

Eduardo Schwarz^IRomeu Gomes^{II}Márcia Thereza Couto^{III}Erly Catarina de Moura^{IV}Sarah de Araújo Carvalho^ISimione Fátima Cesar da Silva^I

Política de saúde do homem

Men's health policy

RESUMO

No artigo discute-se a articulação entre sistemas de informações epidemiológicas, produção científica e políticas de saúde de assistência à saúde do homem. Foram utilizadas três fontes secundárias: dados do Ministério da Saúde (Sistemas de Informação sobre Mortalidade e Hospitalar, Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico), artigos publicados na SciELO e documentos do Ministério da Saúde referentes à saúde do homem. Os resultados apontam que, em termos de morbimortalidade, os homens estão mais expostos a riscos do que as mulheres. Na produção científica, predominam estudos que focalizam os agravos e doenças exclusivamente masculinos em detrimento de outros aspectos relacionados à saúde. Documentos legais destacam o panorama epidemiológico de morbimortalidade masculina e a metodologia de elaboração da política. É necessário que os pesquisadores ampliem a utilização dos dados dos sistemas de informações epidemiológicas do Ministério da Saúde e procedam à incorporação crítica da perspectiva relacional de gênero.

DESCRITORES: Saúde do Homem. Perfil de Saúde. Registros de Doenças. Registros de Mortalidade. Política de Saúde. Gênero e Saúde.

ABSTRACT

The paper discusses the articulation among epidemiological information systems, scientific production and men's health policies. Three secondary sources were used: data from the Ministry of Health (Mortality and Hospital Information Systems, Surveillance of Protection and Risk Factors for Chronic Diseases through Telephone Survey), papers published in SciELO, and documents of the Ministry of Health regarding men's health. The results indicate that, in terms of morbidity and mortality, men are more exposed to risks than women. In the scientific production, studies focus predominantly on injuries and diseases that affect exclusively the male population, to the detriment of other health-related aspects. Legal documents highlight the epidemiological panorama of male morbidity and mortality and the policy-making methodology. Researchers need to expand the use of data from the epidemiological information systems of the Ministry of Health and to incorporate the gender relational perspective critically.

DESCRIPTORS: Men's Health. Health Profile. Diseases Registries. Mortality Registries. Health Policy. Gender and Health.

^I Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Secretaria de Atenção à Saúde. Ministério da Saúde. Brasília, DF, Brasil

^{II} Instituto Fernandes Figueira. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, RJ, Brasil

^{III} Departamento de Medicina Preventiva. Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil

^{IV} Departamento de Análise da Situação de Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde. Brasília, DF, Brasil

Correspondência | Correspondence:
Eduardo Schwarz
SAF SUL Trecho 02, Bloco F,
Lote 05/06, Torre II
Ed. Premium, Térreo, Sala 16
70070-600 Brasília, DF, Brasil
E-mail: eduardo.chakora@saude.gov.br

Recebido: 22/2/2012
Aprovado: 21/9/2012

Artigo disponível em português e inglês em:
www.scielo.br/rsp

INTRODUÇÃO

Os primeiros estudos acerca da saúde de homens surgiram no final dos anos 1970, nos Estados Unidos. Voltados principalmente para problemas de saúde, parte deles apontava que, embora mais poderosos do que as mulheres, os homens estavam em desvantagem em relação às taxas de morbimortalidade.⁹ A partir dos anos 1990 a abordagem focaliza as singularidades de homens no processo saúde-doença, a partir de uma perspectiva relacional de gênero.^{8,34}

Nos primeiros anos do século XXI, a temática “saúde do homem” passou a ser objeto de vários estudos internacionais. Revisão de McKinlay^a lista cinco hipóteses explicativas das diferenças entre homens e mulheres quanto à morbimortalidade: especificidades biológico-genéticas; diferenças sociais e étnicas e desigualdades sociais; associação entre condutas e distintas expectativas sociais; busca por e uso de serviços de saúde; cuidados de profissionais de saúde voltados para homens.²⁴

Estudo de revisão da literatura nacional²⁰ confirma revisões internacionais:^{8,a} homens morrem mais do que as mulheres pelas principais causas de morte; determinados modelos de masculinidade podem trazer comprometimentos para a saúde dos homens; os homens são os principais atores na violência cometida contra mulheres, crianças, outros homens e contra eles mesmos; o desemprego compromete o bem-estar masculino e pode se relacionar a suicídios de jovens.

Após consulta pública em 2009, foi lançada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH)^b pelo Ministério da Saúde. A PNAISH destaca a singularidade masculina nos seus diversos contextos socioculturais e político-econômicos, bem como aponta princípios para o aumento da expectativa de vida e a redução dos índices de morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis na população masculina de 20 a 59 anos.

Nos últimos anos os homens têm tido destaque na agenda de três campos do setor saúde: sistemas de informação epidemiológica, produção científica e políticas. É fundamental saber quais questões e conclusões permeiam esses campos e, ainda, compreender em que medida esses campos se integram ou se afastam em direção da solução dos problemas relacionados à temática. Nesse sentido, o estudo teve por objetivo discutir a articulação entre sistemas de informação epidemiológica, produção científica e políticas das ações voltadas para a assistência à saúde do homem.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Inicialmente, realizou-se uma descrição epidemiológica para o sexo masculino de dados populacionais de mortalidade, morbidade e fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis. As fontes pesquisadas foram: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), Sistema de Informação Hospitalar (SIH), Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), todas do Ministério da Saúde. A distribuição populacional foi calculada para 2010 por faixa etária (20-29, 30-39, 40-49, 50-59 anos de idade) e Unidade da Federação. Quanto à mortalidade e morbidade foram selecionadas as principais causas de óbito em 2009 e de internação em 2010, analisadas conforme faixa etária. Taxa de mortalidade foi calculada para 2009 e de internação para 2010, também por faixa etária e região de moradia. As estimativas de fatores de risco foram calculadas por faixa etária para o conjunto dos homens residentes nas capitais de estados brasileiros e no Distrito Federal, utilizando-se fatores de ponderação pós-estratificação.

