agravos de maior prevalência. Por exemplo, homens com hipertensão – um dos fatores de risco no território podem ser os hábitos alimentares, ou o sedentarismo devido à falta de espaços de lazer, como quadras de futebol, ou até mesmo o estresse de uma comunidade que vive situações de violência constante. Descreva esses fatores de risco ao lado dos agravos.

Agora discuta com seus colegas o que pode ser feito pela equipe de saúde para atenuar esses fatores de risco. Os ACS podem se organizar para ir a botecos, quadras de esporte, praças e fazerem ações de educação em saúde, discutindo com os homens o que é saúde e quais os principais agravos que os acometem naquele território; podem criar, junto com a equipe de saúde, grupos para realizar atividades físicas. Crie um plano de ação breve para cada um dos 3 agravos discutidos acima. Pode parecer pouco, mas se preocupar com os homens do território, mantê-los informados sobre cuidados em saúde e sobre como acessar a unidade de saúde já é uma grande ação de vinculação. Vamos lá!

EIXO 5: PREVENÇÃO DE VIOLÊNCIAS E ACIDENTES

HOMENS, VIOLÊNCIAS E ATENÇÃO À SAÚDE



Hoje em dia, todos reconhecem que a violência é um grave problema social. No entanto, diferente do que muitos pensam, a solução para a violência não é apenas polícia e justiça. Sendo uma questão muito complexa, São precisos olhares e ações diversas, e nós, da saúde, temos um papel estratégico nisto.

Como vocês observam em seu trabalho, a violência traz consequências físicas e psicológicas para a saúde e bem-estar não apenas da pessoa diretamente envolvida, mas também para a sua família. Além disso, seus impactos podem durar pouco tempo ou continuar por meses e até mesmo anos.

Você sabia que 50 mil pessoas em média morrem por agressões (homicídio) por ano no Brasil? E você sabia que, destas mortes, mais de 90% são de homens?

Quando falamos de violência, a faixa etária, raça e renda também têm um papel importante, já que, no Brasil, mais da metade dos mortos por homicídio são jovens (15 a 29 anos) e mais de 75%, ou 3 em cada 4 destes jovens assassinados, são negros (pretos e pardos), especialmente moradores das periferias e das áreas metropolitanas dos centros urbanos.

Conheça o **Plano Juventude Viva**, que reúne ações de prevenção que visam reduzir a vulnerabilidade dos jovens a situações de violência física e simbólica.

Como temos tentado mostrar, são muitos os fatores que tornam os homens mais ou menos expostos à violência. O que queremos destacar aqui é que não importa a sua raça, sua etnia, sua idade, seu local de moradia, sua renda, seu nível educacional, sua religião etc., os homens estão sempre mais expostos à violência, seja como autores, seja como vítimas.

O que justificaria 90% dos homicídios ocorrerem entre homens? O que será que está por trás de tanta diferença? Será que os homens são naturalmente/biologicamente violentos?

Como já foi falado anteriormente neste guia, você já escutou durante a criação de um menino coisas como *“Homem que é homem não chora!”*, *“Homem não leva desaforo pra casa!”*, *“Não seja uma mulherzinha!”*. Essas e outras coisas passadas pela educação e cultura demonstram como a virilidade e a agressividade têm papel central no que é esperado de um *“homem de verdade”*.

O problema é que essa cultura faz com que muitos homens se envolvam em situações arriscadas, escondam emoções como medo e tristeza e não demonstrem qualquer comportamento que possa ser confundido como “feminino”, como a delicadeza e a sensibilidade. Como resultado, além das agressões e dos homicídios, vemos que esse contexto contribui para as seguintes questões:

- ✓ Os homens são responsáveis por mais de 80% das mortes relacionadas à violência no trânsito;
- ✓ Os homens representam quase 80% das mortes por suicídio;
- ✓ Os homens morrem mais do as mulheres em decorrência do uso abusivo de álcool, cigarro e outras drogas.

De maneira geral, essa educação diferenciada entre homens e mulheres e o machismo ainda fortemente presente em nossa sociedade contribuem para que as violências sofridas por homens e por mulheres sejam, em sua maioria, bem diferentes. As mulheres sofrem mais violências dentro de suas próprias casas e família, sendo alguém conhecido, geralmente um companheiro ou ex-companheiro, o autor da agressão. Já os homens se envolvem mais em situações violentas no espaço da rua, tendo geralmente um desconhecido como autor da agressão.

O Brasil ocupa a sétima posição no mundo em relação ao número de homicídios de mulheres, e a maioria destes homicídios é cometida dentro da própria casa.

Nos últimos anos, uma série de políticas foram criadas para enfrentar a violência, dentre elas, a Lei Maria da Penha (Lei 11.340/06). Esta Lei orienta a criação de centros de educação e de reabilitação para os homens autores de violência, que lá devem encontrar formas de mudar o seu comportamento, reconhecendo as violências praticadas e construindo relacionamentos sem violência.

Resumindo, é importante que fique claro que **os homens não nascem violentos, eles aprendem a ser violentos!** Sendo a violência um comportamento que é ensinado, precisamos acreditar que homens de todas as idades podem e devem aprender a resolver seus problemas sem agressividade, por meio do diálogo.

