



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
DIRETORIA DOS CICLOS DE VIDA E PRÁTICAS INTEGRATIVAS DE SAÚDE
GERÊNCIA DE CICLOS DE VIDA
NÚCLEO DE SAÚDE DO HOMEM

POLÍTICA DISTRITAL DE ATENÇÃO
INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM
(PROPOSTA)

BRASILIA – DF

Novembro, 2013



GOVERNO DO ESTADO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
DIRETORIA DOS CICLOS DE VIDA E PRÁTICAS INTEGRATIVAS DE SAÚDE
NÚCLEO DE SAÚDE DO HOMEM

POLÍTICA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM

EQUIPE TÉCNICA RESPONSÁVEL PELA ELABORAÇÃO:

Fatima Regina Amaral Pinheiro Diretora/DICVPIS
Laurez Ferreira Vilela..... Coordenadora/PSH
Manira F. Miguel Heyden Boczar Coordenação Hipertensão
Lucimir Henrique Pessoa Maia Coordenação Hipertensão
Helenice Alves Teixeira Gonçalves Chefe/NUSI
Maria Aparecida Murr Narciso Ambulatório /Homem CS03 Sobradinho II
Sandra Duarte Nobre Mauch Gerente/GASPV
Adrienne Catarina Otoni Vieira..... Coordenadora de Saúde do Homem e PECH/CGSC

Brasília – DF

Novembro de 2013



SUMÁRIO

Apresentação	4
Abreviaturas	6
1. Introdução	7
2. Indicadores populacionais e demográficos	9
2.1 Dados populacionais	9
2.2 Dados demográficos	9
3. Perfil sócio-econômico do Distrito Federal	10
4. Indicadores de mortalidade e morbidade de doenças cardiovasculares no DF	10
4.1 Taxas de incidência por Aids na população masculina	11
4.2 Indicadores de mortalidade por neoplasias malignas no DF	14
4.3 Prostatectomia suprapúbica	15
4.4 Indicadores de mortalidade por causas externas	16
4.5 População privada de liberdade	16
4.6 Alcoolismo e tabagismo	17
5. Análise situacional	18
5.1 Morbidade	18
6. Princípios	19
7. Objetivos	20
7.1 Geral	20
7.2 Específicos	20
8. Diretrizes	22
9. Responsabilidades institucionais	23
9.1 União	23
9.2 Estado e Distrito Federal	24
10. Recursos financeiros	25
11. Avaliação	26
12. Bibliografia	27



APRESENTAÇÃO

Com a publicação do Plano de Ação Nacional, a Secretaria de Atenção à Saúde – SAS do Ministério da Saúde, por meio da Área Técnica da Saúde do Homem do Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas/DAPES – consolida a etapa inicial de implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem formalizada pela Portaria GM/ MS nº 1944 de 27 de agosto de 2009.

Visando reverter o atual quadro de pouca procura por parte dos homens aos serviços de saúde no Brasil, estes serviços passam agora a organizar-se com a finalidade de proporcionar de maneira regular os serviços preventivos, de educação em saúde e de atenção clínica e cirúrgica, especificamente exigida por parte deste grupo populacional, trilhando um caminho que, baseado em enfoque de gênero, certamente levará o país a modificar para melhor e de maneira acelerada seus padrões em termos de morbidade, mortalidade e aspectos socioculturais.

Esse documento identifica as estratégias, as ações e as metas correspondentes que permitirão enfatizar a cobertura a um grupo populacional – composto pelos homens de 20 a 59 anos de idade, um contingente de 748.060 pessoas.

Para implantação da referida política foi destinado pelo Ministério da Saúde, a cada estado e Distrito Federal, o valor de R\$ 75.000,00.

No Brasil, dentre os agravos que mais matam o homem até os 40 anos estão as causas externas (violência, agressões e acidentes de trânsito/trabalho). Depois dos 40 anos, em primeiro lugar estão as doenças do coração e em segundo os cânceres, principalmente do aparelho respiratório e da próstata.