Em seguida, no sentido de se obter um panorama geral da produção do conhecimento sobre a saúde do homem, foi feito um levantamento de artigos científicos publicados na biblioteca virtual SciELO em 31 de dezembro de 2011, com as palavras “homem” e “saúde” no campo “assunto”, sendo encontrados 12 artigos. Outra busca com as palavras “homens” e “saúde” retornou 30 publicações. Reunindo as duas buscas e excluindo os títulos repetidos, ficaram 39 artigos. Após a leitura destes, foram retirados três: dois por tratarem especificamente de padrões acústicos e voz masculina e outro que abordava a espécie humana em geral. Dois artigos foram considerados como uma só produção por se tratar do mesmo estudo, um publicado num periódico em inglês e outro em português. Assim, o *corpus* da análise foi constituído por 35 fontes. Esse *corpus* foi descrito quanto a: ano, área de publicação, método e faixa etária contemplada. Na sequência, com base na leitura crítica das fontes, os artigos foram classificados segundo temáticas que sintetizassem seus conteúdos centrais e, depois, foram analisadas as abordagens utilizadas em cada temática e identificadas as premissas presentes implícita ou explicitamente nas temáticas.

Por último, foram analisados documentos do Ministério da Saúde referentes à PNAISH, considerando-se duas publicações (Plano de Ação Nacional

^a McKinlay E. Men and health: a literature review. Wellington: Wellington School of Medicine and Health Sciences, Otago University; 2005 [citado 2009 jul 21]. Disponível em: [www.phac.health.govt.nz/moh.nsf/pagescm/766/\\$File/mens-health-literature-review.pdf](http://www.phac.health.govt.nz/moh.nsf/pagescm/766/$File/mens-health-literature-review.pdf)

^b Ministério de Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes. Brasília, DF; 2008 [citado 2009 jul 21]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/PT-09-CONS.pdf>

da PNAISH^c e o documento PNAISH: princípios e diretrizes) e quatro Portarias que tratam exclusivamente dessa política.^{d,e,f} Nessas fontes focalizaram-se os objetivos, contextos e estratégias de ações voltadas à saúde do homem a partir de uma análise de conteúdo temática dos aspectos focalizados.

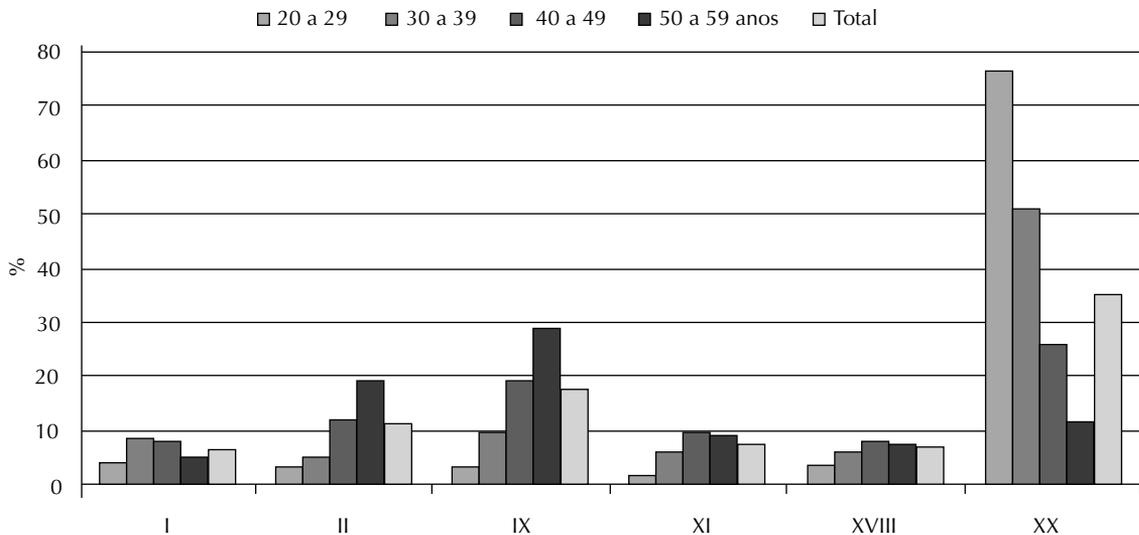
INFORMAÇÕES EPIDEMIOLÓGICAS RELACIONADAS À SAÚDE DO HOMEM

A população brasileira em 2010 foi contabilizada em pouco mais de 190 milhões de habitantes, dos quais 49,0% era do sexo masculino. Desses, 56,0% estavam na faixa entre 20 e 59 anos, e a distribuição por região, em ordem crescente, é: Centro-Oeste (7,6%), Norte (7,9%), Sul (14,8%), Nordeste (26,2%, com destaque para a Bahia, com quase 3,7 milhões de homens) e Sudeste (43,5%) da população nessa faixa de idade, com destaque para o Estado de São Paulo, com quase 12 milhões.