DIÁLOGO, UM CAMINHO POSSÍVEL PARA A PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA



Um dos grandes desafios para a área da saúde é atuar na prevenção das violências e acreditamos que o diálogo e a troca de experiências entre todos os profissionais que compõem as equipes de saúde sejam cruciais para superar isso. Esse diálogo é ainda mais importante tendo em vista que a maioria dos profissionais não teve contato com este tema em sua formação.

Abaixo, pontuamos questões relevantes que podem virar tema de debate entre as equipes e, depois, se tornarem pauta de diálogo na atenção à população masculina:

- ✓ Dialogar com o homem sobre a gravidade da situação de violência que ele está vivenciando, seja como vítima ou autor. Mostrar que, em muitas situações de violência, existe uma tendência de crescimento da gravidade das agressões;
- ✓ Identificar pessoas com as quais esse homem se sente à vontade para conversar e reforçar a importância dele expressar o que está sentindo a elas;

- ✓ Ajudar a compreender quais as situações que provocam nele comportamentos violentos e pensar em como evitá-las;
- ✓ Mostrar que, para ser um “homem de verdade”, não é preciso responder com agressividade e violência aos conflitos, que estes podem ser resolvidos por meio do diálogo;
- ✓ Falar sobre a gravidade das violências entre a população masculina e como temos que modificar essa cultura de violência entre os homens;
- ✓ Mostrar que, se ele está sendo vítima de algum tipo de violência, não deve ter vergonha. Homens que são vítimas de violência doméstica e violência sexual demonstram ainda mais vergonha e receio de buscar ajuda, seja na saúde ou na justiça. Mostre que o silêncio é cúmplice da violência e que ele tem direito a uma vida sem violência;
- ✓ Identificar a existência de serviços ou programas nos quais ele possa encontrar ajuda dentro da rede de atenção à violência (ou em outros espaços).

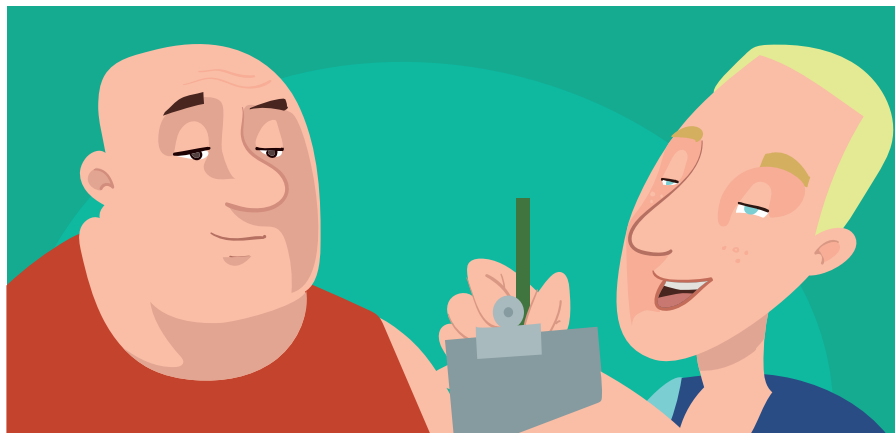
O diálogo sobre esses assuntos deve ser estendido para profissionais de outras áreas, para que, assim, juntando conhecimentos e experiências, um melhor resultado seja alcançado. Esta ideia é comumente conhecida como **trabalho em rede**, que se refere a formas de organização e de articulação.

A construção e o fortalecimento de redes de atenção integral têm sido apontados como as melhores formas de lidar com o problema da violência. Essas redes devem ser compostas por serviços de saúde, de educação, de segurança pública, de assistência social e por ações intrasetoriais e intersetoriais governamentais e entre governo e sociedade civil.

A área da saúde não é e nem deve ser pensada como a salvação para o grave problema das violências no Brasil. Da mesma forma, olhando com mais atenção para a Estratégia de Saúde da Família, não devemos apontar os(as) ACS como os(as) maiores responsáveis pela detecção das violências que acontecem na região de atenção. No entanto, precisamos reconhecer e valorizar que tanto a área da saúde, como o trabalho do(a) ACS são estratégicos e de grande importância para a rede mais ampla que deve ser construída em torno do tema do enfrentamento e da prevenção às violências.

Portanto, os ACS, por terem contato direto e constante com a população e conhecerem bem a realidade local, estão em um lugar privilegiado para detectar situações de violência intrafamiliar ou por parceiros íntimos, ou situações que podem se tornar violentas.

VAMOS EXERCITAR!