De acordo com dados do Ministério da Saúde, de cada cinco pessoas que morrem de 20 a 30 anos, quatro são homens. Eles vivem em média 07 anos menos do que as mulheres e têm maior incidência de agravos do coração, câncer, diabetes, dislipidemia e pressão arterial mais elevada. De acordo com a publicação Saúde Brasil 2007, os homens representam quase 60% das mortes no país.

Em consonância com a Política Nacional, a Secretaria de Saúde do Distrito Federal apresenta a Política Distrital de Atenção à Saúde do Homem, iniciada a partir da discussão de um grupo de trabalho definido pela portaria nº 27 de fevereiro de 2010 composto por diferentes profissionais de áreas estratégicas do setor de saúde no Distrito Federal.



Diante das peculiaridades dessa população deverão ser considerados os aspectos psicossociais ligados à masculinidade para que sua implantação aconteça de fato, acompanhando as mudanças que vêm ocorrendo na identidade masculina, tendo em vista a inserção do homem nos serviços de saúde e a redução das iniquidades de gênero em saúde, que têm contribuído para a mortalidade masculina observada atualmente.

Neste sentido, entendemos que uma política de prevenção, tratamento e de educação voltada para a saúde do homem deverá necessariamente ser construída nas interfaces intra-institucional e intersetoriais, o mesmo ocorrendo em relação a governamentais e não governamentais e demais representações e setores da sociedade civil organizada.

A Secretaria da Saúde do Distrito Federal por meio da Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde, cumpre seu papel ao formular essa Política que deve nortear as ações de atenção integral à saúde do homem, visando estimular o autocuidado e sobretudo, o reconhecimento de que a saúde é um direito social básico e de cidadania de todos os homens.



ABREVIATURAS

AIH – Autorização de Internação Hospitalar

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

CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde

DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

DPOC – Doenças Pulmonares Obstrutivas Crônicas

ESF – Estratégia de Saúde da Família

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INCA – Instituto Nacional do Câncer

MS – Ministério da Saúde

PNAISH – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem

PAISH – Política de Atenção Integral à Saúde do Homem

PDR/DF – Plano Diretor de Regionalização do Distrito Federal

PNH – Programa Nacional de Humanização

PPV – Programa de Prevenção da Violência

SE – Secretaria Executiva

SIA – Sistema de Informação Ambulatorial

SIH – Sistema de Informação Hospitalar

SIM – Sistema de Informação de Mortalidade

SUS – Sistema Único de Saúde

SVS – Secretaria de Vigilância em Saúde



1. INTRODUÇÃO

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 2000) afirmou que “*determinadas construções sociais de masculinidade podem ser prejudiciais para a saúde dos homens*”. Essas referências de masculinidade ainda vigentes em nossa sociedade causam danos a milhares de homens, haja vista as estatísticas de mortes por homicídios, no trânsito, principalmente acidentes com motocicletas e envolvimento com álcool e drogas.

Historicamente na nossa cultura o homem é socializado cumprindo exigências mais ou menos comuns como: defender a prole, ser provedor, dominar, competir, vencer, ser invulnerável, ser pró-ativo, enfrentar riscos e superá-los além de outros comportamentos que normatizam a masculinidade.

Segundo Lyra et al (2008), o cuidado está culturalmente delegado à mulher, seja com crianças, idosos, família e outros. O homem, por sua vez, é estimulado a responder expectativas sociais de defesa, ataque e enfrentar riscos. Dessa forma ele aprende a não cuidar de si e tampouco cuidar dos outros. Atualmente esse quadro vem mudando gradativamente, mas ainda é muito insignificante na totalidade da população masculina.

A literatura científica atual tem apontado que os homens utilizam pouco o serviço de atenção primária à saúde. Sua entrada no sistema de saúde tem se dado de forma geral pelos serviços de urgência e emergência e muitas vezes em estágios avançados das doenças que os motivaram a procurar assistência.

Segundo o site do MS foi realizada pesquisa com sociedades médicas brasileiras, antropólogos, psicólogos, membros do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), em que foram ouvidos cerca de 250 especialistas e que serviu como subsídio para a Política Nacional de Atenção à Saúde do Homem; implementado no Sistema Único de Saúde; esse levantamento mostrou que os homens não costumam frequentar os consultórios por conta de três barreiras principais: culturais, institucionais e médicas.