Em relação ao perfil de mortalidade, são seis as principais causas de óbitos na faixa de 20 a 59 anos em

todo o País: causas externas de morbidade e mortalidade; doenças do aparelho circulatório; neoplasias (tumores); doenças do aparelho digestivo; sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e laboratoriais; e algumas doenças infecciosas e parasitárias (Figura 1). A posição muda conforme a faixa de idade: entre os mais jovens (20 a 29 anos), as três primeiras são causas externas de morbidade e mortalidade; sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e laboratoriais; e algumas doenças infecciosas e parasitárias; entre 30 e 39 anos de idade: causas externas de morbidade e mortalidade; doenças do aparelho digestivo; e algumas doenças infecciosas e parasitárias; entre 40 e 49: causas externas de morbidade e mortalidade; as doenças do aparelho circulatório e as neoplasias (tumores); e 50 a 59 anos: neoplasias (tumores); as doenças do aparelho circulatório e causas externas de morbidade e mortalidade.

Quanto à morbidade, sete causas respondem pela interinação da maioria dos homens, em ordem decrescente de ocorrência: lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas; doenças do aparelho



I: Algumas doenças infecciosas e parasitárias; II: Neoplasias (tumores); IX: Doenças do aparelho circulatório; XI: Doenças do aparelho digestivo; XVIII: Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e laboratoriais; XX: Causas externas de morbidade e mortalidade
Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações sobre Mortalidade. Acesso em 4/11/2011.

Figura 1. Porcentagem (%) das principais causas de mortalidade em homens por faixa etária. Brasil, 2009.

^c Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Plano de Ação Nacional 2009-2011 da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes. Brasília, DF; 2009.

^d Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.209, de 18 de dezembro de 2009. Apóia a implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem por meio de repasse de incentivo financeiro. Brasília, DF; 2009 [citado 2012 out 25]. Disponível em: ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpssp/bibliote/informe_eletronico/2011/iels.nov.11/iels216/U_PT-MS-GM-2708_171111.pdf

^e Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.708, de 17 de novembro de 2011. Apóia a implantação e a implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem por meio de repasse de incentivo financeiro único. Brasília, DF; 2011 [citado 2012 out 25]. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/saudelegis/gm/2011/prt2708_17_11_2011.html

^f Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.008, de 4 de maio de 2010. Expansão da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem por meio de repasse de incentivo financeiro. Brasília, DF; 2010 [citado 2012 out 25]. Disponível em: <http://www.brasilus.com.br/legislacoes/gm/103938-1008>

digestivo; doenças do aparelho circulatório; algumas doenças infecciosas e parasitárias; doenças do aparelho respiratório; transtornos mentais e comportamentais; e neoplasias. As lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas são a primeira causa de internação para homens entre 20 e 49 anos de idade e a terceira para aqueles entre 50 e 59 anos; as doenças do aparelho digestivo são a segunda causa para todas as faixas etárias; a terceira causa são algumas doenças infecciosas e parasitárias para homens de 20 a 29 anos, transtornos mentais e comportamentais entre 30 e 39 anos e doenças do aparelho circulatório entre 40 e 49 anos. Para os homens de 50 a 59 anos, a principal causa de internação são as doenças do aparelho circulatório (Figura 2).

As maiores prevalências de fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis são insuficiente atividade física no tempo livre (IAFTL) e baixo consumo de frutas, legumes e verduras, seguidos por excesso de peso, consumo de gorduras saturadas, consumo de refrigerantes, baixo consumo de feijão, consumo abusivo de bebidas alcoólicas, tabagismo, sedentarismo, hipertensão arterial, obesidade e diabetes (Figura 3). Após ajuste para anos de estudo, é significativo o aumento da prevalência de obesidade, excesso de peso, IAFTL, sedentarismo, hipertensão e diabetes com o aumento da idade. A prevalência de diabetes é 14,6 vezes maior entre homens de 50 a 59 anos de idade, quando comparados aos mais jovens (dados não mostrados). O consumo abusivo de bebidas alcoólicas, de gorduras saturadas e de refrigerantes diminui nas idades mais avançadas. Tabagismo, o

baixo consumo de frutas, legumes e verduras e o baixo consumo de feijão não sofrem alteração com a idade.

PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO SOBRE A SAÚDE DO HOMEM

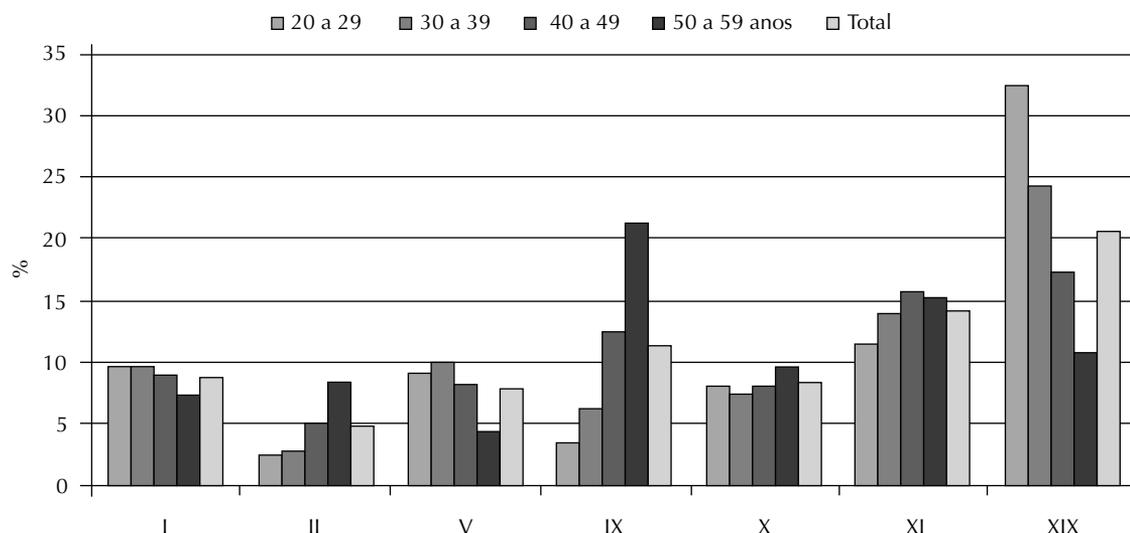
A primeira publicação encontrada era de 2002, oscilando de uma a seis publicações ao ano, atingindo 11 em 2011.