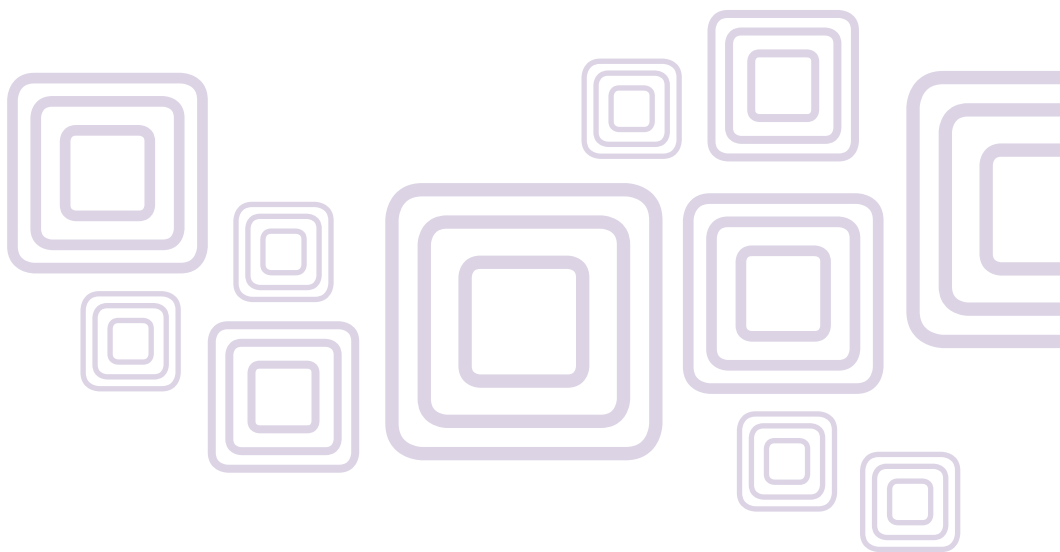
ATIVIDADE

Conheça a rede de atenção à violência contra a mulher em seu município e busque se informar se há grupos de atenção a homens autores de violência.

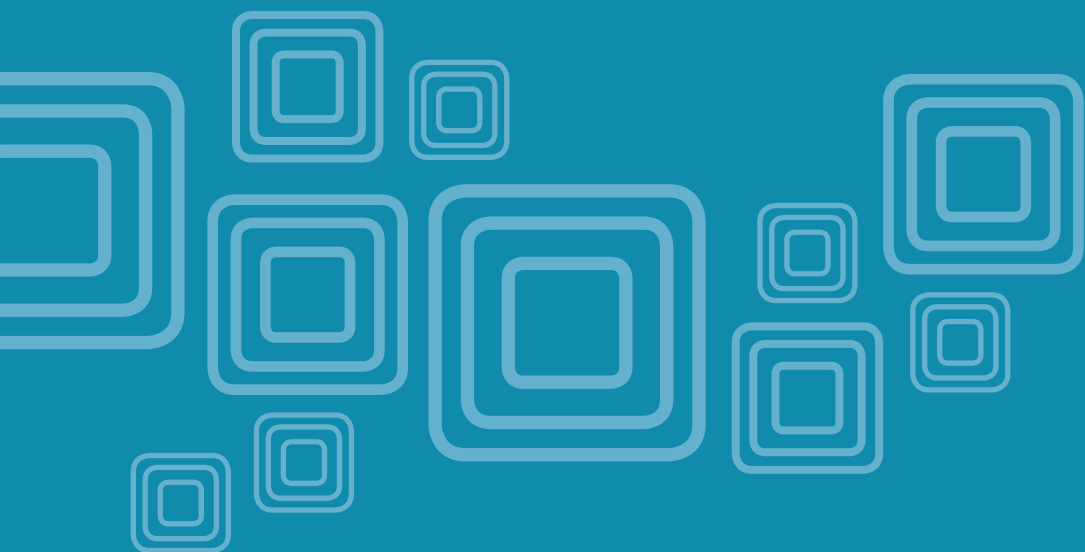
Quando você identificar famílias expostas a essa forma de violência, leve esta informação para o conhecimento dos(as) outros(as) profissionais de sua UBS. Isso é necessário para pensar a melhor forma de abordar as pessoas envolvidas nessa situação e também para que vocês não se coloquem em uma situação de risco.

Lembrando que, para que o trabalho do ACS funcione, ele precisa ter a confiança das pessoas atendidas, não esquecendo de manter o sigilo. Por isso, é importante que esta comunicação na equipe seja feita de forma respeitosa e sem expor o indivíduo e a família. O foco deve sempre recair sobre a detecção de risco à violência e quais ações podem ser tomadas e nunca para um julgamento moral do que está acontecendo com a família em questão. Termos como “família desestruturada” e “pessoas desequilibradas” não contribuem para que o ACS e a equipe desenvolvam o efetivo cuidado que aquela família, casal ou indivíduo necessita para refletir sobre a situação em que se encontra e assim possa reorganizar suas relações afetivas.

O desafio que temos à frente é aproximar os homens, em especial os homens jovens, da esfera da saúde e do cuidado e envolvê-los em ações que tenham como foco a promoção da saúde e a prevenção da violência, o que pode trazer benefícios não apenas para eles, mas também gerar reflexos positivos para outros segmentos populacionais.



Políticas Transversais à Saúde do Homem



SAÚDE DO TRABALHADOR

O trabalho e a posição de provedor da família são dimensões culturalmente centrais na identidade masculina. Nesse contexto, o desemprego ou mesmo a ausência de trabalho formal (com carteira assinada) pode trazer consigo uma série de impactos concretos e simbólicos para a vida dos homens.



REFLITA

Como diz o ditado, “*o trabalho dignifica o homem*”. Mesmo sabendo que tal ditado mostra-se importante para homens e mulheres, pare e pense por um momento sobre o que significa estar desempregado para os homens e para as mulheres.

O que comumente se observa é que a pressão social relacionada ao trabalho é ainda mais sentida entre os homens e, com isso, a angústia e o sofrimento relacionado ao desemprego são ainda mais sentidos entre estes.