Dentre as barreiras culturais o conceito de masculinidade vigente na sociedade, no qual o homem se julga imune às doenças consideradas por ele como sinais de fragilidade. O homem como provedor não pode deixar de trabalhar para ir a uma consulta e não reconhece a doença como algo inerente à sua condição, por isso, acha que os serviços de saúde são destinados às mulheres, crianças e idosos, além de não acreditar na prevenção.



Em relação às barreiras institucionais, o levantamento mostrou que os homens não são ouvidos nas unidades adequadamente, por isso frequentam pouco esses locais. O fato de grande parte dos serviços serem formados por profissionais do gênero feminino, também impede que eles encontrem espaço adequado para falar sobre a vida sexual, como por exemplo, relatar uma disfunção erétil.

De maneira geral faltam estratégias para sensibilizar e atrair os homens aos ambulatórios.

Sobre as barreiras médicas, ele enumera a falta de postura adequada dos profissionais de saúde e as consultas com duração muito curta, além do não estabelecimento de uma relação médico-paciente eficaz.

Diante do exposto, no Distrito Federal a implantação dessa política deverá ocorrer de forma integrada às demais políticas existentes, numa lógica hierarquizada de atenção à saúde priorizando a atenção básica como porta de entrada de um sistema de saúde universal, integral e equânime.

Todo o processo de implantação da Política de Atenção Integral à Saúde do Homem do Distrito Federal deverá ser pautado no princípio constitucional da integralidade, entendendo o homem como ser integral inserido na família e na sociedade, portanto, numa perspectiva relacional.

Inicialmente serão sensibilizados os gestores dos setores central e regional da SES/DF para que seja construída uma política integrada com estabelecimento de diálogo entre as diversas áreas envolvidas. As parcerias que se pretende instituir no primeiro momento (no qual se trabalhará questões relativas às doenças de maior prevalência) serão na maior parte intra-institucionais por meio do envolvimento das diversas áreas.

Assim, identificar as principais patologias que afetam a saúde do homem, organizar nossos serviços para oferecer a eles agilidade e resolutividade no atendimento, além de adquirir o que for necessário, formar pessoas, desenvolver programas de educação e orientar pesquisas, promover mudanças na rede pública para oferecer aos homens um atendimento que tenha como foco a prevenção e a promoção da saúde e também ampliar os serviços em horário alternativo para viabilizar o acesso a população masculina às unidades de saúde, bem como discutir com os parceiros formas de sensibilizar os homens para procurar os serviços de saúde.



Ressaltamos que foi realizado um seminário em 2010 como uma estratégia para implantação da Política de Atenção Integral à Saúde do Homem no DF. Posteriormente serão realizadas capacitações que abordarão assuntos relativos às necessidades específicas do homem considerado sua individualidade. Os serviços deverão dar melhores respostas aos usuários do gênero masculino, respeitando suas características específicas. A elaboração da política deverá prever a reestruturação dos serviços de referência frente ao aumento da demanda, resultado de ações específicas de saúde do homem implementadas na atenção primária.

2. INDICADORES POPULACIONAIS E DEMOGRÁFICOS:

2.1 Dados populacionais

O Distrito Federal, de acordo a DIVEP/SVS/SES DF– 2012, tem uma população estimada de 2.570.160 habitantes.

O grupo populacional masculino dos 20 aos 59 anos corresponde a um total de 748.060 habitantes, com maior quantitativo entre 20 e 30 anos, segundo DIVEP/SVS/SES DF– 2012.

2.2 Dados demográficos

O DF tem extensão territorial de um quadrilátero com 5.783 km² de área e é composto por 31 (trinta e uma) regiões administrativas.

Ele faz limites de divisas com municípios dos estados de Goiás (Cristalina, Cidade Ocidental, Valparaíso, Novo Gama, Santo Antônio do Descoberto, Águas Lindas, Padre Bernardo, Planaltina de Goiás e Formosa) e Minas Gerais (Cabeceira Grande).