A Saúde Coletiva concentrou a maior parte da produção (24), seguida da Enfermagem (4), Medicina (3), Saúde-Educação-Informação (2) e Psicologia (1).

Sobressaem-se os estudos de campo com abordagem qualitativa (14) e os de abordagem quantitativa (12). Os demais desenhos encontrados foram: revisão (5), ensaio teórico (2), relato de experiência (2) e análise documental (1).

A maioria dos artigos (22) classificou os homens em faixa etária, sendo 18 a 59 anos o intervalo mais comum.

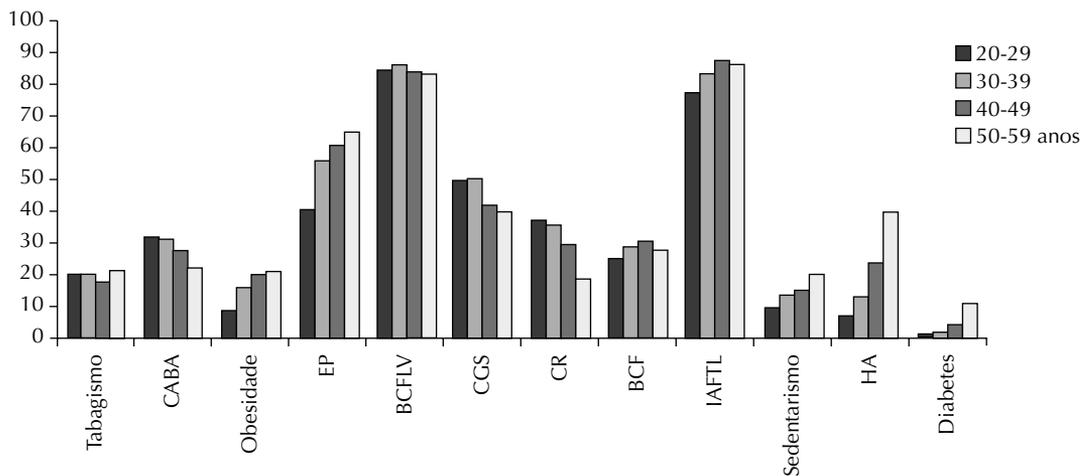
Os artigos foram classificados em sete principais temáticas (Tabela), predominando doenças e agravos da saúde masculina. Em “doenças e agravos”, 12 artigos tratam de doenças direta ou indiretamente relacionadas à sexualidade ou ao sistema geniturinário. Doenças cardiovasculares, responsáveis por alta morbimortalidade masculina, são assunto de apenas um artigo. Em geral, os estudos situam os sujeitos masculinos somente em faixas etárias, não considerando cor de pele e classe social. À exceção de Antunes et al² e Rebello et al,³² que abordam questões relacionadas à aids, os demais



I: Algumas doenças infecciosas e parasitárias; II: Neoplasias (tumores); V: Transtornos mentais e comportamentais; IX: Doenças do aparelho circulatório; X: Doenças do aparelho respiratório; XI: Doenças do aparelho digestivo; XIX: Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas.

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde. Acesso em 5/11/2011.

Figura 2. Porcentagem (%) das principais causas de internação em homens por faixa etária. Brasil, 2010.



CABA: consumo abusivo de bebidas alcoólicas; EP: excesso de peso; BCFLV: baixo consumo de frutas, legumes e verduras; CGS: consumo de gorduras saturadas; CR: consumo de refrigerantes; BCF: baixo consumo de feijão; IAFTL: insuficiente atividade física no tempo livre; HA: hipertensão arterial.

Fonte: Ministério da Saúde. Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico.

Figura 3. Prevalência (%) de fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis em homens por faixa etária. Brasil, 2010.

artigos não consideraram os homens como sujeitos genericados a partir de modelos culturais. Os homens tendem a serem vistos como uma variável de sexo ou se privilegia a descrição de características de uma doença sem levar em conta as especificidades dos sujeitos da doença. As abordagens baseiam-se quase exclusivamente na epidemiologia ou na biomedicina.

Na temática “saúde em geral”, os assuntos mais recorrentes são masculinidades e saúde; necessidades de saúde; subjetividade e representações sociais. À exceção do último assunto, os demais se baseiam nos referenciais da integralidade e da promoção da saúde. Todos tomam

como referência a perspectiva relacional de gênero. Com base nessa perspectiva, destacam-se as seguintes premissas acerca dos homens: eles têm maior dificuldade em construir sua identidade do que as mulheres;⁵ encontram-se em situação de saúde desfavorável;¹⁴ costumam ser percebidos como sexualmente infectantes, pouco envolvidos na saúde reprodutiva e agentes da violência contra as mulheres;²⁰ veem-se como responsáveis pela prevenção da sua própria saúde, reforçando a associação masculinidade e independência;³² precisam ser vistos em sua singularidade nas relações de gênero³³ e, assim como as mulheres, não devem ter suas necessidades de saúde reduzidas à medicalização.^{33,37}

Tabela. Distribuição das fontes bibliográficas por temática.