Atenção

Você precisa estar atento para situações em que os homens perdem ou são afastados das suas atividades produtivas, pois é comum que o desemprego na população masculina favoreça o aparecimento de inúmeros processos de adoecimento. Muitas vezes, em razão da forma como se enfrenta a situação de desemprego, é possível haver aumento de estresse, envolvimento com álcool e outras drogas, situações de violência e problemas psicológicos.

VAMOS EXERCITAR!



- ✓ Analisar o local de trabalho e o conjunto de especificidades sociais, culturais e sanitárias.
- ✓ Verificar a que riscos esse trabalhador está exposto, que podem ser: físicos (calor, umidade, frio, pressão, raio ionizante, vibrações) químicos (ácidos, solventes, metais, agrotóxicos), biológicos (bactérias, vírus, parasitas), ergonômicos (atividade repetitiva, postura inadequada, iluminação ou ventilação inadequada), mecânicos (máquinas e equipamentos sem proteção ou com defeitos).
- ✓ Trabalhar com esses homens a questão dos cuidados no ambiente de trabalho, pois estes podem, inclusive, atuar como vetores, transmitindo algumas doenças à família e à comunidade.
- ✓ Estimular uma conversa cuidadosa da equipe com esses homens sobre os limites do próprio corpo, que pode envolver o uso de equipamentos de proteção individual, vulnerabilidades e possibilidades de autocuidado.
- ✓ Verificar quais são as expressões específicas de violência e de tensão social que geralmente podem estar ligadas ao perfil cultural, econômico e produtivo da região em que os homens estão.

SAÚDE MENTAL

“Existe um componente de sofrimento subjetivo associado a toda e qualquer doença, às vezes atuando como entrave à adesão a práticas preventivas ou de vida mais saudáveis. Poderíamos dizer que todo problema de saúde é também – e sempre – mental, e que toda Saúde Mental é também – e sempre – produção de saúde. Nesse sentido, será sempre importante e necessária a articulação da Saúde Mental com a Atenção Primária”. (Brasil, 2003, p.3).

Quando saber se uma pessoa necessita de cuidado em Saúde Mental?



A necessidade de cuidados em Saúde Mental passa pela avaliação dos sintomas de sofrimento psíquico. Os homens, muitas vezes, acabam expressando seu sofrimento de uma forma diferente, pouco clara. Problemas na vida sexual, como a disfunção erétil e a ejaculação precoce, também são comuns nesse momento.

Muitas vezes, só conseguimos descobrir os sinais de sofrimento em um homem quando este afeta sua atividade produtiva, ele não consegue ir ao trabalho, ou quando desencadeia uma doença orgânica, como uma hipertensão ligada a estresse e à ansiedade. Por vezes, esquecemos também da série de emoções despertadas no homem pelos acontecimentos típicos do ciclo de vida, como tornar-se pai, perder o emprego, perder um ente querido e ter problemas no relacionamento conjugal.

O que é sofrimento psíquico?

Sofrimento não é o mesmo que dor, embora a dor possa levar a um sofrimento, mas não é qualquer dor que nos faz sofrer. Da mesma forma, o sofrimento não equivale a uma perda, embora as perdas possam, ocasionalmente, nos fazer sofrer.” (CAB 34, p.32)

No caso do sofrimento psíquico, entra em jogo o medo de ser considerado louco e até de ser internado. Por outro lado, o homem pode temer por manchar a sua imagem social, já que, em muitos círculos, ainda se entende o sofrimento psíquico como uma forma de “fraqueza” ou “frescura”.

Lembremos que os homens são acometidos por muitos acidentes e situações de violência, experiências essas que podem deixar marcas profundas e devem ser acompanhadas pela equipe de saúde também a partir da experiência subjetiva do usuário, junto dos cuidados com o corpo, ajudando-o a recuperar-se de forma integral. Além disso, os homens têm uma propensão bastante maior a cometer suicídio que as mulheres, muito devido à dificuldade de buscar ajuda e de encontrar um lugar legítimo para seu sofrimento na sociedade.

O que você pode fazer?



É importante ajudar o usuário a dissolver os pré-conceitos que tem sobre o sofrimento psíquico, colocando que é algo que pode acometer qualquer um, não sendo uma fraqueza ou debilidade, muito menos uma via sem saída. Há cada vez mais divulgação sobre os transtornos psiquiátricos na sociedade, feita, muitas vezes, de forma irresponsável, gerando medo e estigmas.

Os ACS tem um papel importante nesse cenário: por meio de suas visitas domiciliares, de cadastro e de monitoramento, eles têm acesso aos casos em situação de maior vulnerabilidade e muitas vezes não conseguem formular um pedido de cuidado à UBS. No caso da Saúde do Homem, o ACS passa a ter um papel fundamental no reconhecimento do usuário em sofrimento psíquico.

A percepção do Agente Comunitário de Saúde, muitas vezes intuitiva, é uma boa ferramenta para detectar e ajudar os homens em sofrimento. O ACS traz para a reunião de equipe relatos, a partir de visitas domiciliares, bem focados na atenção para as modificações nas relações da família, como “ele costumava ficar com a gente na sala conversando, agora janta e vai direto para a cama” e para as mudanças de comportamentos do homem em relação às atividades prazerosas “ele nunca mais encontrou os amigos para a feijoada no final de semana”.

Devemos prestar atenção nas queixas dos homens, nas suas manifestações em relação às alterações físicas e mentais e como isso gera problemas na sua vida em família, no trabalho

e nos eventos sociais. A partir daí, pensar, junto à equipe de saúde, qual o atendimento necessário para cada usuário.