A Região do Entorno é ainda acrescida dos municípios de Luziânia, Alexânia, Abadiânia, Corumbá, Cocalzinho, Pirenópolis, Mimoso, Água Fria, Vila Boa no estado de Goiás e Buritis e Unai no estado de Minas Gerais, abrigando uma população superior a 900.000(novecentos mil) habitantes, que compõem a RIDE (Região Integrada de Desenvolvimento do DF e Entorno).



3. PERFIL SÓCIO-ECONÔMICO DO DISTRITO FEDERAL

O perfil socioeconômico do Distrito Federal procura retratar as condições de vida, as suas necessidades econômicas e sociais e a renda da população.

Um estudo da Organização das Nações Unidas (ONU), que mede e compara a qualidade de vida em todo o mundo constatou que o Distrito Federal ocupa a primeira posição em comparação com as outras 27 unidades da Federação, quanto ao Índice de Desenvolvimento Humano.

O Distrito Federal apresentou a melhor qualidade de vida do Brasil desde 1991. O índice mede os progressos efetuados por cada país tendo em conta uma seleção de parâmetros sociais e econômicos fundamentais. Os três componentes essenciais para o seu cálculo são: a esperança de vida, a educação e o rendimento per capita.

- R\$ 605,41 é a renda per capita média do Distrito Federal (2010);
- 70,37 anos é a expectativa de vida do brasiliense (2010);
- 8,2 anos é o tempo médio de estudo dos brasilienses com 25 anos ou mais. (PDR/DF, 2005).

4. INDICADORES DE MORTALIDADE E MORBIDADE POR DOENÇAS CARDIOVASCULARES NO DF

Em relação às internações no ano de 2009 por AVC - acidente vascular cerebral AVC (Isquêmico ou Hemorrágico Agudo), a maior incidência foi na faixa etária de 55 a 59 anos com 149 casos; em 2º lugar na faixa de 50 a 54 anos foram 123 casos; em 3º na faixa etária de 45 a 49 anos com 84 casos; na faixa de 40 a 44, 52 casos ; 35 a 39 anos, 44 anos. Total de internações por AVC (Isquêmico ou Hemorrágico Agudo): 480 casos.

Ainda sobre as internações, no ano de 2010 o total de ocorrências por AVC foi 426 com maior contração na faixa de 55 a 59 anos com 119 internações e em 2º lugar na faixa de 50 a 54 anos com 91 casos, em terceiro lugar com 83 casos, na faixa de 45 a 49 anos; isso resulta no indicador de 5,7 internações a cada 10.000 habitantes, valor que está abaixo do pactuado com o Ministério da Saúde, sugerindo que o Distrito Federal cumpriu com as metas estipuladas para esse evento.

Até o mês de junho do ano de 2011 foram 298 internações com maior concentração na faixa etária de 55 a 59 anos com 93 casos, em 2º lugar na faixa etária 50 a 54 anos com 66 casos do mesmo agravo.

A concomitante redução das taxas de mortalidade e morbidade hospitalar pelo diagnóstico considerado nos permite entender que além da qualificação dos tratamentos oferecidos a estes pacientes de alta complexidade com a respectiva incorporação de novas tecnologias médicas, houve também qualificação da Atenção Básica aos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica considerada o principal Fator de Risco para o desenvolvimento de casos de AVC. Isto certamente deverá resultar na diminuição de casos de AVC, de suas sequelas e consequentemente, diminuição dos custos na assistência médica à Doença Cerebrovascular.

A taxa de hipertensos na população masculina acima de 18 anos está em 28.8 % de acordo com os dados do VIGITEL /DF2010.

O número de internações está em decréscimo seguindo as diretrizes do ministério da saúde e cumprindo com as metas estipuladas no Pacto pela Saúde.