Tema	Autores	n
Atenção Primária	Couto et al ¹⁰ (2010), Figueiredo ¹⁴ (2005), Gomes et al ²¹ (2007), Gomes et al ²² (2011), Gomes et al ²³ (2011), Gomes et al ²⁵ (2011), Machin et al ²⁷ (2011).	7
Doenças e agravos	Amorim et al ¹ (2011), Antunes et al ² (2002), Araújo & Leitão ³ (2005), Eyken & Moraes ¹² (2009), Ferreira et al ¹³ (2008), Garrido et al ¹⁸ (2007), Marianelli & Nadal ²⁸ (2010), Medeiros et al ²⁹ (2011), Paiva et al ³¹ (2010), Rebello et al ³² (2011), Silva et al ³⁵ (2009), Silva et al ³⁶ (2009).	12
Política e planejamento	Bursztyn ⁶ (2008), Carrara et al ⁷ (2009).	2
Saúde em geral	Braz ⁵ (2005), Figueiredo & Schraiber ¹⁵ (2011), Gomes & Nascimento ²⁰ (2006), Nascimento et al ³⁰ (2011), ³⁰ Schraiber et al ³³ (2005), Schraiber et al ³⁴ (2010), Tóneli et al ³⁷ (2010).	7
Saúde e educação	Fontes et al ¹⁶ (2011).	1
Saúde reprodutiva	Duarte et al ¹¹ (2002), Galastro & Fonseca ¹⁷ (2007).	2
Sexualidade	Borges & Schor ⁴ (2007), Gomes ¹⁹ (2003), Leal & Knauth ²⁶ (2006).	3
Total		34

Na temática “atenção primária” os artigos, baseados em teorias ou estudos socioculturais, destacam a existência de várias masculinidades, seja como premissa, seja como constatação empírica. Discute-se que, dentre os vários modelos de masculinidade, pode haver um mais hegemônico. Em geral, os modelos – numa perspectiva relacional de gênero – são utilizados nas hipóteses explicativas dos estudos para demarcarem as diferenças entre a saúde dos homens, comparada à das mulheres.^{10,33} Nesses estudos também estão presentes de forma implícita ou explícita as seguintes premissas: vistos como seres invulneráveis, podem se cuidar menos e se expor mais a situações de risco;²¹ eles não costumam ter suas demandas e necessidades de saúde reconhecidas e acolhidas na atenção primária;^{10,22,23,27} podem se relacionar de forma diferente com os serviços de saúde por causa de uma socialização segmentada por gênero;²¹ costuma haver impactos no atendimento de sua saúde por conta de interpretações relacionadas a gênero;¹⁴ veem os serviços de saúde de uma forma positiva, mas também identificam lacunas em seu atendimento.²²

A temática “sexualidade” integra estudos que discutem principalmente a iniciação sexual e os padrões socioculturais que estruturam a sexualidade masculina. Três artigos discutem essa dimensão tomando como referência os contextos socioculturais. As premissas extraídas são as seguintes: os homens podem transpor padrões tradicionais de masculinidade relacionados à iniciação sexual;⁴ eles podem experimentar referências não tradicionais na construção de sua sexualidade¹⁹ e sua sexualidade se centra mais no ato sexual, sendo a dimensão técnica central para a construção de sua identidade sexual.²⁶

Em “política e planejamento”, um artigo focaliza projeto voltado para a educação de homens jovens,⁶ enquanto outro faz análise crítica da PNAISH.⁷ Este último, diferentemente do primeiro, aprofunda sua discussão em referenciais socioculturais de gênero. Nele, destaca-se, entre várias premissas, a que os homens são medicalizados com base na ideia de uma masculinidade em si insalubre. Já no primeiro, destaca-se o pressuposto de que os jovens do sexo masculino trazem mais desafios do que os do sexo feminino em termos de promover adesão a programas.

Na temática “saúde reprodutiva”, um artigo discute o papel dos homens perante o aborto e outro problematiza a presença masculina no parto e no pós-parto. Ambos os estudos incorporam a dimensão de gênero em suas análises. Duas premissas se destacam nesses estudos: os homens são favoráveis ao aborto em situações já legitimadas legal e socialmente¹¹ e já transitam como acompanhantes durante a internação para o parto; porém, em geral, ficam ausentes no pós-aborto e na doação do filho.¹⁷

Por último, em “saúde e educação”, um artigo discute ações de educação em saúde desenvolvidas por um grupo

de estudo a partir da vivência em uma semana voltada para a saúde do homem. Nele, defende-se a premissa de que os homens são vistos a partir do “déficit de autocuidado”, que se soma ao “déficit do conhecimento” sobre a população masculina por parte da área da saúde.¹⁶

POLÍTICA BRASILEIRA VOLTADA À SAÚDE DO HOMEM

Em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Constituição Federal de 1988, como resultado da luta do movimento de reforma sanitária pela redemocratização do País, o Ministério da Saúde formulou o documento da PNAISH, instituída por Portaria^b que estabelece princípios, diretrizes, objetivos, responsabilidades institucionais dos entes federados e avaliação e monitoramento da implementação da política.

A análise desse documento aponta para uma construção alicerçada em duas bases: i) um panorama epidemiológico pontuando questões relativas aos padrões de morbimortalidade masculina; e ii) uma metodologia de elaboração do documento na qual se explicitam os passos constitutivos e os atores envolvidos ao longo do processo.