Não podemos confundir!

É importante diferenciar a demanda da equipe da da família, para, em um primeiro momento, focar-se na demanda do homem, e no cuidado que ele pode pedir naquele momento.

Por exemplo, para a equipe da UBS e para a família do usuário, o principal problema de um homem pode ser o fato de ele ter parado de procurar emprego e passar o dia inteiro deprimido, sentado no sofá vendo televisão. Porém, para o homem, sua principal questão pode ser uma dor de dente que o dificulta para comer o churrasco com os amigos aos domingos.

Nesse caso, podemos marcar uma consulta com o dentista e, a partir desse primeiro vínculo resolutivo para sua demanda, em que sua dor de dente é sanada, criamos um diálogo com esse homem para oferta de uma abordagem em saúde mental, e, ao mesmo tempo, fugimos da tentativa de empurrar uma avaliação médica na qual o usuário não tem interesse.

VAMOS EXERCITAR!



- ✓ Quais são as principais formas de sofrimento mental que você identifica nos homens do seu território?
- ✓ O que você faz para cuidar da sua saúde mental? E o que a sua equipe oferece para as pessoas cuidarem de sua saúde mental? A partir da diferença entre as respostas das duas questões, pense quais ações cotidianas podem ser utilizadas no cuidado aos homens do território.
- ✓ Quais os lugares de sua comunidade que produzem alegria e prazer no convívio dos homens do território? Como eles podem ser utilizados no cuidado em saúde mental?

USO ABUSIVO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS



Outras situações, que envolvem o território em que o ACS trabalha, são o uso de drogas, o tráfico ilegal de substâncias e os eventuais danos causados pelo seu uso abusivo, todos esses fatores fazem parte da dinâmica cultural de determinados grupos de pessoas. Por exemplo, em determinadas comunidades das grandes cidades, a participação no tráfico ilegal de drogas às vezes é uma alternativa de trabalho e de geração de renda para seus/suas moradores/as.

Há uma associação estigmatizada do uso de drogas às práticas de delinquência e à violência dos/as usuários/as, por isso temos que compreender o contexto no qual se dá o tráfico, o uso e o abuso de substâncias para evitarmos a produção de mais estigmas e exclusões sociais. Nesse sentido, os julgamentos morais e ideias pré-concebidas de “certo” e “errado” dificultam em muito uma atitude resolutiva e ética que o/a ACS precisa tomar em relação à promoção da saúde das pessoas que vivem no território no qual atua.

O trabalho do ACS é de precisamente superar qualquer processo que produza mais exclusão, mais segregação e mais estigma – pois exclusão, segregação e estigma não contribuem para a garantia da atenção integral à saúde.

REDUÇÃO DE DANOS: UM MODO DE LIDAR COM O USO ABUSIVO DE SUBSTÂNCIAS

É importante salientar que essas ações visam à redução das consequências negativas para a saúde que o uso e abuso de drogas pode acarretar, sem implicar na adoção de julgamentos morais sobre os/as usuários/as.



PERGUNTAS E RESPOSTAS

Sugerir a abstinência é uma alternativa viável para o/a ACS?

Na perspectiva da Redução de Danos, não. Porque a sugestão de abstinência a um usuário pode prejudicar a construção do vínculo e do acolhimento ao usuário/a, ao desprezar o uso de substâncias como algo que participa da vida daquela pessoa.

Identificar que uma pessoa usa drogas pode contribuir para a promoção de saúde?

Sim. Essa é uma informação relevante que pode contribuir para a construção de um projeto terapêutico singular, por exemplo. As equipes de saúde dos serviços de referência podem produzir ações de cuidado em relação a indivíduos e a coletivos de pessoas usuárias de drogas de maneira integral e resolutive, se souberem identificar e abordar as formas como se dá o uso, sem fazer um julgamento em relação a isso.

Apenas dar informações sobre os danos causados pelo uso de drogas é uma abordagem resolutive para pessoas usuárias?

Não. Pessoas usuárias de drogas apresentam maiores chances de mudança de comportamento quando percebem que o uso é responsável por eventuais problemas de saúde e quando percebem que relacionam o uso a outros problemas que tenham em suas vidas.

Se um/a ACS encontra uma pessoa usuária de drogas em estado de grande fragilidade decorrente do uso (por exemplo, em estado de overdose), ele/a deve encaminhar essa pessoa a um hospital psiquiátrico?

Não. A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) dispõe de serviços como o Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Outras Drogas (CAPS-AD) e as Unidades de Acolhimento (UA), equipamentos que podem dar atenção integral e resolutiva a casos como esse, sem necessariamente implicar na internação dessa pessoa em um hospital psiquiátrico. Os CAPS-AD e as UA são componentes de uma rede de proteção social e de promoção da saúde especializados em casos que envolvem o uso e abuso de álcool e de outras drogas, contando com profissionais qualificados para realizar esse serviço. As/os ACS devem conhecer quais desses serviços estão disponíveis em seu território para poderem encaminhar pessoas que necessitem de atenção especializada.

O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL E AS REDES DE APOIO

CONHEÇA A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS)!