4.1 Taxas de incidência por AIDS na população masculina

Tabela 1 - Casos de AIDS notificados, segundo sexo, faixa etária e ano de diagnóstico. DF, 2006 - 2010.						
Masculino						
FAIXA ETÁRIA	2006	2007	2008	2009	2010	Total
20-29	53	55	49	69	42	268
30-39	98	84	112	93	26	413
40-49	67	66	47	53	26	259
50-59	11	16	15	18	12	72
Feminino						
FAIXA ETÁRIA	2006	2007	2008	2009	2010	Total
20-29	26	32	18	24	13	113
30-39	46	34	41	25	16	162



40-49	37	24	18	21	10	110
50-59	9	5	7	8	7	36

Fonte: Boletim Epidemiológico 2010 – SVS/SES/DF

A faixa etária de 20 a 29 anos se mostra no momento de maior vulnerabilidade dentro da população para contaminação em AIDS, uma vez que se correlacionarmos os agravos, observamos que as faixas etárias mais acometidas de AIDS são exatamente de 30 a 39 anos. As DSTs em sua maioria manifestam-se por problemas agudos de saúde que surgem próximo ao período em que ocorreu o contágio, entretanto a AIDS se manifestará, em média, dez anos após. O maior número de contaminados ao longo dos anos foi no sexo masculino com um número absoluto de 1.012 e o sexo feminino foram 421 casos.

Em relação à raça os maiores percentuais de casos notificados de AIDS foram na raça parda, mas com um percentual bem pequeno de diferença para o sexo masculino em comparação com a raça branca com a diferença de 14 casos a mais para a raça parda; já no sexo feminino o maior número ficou na raça parda com uma diferença de 79 casos a mais, em relação a raça branca.

Tabela 2 - Taxa de incidência de aids, segundo sexo, faixa					
Masculino					
Faixa etária	2006	2007	2008	2009	Total
20-29	22	23,9	20,6	28,8	95,3
30-39	53,3	41,8	53	43,2	191,3
40-49	55	46,8	30,8	33,1	165,7
50-59	15,5	18,9	16,6	19,2	70,2
Feminino					
Faixa etária	2006	2007	2008	2009	Total
20-29	9,7	12,8	7	9,3	38,8
30-39	22	14,8	16,9	10,1	63,8
40-49	26	14,6	10,2	11,4	62,2
50-59	11,1	4,9	6,3	7	29,3

Fonte: Boletim Epidemiológico 2010 – DST/AIDS-SES/DF

Tabela 3 - Mortalidade por Neoplasias Malignas e Causas externas

Número de óbitos por algumas causas (CID) no sexo masculino de 20 a 59 anos - DF - 2009 a 2011*				
Causa do óbito	2009	2010	2011	Total
Neoplasia de esôfago	28	16	12	56
Neoplasia de estômago	40	19	14	73
Neoplasia de cólon	20	12	2	34
Neoplasia de reto, junção de reto-sigmoide. e ânus	6	9	5	20
Neoplasia de fígado	19	8	5	32
Neoplasia de brônquios e pulmão	45	22	17	84
Neoplasia de próstata	9	2	5	16
Acidente de transp. terrestre	354	276	127	757
Suicídios	99	71	27	197
Agressões (homicídios)	686	445	261	1392
Total	1306	880	475	2661

* Dados preliminares e provisórios

Fonte: SIM_DF (CIADS/DIVPEP/SVS/SES_DF) 2011

Os dados de mortalidade acima demonstram que a 1ª causa de mortalidade no sexo masculino se encontra nas agressões (homicídios), a 2ª por acidentes de transportes, a 3ª por suicídios; 4ª por neoplasia de brônquios e pulmão; 5ª por neoplasia de estômago; 6ª por neoplasia de esôfago; 7ª por neoplasia de cólon; 8ª por neoplasia de fígado; 9ª por neoplasia de reto, junção de reto-sigmoide e ânus e 10ª causa por neoplasia de próstata.

Ressaltamos que mortalidade por neoplasia de próstata é maior na faixa etária acima de 60 anos, com um total de 125 óbitos.