Em relação ao panorama epidemiológico, destacam-se os principais agravos relacionados à morbimortalidade masculina na faixa de 20 a 59 anos, bem como os determinantes socioculturais e as barreiras institucionais que influenciam a baixa adesão dos homens aos serviços de saúde pública.

Quanto aos princípios, o texto legal se fundamenta naqueles de universalidade, integralidade, equidade, intersetorialidade e humanização em saúde. As diretrizes destacam a priorização da atenção básica com foco em ações de promoção, prevenção, assistência e recuperação, a responsabilização dos três níveis de gestão e a integração das ações governamentais com as da sociedade civil organizada.

Os objetivos da PNAISH se voltam aos eixos da qualificação da atenção à saúde da população masculina na perspectiva de linhas de cuidado, resguardando a integralidade da atenção, com respeito aos diferentes níveis de desenvolvimento e organização dos sistemas locais de saúde.

Os dois últimos itens são relativos às responsabilidades institucionais, avaliação e monitoramento. As responsabilidades institucionais foram definidas em acordo com as três esferas de gestão do SUS: a União, Estados e municípios. Os processos de avaliação e monitoramento da PNAISH foram construídos para atender seus princípios e diretrizes, i.e., verificar a melhoria da saúde da população masculina.

O Plano de Ação Nacional (PAN) é um desdobramento da PNAISH para sua operacionalização por gestores estaduais e municipais, visando desenvolver estratégias e ações a serem oferecidas à população masculina. A matriz do PAN especifica nove eixos: implantação da PNAISH; promoção de saúde com o foco na elaboração de estratégias que visem aumentar a demanda dos homens aos serviços de saúde; informação e comunicação, visando sensibilizar os homens e suas famílias, estimulando o autocuidado e hábitos saudáveis, por meio de informação, educação e comunicação; participação, relações institucionais e controle social que busca associar as ações governamentais com as da sociedade civil organizada, a fim de potencializar aquelas voltadas para essa população; implantação e expansão do sistema de atenção à saúde do homem com o objetivo de fortalecer a atenção básica e melhorar o atendimento, a qualidade e a resolubilidade dos serviços de saúde; qualificação de profissionais da saúde com vistas ao desenvolvimento de estratégias em educação permanente para os trabalhadores do SUS; avaliação de insumos, equipamentos e recursos humanos que garantam a adequada atenção à população masculina; sistemas de informação com o objetivo de melhorar e qualificar aquelas destinadas a essa população; e avaliação de projetos-piloto pela realização de estudos e pesquisas que contribuam para a melhoria das ações por meio do monitoramento da Política.

As portarias do Ministério da Saúde, publicadas entre 2009 e 2011, respondem aos trâmites institucionais visando orientar a implementação da PNAISH nas 27 Unidades Federadas e em 132 municípios (Portaria nº 3.209/GM/MS, de 18 de dezembro de 2009, Portaria nº 1.008/GM/MS, de 3 de maio de 2010, e Portaria nº 2.708/GM/MS, de 17 de novembro de 2011). Essas portarias basicamente se propõem a viabilizar, em termos financeiros, as ações dos Estados e municípios voltadas à saúde do homem.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados utilizados provêm de fontes oficiais de dados nacionais, mas possuem alguns limites. A população contabilizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística refere-se a quem tem residência; moradores de rua, por exemplo, são excluídos dessa contagem. Em relação aos dados de mortalidade, utilizou-se o ano de 2009 com os óbitos notificados já consistidos, mas há um percentual estimado para a população total do País de 6,4% de óbitos não registrados e 7,0% de causas mal definidas entre os registrados. Quanto aos indicadores de morbidade, o limite está em se referir apenas às internações pelo SUS, não incluindo serviços privados. Finalizando, em relação aos comportamentos de risco, a população de estudo se restringe às capitais de Estados e ao Distrito Federal.

A saúde da população masculina vem ganhando notoriedade e espaço nos últimos anos, seja devido à maior divulgação e exploração dos dados dos sistemas de informações epidemiológicas ou da produção científica, seja pela criação de estratégias públicas específicas para esta população.

Os dados dos sistemas de informações epidemiológicas explicitam um perfil de morbimortalidade da população masculina que é apenas parcialmente investigado no campo da produção do conhecimento por pesquisadores estimulados a investigar possíveis causas e consequências desses problemas, tanto no aspecto individual como no coletivo. No campo da formulação da política de saúde do homem, esses dados igualmente têm servido como referência para o desenvolvimento de ações estratégicas; entretanto, observa-se no documento legal uma postura pouco crítica dos dados demográficos e epidemiológicos. Tal fato potencializa, de um lado, uma leitura “vitimária” dos homens e, de outro lado, forja um sujeito (homem) que necessita de privilégios ou atenção especial.⁷

A lógica que permeia a estruturação dos sistemas de informações epidemiológicas é basicamente centrada no paradigma biomédico e busca responder à identificação de riscos e à distribuição (incidência e prevalência) dos agravos em grupos populacionais. Já no campo da produção do conhecimento em saúde, essa lógica é considerada e ampliada com a utilização de referenciais conceituais de outros campos do conhecimento, expandindo a compreensão dos processos saúde-adoecimento e dos determinantes sociais da saúde.^{2,4,32} Ressalte-se, ainda, que a produção do conhecimento analisada se apoia preferencialmente nos referenciais de pesquisa qualitativa, que pode se articular à perspectiva quantitativa, mas que lança mão de outras lógicas epistêmicas.^{10,22,26}

Ainda em termos comparativos, observa-se que no campo dos sistemas de informações o homem é tomado como uma variável nominal de sexo, enquanto na produção do conhecimento essa variável se complexifica^{10,21,22} a partir da contextualização de modelos culturais de gênero.