A RAPS é uma das redes de atenção à saúde do SUS. Para entender como se organiza a RAPS, **leia a Portaria 3088, de 23 de dezembro de 2011**. A RAPS é formada por 7 componentes: Saúde mental na Atenção Básica, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); Atenção de Urgência e Emergência; Atenção Residencial de Caráter Transitório; Atenção Hospitalar, Estratégias de Desinstitucionalização; e Estratégias de Reabilitação Psicossocial. É importante que você conheça os componentes da RAPS, especificamente aqueles que são especializados na atenção à saúde relacionada ao uso de álcool e de outras drogas, como os CAPS – AD.

A atuação do ACS diretamente na demanda do usuário faz parte de seu olhar interdisciplinar para os diversos profissionais de saúde de sua equipe. Você deve saber estimular esse olhar transversal dentro de seu núcleo de atuação.

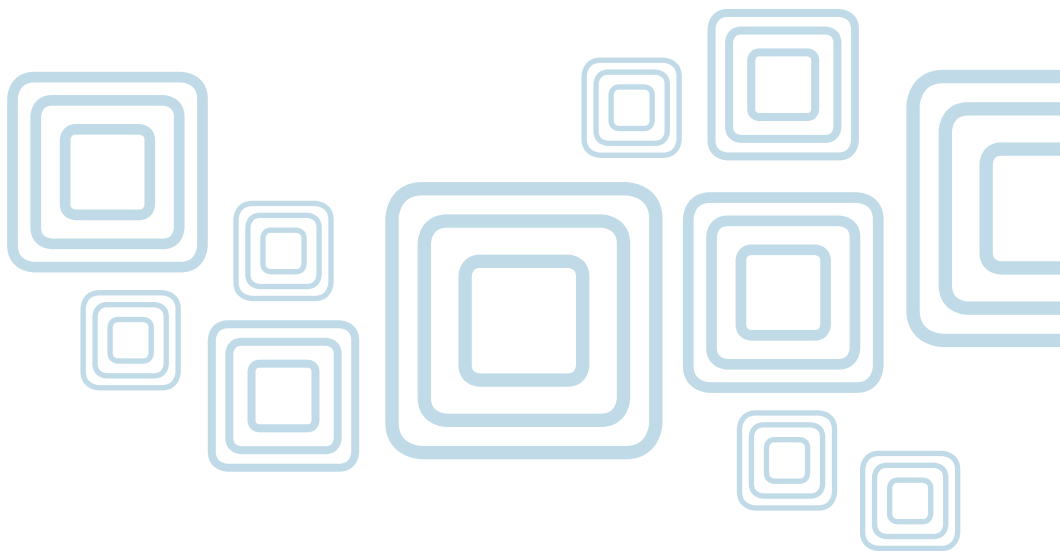
No cuidado em saúde mental, é essencial a utilização das redes de apoio e dos recursos comunitários, aos quais o ACS tem maior facilidade de acesso. Atividades de lazer, de esporte e de convivência, como as realizadas em diversos centros comunitários, praças, casas de religião, espaços de entretenimento noturno são muito importantes para que as pessoas se recuperem de estados de intenso sofrimento psíquico.

Além dos recursos comunitários identificados, há os espaços oferecidos pela UBS, como grupos de caminhada e grupos de convivência. Ambos devem ser considerados na formulação do plano terapêutico junto ao usuário.

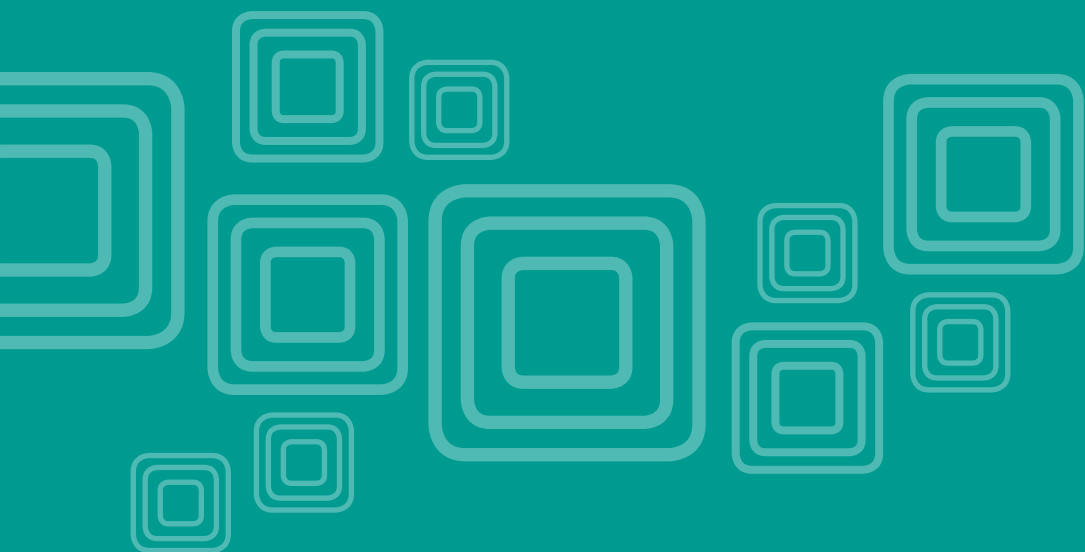
Assim, pergunte ao homem o que ele gosta de fazer, o que lhe dá prazer. Por exemplo, se o homem chega de outra cidade, tem uma religião e quer seguir praticando, podemos indicar o centro religioso mais próximo. Se o homem está se sentindo sozinho e gostaria de buscar novos amigos, podemos apresentá-los aos vizinhos e indicar a praça do bairro onde eles se encontram para jogar futebol.

A atenção Básica deve oferecer um cuidado integral aos usuários. Portanto, é responsabilidade de todos os profissionais da equipe atender casos de Saúde Mental.

O ACS é parte fundamental de uma equipe de saúde, ele é o elo entre a UBS e a comunidade e junto à equipe deve sistematicamente discutir as situações que envolvem demandas de sofrimento psíquico.



Então vamos lá...



Vimos ao longo deste guia que os homens não costumam procurar os serviços de saúde; a baixa procura tem o fator cultural como uma das explicações: o homem é criado para ser provedor, ser forte, não chorar, não adoecer. Para muitos, doença é sinal de fragilidade, de fraqueza. Isso faz com que não busquem antecipadamente ajuda nos serviços de saúde, levando-os à morte por doenças que, se diagnosticadas mais cedo, poderiam ter sido evitadas.

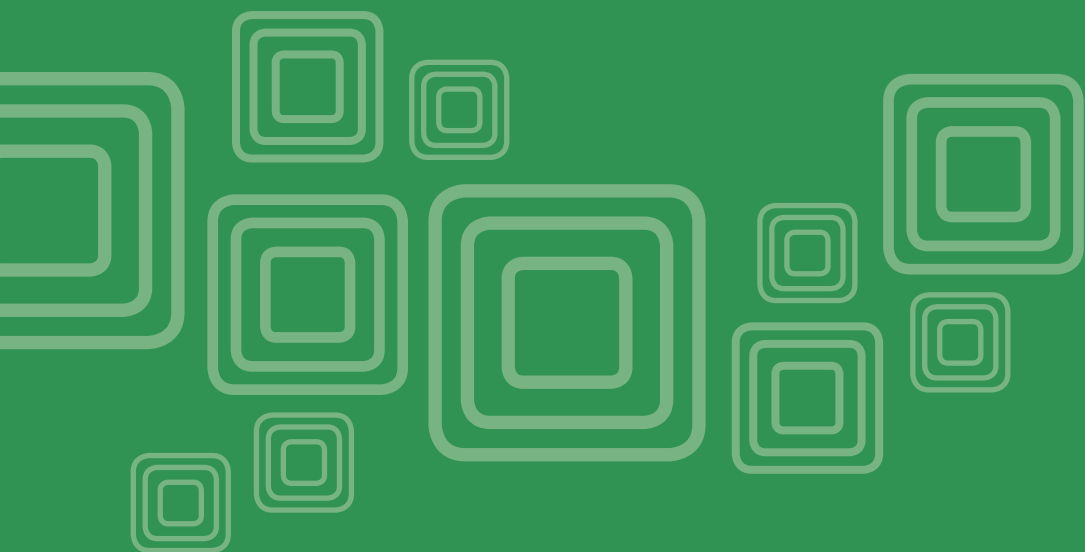
É preciso que você, junto com sua equipe da Atenção Básica, busque estratégias para um melhor acolhimento aos homens nas UBS. O ACS deve, portanto:

- ✓ Orientar esses usuários a procurarem o serviço de saúde para prevenir e tratar doenças, como pressão alta, alteração do colesterol, diabetes, infarto, derrame, problemas respiratórios, câncer, uso de álcool, tabaco e outras drogas, dentre outras;
- ✓ Orientar sobre sexualidade saudável, sem risco de adquirir doenças sexualmente transmissíveis;
- ✓ Despertar nos homens a paternidade ativa e consciente, estimulando sua participação ativa no pré-natal, no parto, no pós-parto, nas visitas ao pediatra e na criação dos filhos
- ✓ Estar atento também às várias manifestações que possam indicar suspeita de violência.

Algumas ações são muito importantes e irão contribuir para que estas estratégias se efetivem: semana de promoção da saúde do homem; campanhas voltadas para esse público; distribuição de materiais gráficos educativos; reuniões com os homens; dentre outras. Com esse trabalho conjunto, humanizado e regionalizado, há um estímulo maior para o autocuidado do homem e para que este viva de uma forma mais saudável, dentro de sua realidade.

Esperamos que esse guia tenha ajudado a ampliar o acesso com qualidade da população masculina às ações e aos serviços de assistência integral à saúde da Rede SUS, mediante a atuação nos aspectos socioculturais, sob a perspectiva relacional de gênero, contribuindo de modo efetivo para a redução da morbidade, da mortalidade e para a melhoria das condições de saúde.

Referências



Brasil, Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde Mental e Coordenação de Gestão da Atenção Primária. Saúde Mental e Atenção Primária: o vínculo e o diálogo necessários. Brasília/DF, 2003.

Araújo EM, Costa MCN, Hogan VK, Mota ELA, Araújo TM, Oliveira NF. Diferenciais de raça/cor da pele em anos potenciais de vida perdidos por causas externas. Rev Saúde Públ [online]. 2009;43(3):405-12.

Ayres, JRCM. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. Interface - Comunic., Saúde, Educ., v.8, n.14, p.73-92, set.2003-fev.2004.

Batista, LE. Masculinidade, raça/cor e saúde. Ciênc Saúde Coletiva.2005;10:71-80.

Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde do homem: princípios e diretrizes. Brasília, Editora do Ministério da Saúde, 2009.