Tanto a produção acadêmica como os dados epidemiológicos oferecem um cenário que contribui para a formulação de ações, estratégias e políticas governamentais. Além disso, alertam para a necessidade da articulação com outros setores, já que agravos da saúde masculina não se constituem como pauta restrita à saúde, a exemplo daqueles relacionados às causas externas. Contudo, trazer à cena a saúde do homem como alvo de atuação governamental implica repensar o que há de particular nas necessidades de saúde dos homens e problematizar que as definições de “novas” necessidades de saúde respondem a uma complexa articulação de processos econômicos, culturais, tecnológicos e políticos.⁷

As análises nas três fontes apontam para a necessidade de maior articulação entre a utilização dos sistemas de informações epidemiológicas com o campo da produção científica, visando ao aprimoramento de elaboração, avaliação e monitoramento de políticas voltadas à saúde do homem, tal qual delineado na metodologia do documento legal da PNAISH. Os consensos e dissensos apresentados nesses campos fortalecem a necessidade de maior produção de conhecimento na área de saúde

do homem, apoiada na utilização crítica dos dados dos sistemas de informações epidemiológicas e que incorpore a perspectiva relacional de gênero.

A potencialidade dessa articulação parece profícua para gerar experiências de sucesso no campo da gestão e da formação dos profissionais, desde que inclua a participação social, ampliando e qualificando o acesso e o vínculo dos homens às ações de assistência integral a eles destinadas.

REFERÊNCIAS

1. Amorim VMSL, Barros MBA, César CLG, Goldbaum M, Carandina L, Alves MCGP. Fatores associados à realização dos exames de rastreamento para o câncer de próstata: um estudo de base populacional. *Cad Saude Publica*. 2011;27(2):347-56. DOI:10.1590/S0102-311X2011000200016
2. Antunes MC, Peres CA, Paiva V, Stall R, Hearst N. Diferenças na prevenção da Aids entre homens e mulheres jovens de escolas públicas em São Paulo, SP. *Rev Saude Publica*. 2002;36(4 Supl):88-95. DOI:10.1590/S0034-89102002000500013
3. Araújo MAL, Leitão GCM. Acesso à consulta a portadores de doenças sexualmente transmissíveis: experiências de homens em uma unidade de saúde de Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2005;21(2):396-403. DOI:10.1590/S0102-311X2005000200006
4. Borges ALV, Schor N. Homens adolescentes e vida sexual: heterogeneidades nas motivações que cercam a iniciação sexual. *Cad Saude Publica*. 2007;23(1):225-34. DOI:10.1590/S0102-311X2007000100024
5. Braz M. A construção da subjetividade masculina e seu impacto sobre a saúde do homem: reflexão bioética sobre justiça distributiva. *Cienc Saude Coletiva*. 2005;10(1):97-104. DOI:10.1590/S1413-81232005000100016
6. Bursztyjn I. Estratégias de mudança na atenção básica: avaliação da implantação piloto do Projeto Homens Jovens e Saúde no Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2008;24(10):2227-38. DOI:10.1590/S0102-311X2008001000004
7. Carrara S, Russo JA, Faro L. A política de atenção à saúde do homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino. *Physis*. 2009;19(3):659-78. DOI:10.1590/S0103-73312009000300006
8. Courtenay WH. Constructions of masculinity and their Influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Soc Sci Med*. 2000;50(10):1385-401. DOI:10.1016/S0277-9536(99)00390-1
9. Courtnay WH, Keeling RP. Men, gender, and health: toward an interdisciplinary approach. *J Am College Health*. 2000;48(6):243-6. DOI:10.1080/07448480009596265
10. Couto MT, Pinheiro TF, Valença O, Machin R, Silva GSN, Gomes R, et al. O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in) visibilidade a partir da perspectiva de gênero. *Interface (Botucatu)*. 2010;14(33):257-70. DOI:10.1590/S1414-32832010000200003
11. Duarte GA, Alvarenga AT, Osís MJMD, Faúndes A, Hardy E. Perspectiva masculina acerca do aborto provocado. *Rev Saude Publica*. 2002;36(3):271-7. DOI:10.1590/S0034-89102002000300003
12. Eyken EBBD, Moraes CL. Prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares entre homens de uma população urbana do Sudeste do Brasil. *Cad Saude Publica*. 2009;25(1):111-23. DOI:10.1590/S0102-311X2009000100012
13. Ferreira MG, Valente JG, Gonçalves-Silva RMV, Sichieri R. Consumo de bebida alcoólica e adiposidade abdominal em doadores de sangue. *Rev Saude Publica*. 2008;42(6):1067-73. DOI:10.1590/S0034-89102008000600013
14. Figueiredo WS. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. *Cienc Saude Coletiva*. 2005;10(1):105-9. DOI:10.1590/S1413-81232005000100017
15. Figueiredo WS, Schraiber LB. 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 Coletiva*. 2011;16(Supl 1):935-44. DOI:10.1590/S1413-81232011000700025
16. Fontes WD, Barboza TM, Leite MC, Fonseca RLS, Santos LCF, Nery TCL. Atenção à saúde do homem: interlocução entre ensino e serviço. *Acta Paul Enferm*. 2011;24(3):430-3. DOI:10.1590/S0103-21002011000300020
17. Galastro EP, Fonseca RMGS. A participação do homem na saúde reprodutiva: o que pensam os profissionais de saúde. *Rev Esc Enferm USP*. 2007;41(3):454-9. DOI:10.1590/S0080-62342007000300016
18. Garrido PB, Paiva V, Nascimento VLV, Souza JB, Santos NJS. Aids, estigma e desemprego: implicações para os serviços de saúde. *Rev Saude Publica*. 2007;41 (Supl 2):72-9. DOI:10.1590/S0034-89102007000900012
19. Gomes R. Sexualidade masculina e saúde do homem: proposta para uma discussão. *Cienc Saude Coletiva*. 2003;8(3):825-9. DOI:10.1590/S1413-81232003000300017