Brasil, Perfil da situação de saúde do homem no Brasil. Erly Moura. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2012.

Bourdieu, P. *A dominação masculina*. Rio de janeiro: Bertrand,2010.

Carrara S, Russo J, Faro L. A política de atenção à saúde do homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino. Physis 2009; 19(3):659-678.

Connell, R. Masculinities: knowledge, power and social change. Berkeley, Los Angeles, University of California Press, 1995.

Connell, RW and Messerschmidt, J. W. Hegemonic Masculinity: Rethinking the Concept. Gender and Society, Vol. 19, No. 6 (Dec., 2005), pp. 829-859.

Courtenay WH. Constructions of Masculinity and their Influence on Men's well-being: a theory of gender and health. SocSci Med 2000; 50:1385-401.

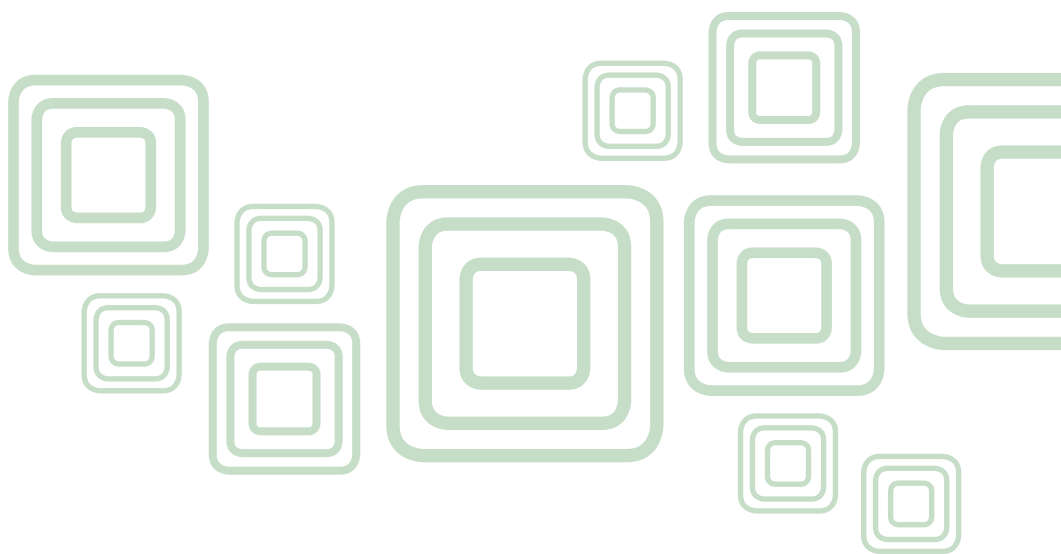
Couto MT, Pinheiro TF, Valença O, Machin R, Nogueira-Silva GS, Gomes R, Schraiber, LB, Figueiredo, WS. O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. Interface Comun Saúde Educ 2010; 14(33):257-270.

Couto, MT; Gomes, R. Homens, saúde e políticas públicas: a equidade de gênero em questão. Cienc. Saude Colet., v.17(10), p.2569-78, 2012.

Doyal L. Gender equity in health: debates and dilemmas. Social Science & Medicine 2000; 51: 931-939.

Figueiredo, W.S.; Schraiber, L.B. Concepções de gênero de homens usuários e profissionais de saúde de serviços de atenção primária e os possíveis impactos na saúde da população masculina, São Paulo, Brasil. Cienc. Saude Colet., v.16, suppl.1, p.935-44, 2011.

- George MJ. Into the eyes of medusa: beyond testosterone, men and violence. *The Journal of Men's Studies*. 1997; 5(4): 295-314.
- Giffin K. Pobreza, desigualdade e equidade em saúde: considerações a partir de uma perspectiva de gênero transversal. *Cad. Saúde Pública* 2002, vol.18 (suplem.): 103-112.
- Trindade, Z.T. et al. Masculinidades e saúde: produção científica e contexto. Vitória: GM, 2011. TROJIAN, T.H., LISHNAK, T.S., HEIMAN, D. Epididymitis and orchitis: an overview. *Am Fam Physician* v.79, n.7, p.583-7, 2009.
- WHO (World Health Organization). International statistical classification of diseases and related health problems (ICD 10)- 10th ed. Geneva, 2010. Disponível em: <<http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en>>. Acesso em:11/04/12.
- Wilbur, J. Prostate cancer screening: the continuing controversy. *American Family Physician*, v.78, n.12, p.1377-84, 2008.
- Wilt JT, et al. Radical prostatectomy versus observation for localized prostate cancer. *N Engl J Med*, v. 367, n.3, p.203-13, 2012.
- Workowski, K.A., Berman, S. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2010. *MMWR Recomm Rep*. v.59, n.12, p.1-110,2010.
- Zeegers, M.P.A., Jellema, A., Ostrer, H.. Empiric risk of prostate carcinoma for relatives of patients with prostate carcinoma: a meta-analysis. *Cancer*, v.97, n.8, p.1894-903. 2003.





MINISTÉRIO DA
SAÚDE



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



INSTITUTO NACIONAL
DE SAÚDE DA MULHER, DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE | FERNANDES FIGUEIRA



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



IFF

INSTITUTO NACIONAL | FERNANDES FIGUEIRA
DE SAÚDE DA MULHER, DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