20. Gomes R, Nascimento EF. Produção do conhecimento da saúde pública sobre a relação homem-saúde: uma revisão bibliográfica. *Cad Saude Publica*. 2006;22(5):901-11. DOI:10.1590/S0102-311X2006000500003
21. Gomes R, Nascimento EF, Araújo FC. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cad Saude Publica*. 2007;23(3):565-4. DOI:10.1590/S0102-311X2007000300015
22. Gomes R, Rebello LEFS, Nascimento EF, Deslandes SF, Moreira MCN. A atenção básica à saúde do homem sob a ótica do usuário: um estudo qualitativo em três serviços do Rio de Janeiro. *Cienc Saude Coletiva*. 2011;16(11):4513-21. DOI:10.1590/S1413-81232011001200024
23. Gomes R, Schraiber LB, Couto MT, Valença OAA, Silva GSN, Figueiredo WS et al. O atendimento à saúde de homens: estudo qualitativo em quatro estados brasileiros. *Physis*. 2011;21(1):113-28. DOI:10.1590/S0103-73312011000100007
24. Gomes R. Apresentação. In: Gomes R, organizador. A saúde do homem em debate. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011. p.14.
25. Gomes R, Rebello LEFS, Nascimento EF, Deslandes SF, Moreira MCN. A atenção básica à saúde do homem sob a ótica do usuário: um estudo qualitativo em três serviços do Rio de Janeiro. *Cienc Saude Coletiva*. 2011;16(11):4513-21. DOI:10.1590/S1413-81232011001200024
26. Leal AF, Knauth DR. A relação sexual como uma técnica corporal: representações masculinas dos relacionamentos afetivo-sexuais. *Cad Saude Publica*. 2006;22(7):1375-84. DOI:10.1590/S0102-311X2006000700003
27. Machin R, Couto MT, Silva GSN, Schraiber LB, Gomes R, Figueiredo WS, et al. Concepções de gênero, masculinidade e cuidados em saúde: estudo com profissionais de saúde da atenção primária. *Cienc Saude Coletiva*. 2011;16(11):4503-12. DOI:10.1590/S1413-81232011001200023
28. Marianelli R, Nadal SR. Utilidade da citologia anal no rastreamento dos homens heterossexuais portadores do HPV genital. *Rev Bras Colo-Proctol*. 2010;30(3):365-7. DOI:10.1590/S0101-98802010000300015
29. Medeiros AP, Menezes MFB, Napoleão AA. Fatores de risco e medidas de prevenção do câncer de próstata: subsídios para a enfermagem. *Rev Bras Enferm*. 2011;64(2):385-8. DOI:10.1590/S0034-71672011000200027
30. Nascimento ARA, Trindade ZA, Gianordoli-Nascimento IF. Homens brasileiros jovens e representações sociais de saúde e doença. *Psico-USF*. 2011;16(2):203-13. DOI:10.1590/S1413-82712011000200009
31. Paiva EP, Motta MCS, Griep RH. Conhecimentos, atitudes e práticas acerca da detecção do câncer de próstata. *Acta Paul Enferm*. 2010;23(1):88-93. DOI:10.1590/S0103-21002010000100014
32. Rebello LEFS, Gomes R, Souza ACB. Homens e a prevenção da aids: análise da produção do conhecimento da área da saúde. *Interface (Botucatu)*. 2011;15(36):67-8. DOI:10.1590/S1414-328320100005000045
33. Schraiber LB, Gomes R, COUTO, MT. Homens e saúde na pauta da Saúde Coletiva. *Cienc Saude Coletiva*. 2005;10(1):7-17. DOI:10.1590/S1413-81232005000100002.
34. Schraiber LB, Figueiredo WS, Gomes R, Couto MT, Pinheiro TF, Machin R, et al. Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. *Cad Saude Publica*. 2010;26(5):961-70. DOI:10.1590/S0102-311X2010000500018
35. Silva CAA, Bonfá E, Borba EF, Braga AP, Soares PMF, Moraes AJP et al. Saúde reprodutiva em homens com lúpus eritematoso sistêmico. *Rev Bras Reumatol*. 2009;49(3):207-22. DOI:10.1590/S0482-50042009000300003
36. Silva CAA, Moraes AJP, Leal MM, Sallum AME, Bonfá E, Borges CTL et al. Aspectos da saúde reprodutiva em homens com miopatia inflamatória idiopática: um estudo multicêntrico. *Rev Bras Reumatol*. 2009;49(6):677-89. DOI:10.1590/S0482-50042009000600005
37. Toneli MJF, Souza MGC, Muller RCF. Masculinidades e práticas de saúde: retratos da experiência de pesquisa em Florianópolis/SC. *Physis*. 2010;20(3):973-94. DOI:10.1590/S0103-73312010000300015

Artigo submetido ao processo de julgamento por pares adotado para qualquer outro manuscrito submetido a este periódico, com anonimato garantido entre autores e revisores. Editores e revisores declaram não haver conflito de interesses que pudesse afetar o processo de julgamento do artigo. Os autores declaram não haver conflito de interesses.