QUANTIDADE DE INTERNAÇÕES									
PROCEDIMENTOS REALIZADOS EM HOMENS DE 20 A 59 ANOS									
2009									
PROCEDIMENTO REALIZADO	20-	25-	30-	35-	40-	45-	50-	55-	Total
0303040149- TRATAMENTOS DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL - AVC (ISQUEMICO OU	24	29	34	39	44	49	54	59	480
	6	15	7	44	52	84	123	149	480



HEMORRAGICO AGUDO)									
0409030023 - PROSTATECTOMIA SUPRAPUBICA	0	0	0	1	0	0	5	10	16
0409040240 – VASECTOMIA	4	161	250	216	127	53	17	2	830
0416010121 - PROSTATECTOMIA EM ONCOLOGIA	0	0	0	0	0	3	10	10	23
Total	10	176	257	261	179	140	155	171	1349
2010									
PROCEDIMENTO REALIZADO	20- 24	25- 29	30- 34	35- 39	40- 44	45- 49	50- 54	55- 59	Total
0303040149 - TRATAMENTOS DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL - AVC (ISQUEMICO OU HEMORRAGICO AGUDO)	12	10	22	36	53	83	91	119	426
0409030023 - PROSTATECTOMIA SUPRAPUBICA	0	0	0	0	1	1	7	22	31
0409040240 – VASECTOMIA	4	132	229	186	118	54	18	6	747
0416010121 - PROSTATECTOMIA EM ONCOLOGIA	0	0	0	1	0	1	6	18	26
Total	16	142	251	223	172	139	122	165	1230
2011									
PROCEDIMENTO REALIZADO	20- 24	25- 29	30- 34	35- 39	40- 44	45- 49	50- 54	55- 59	Total
0303040149 TRATAMENTOS DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL - AVC (ISQUEMICO OU HEMORRAGICO AGUDO)	3	10	13	22	33	58	66	93	298
0409030023 PROSTATECTOMIA SUPRAPUBICA	0	0	0	0	0	0	0	5	5
0409040240 VASECTOMIA	2	113	240	207	144	55	21	8	790
0416010121 PROSTATECTOMIA EM ONCOLOGIA	0	0	0	0	0	1	4	12	17
Total	5	123	253	229	177	114	91	118	1110

FONTE: SUPRAC/SES/2011

4.2 Indicadores de Mortalidade por Neoplasias Malignas no DF

Após análise dos dados no período de 2009 a 2011 pode-se concluir que as neoplasias malignas que se destacaram, por terem apresentado o maior percentual de mortalidade sobre o total de óbitos por neoplasias no sexo masculino, na faixa etária de 20 a 59 anos no DF, foram neoplasia de brônquios e pulmão; seguida por neoplasia de estômago; neoplasia de esôfago; neoplasia de cólon; neoplasia de fígado; neoplasia de reto, junção de reto-sigmoide e ânus e em última neoplasia de próstata.



De acordo com o INCA, “sem considerar os tumores de pele não melanoma”, o câncer de próstata é o mais frequente em todas as regiões do país, com risco estimado de no Distrito Federal um total de 529 novos casos/ano. Mais do que qualquer outro tipo de câncer, este é considerado o câncer da terceira idade, uma vez que cerca de $\frac{3}{4}$ dos casos no mundo ocorrem a partir dos 65 anos. A mortalidade por câncer de próstata é relativamente baixa refletindo em parte seu bom prognóstico.

Tal fato reforça a importância da realização do diagnóstico e tratamento precoce desse tipo de neoplasia maligna. Aliado a isto, sabe-se que este tipo de câncer geralmente possui uma evolução lenta.

Portanto, conclui-se que se houver a detecção da doença em sua fase inicial, será possível reduzir a mortalidade por essa doença.

4.3 Prostatectomia Suprapúbica

O maior número de prostatectomias suprapúbicas no ano de 2009 se deu na faixa etária de 50 a 59 anos com 10 cirurgias; em 2º lugar na faixa etária de 50 a 54 anos com 05 cirurgias, sendo que o Distrito Federal realizou 131 cirurgias naquele ano (DATASUS/2011).

No ano de 2010, foram 196 procedimentos com maior concentração na faixa etária de 50 a 59 anos com 22 cirurgias, seguida da faixa etária de 50 a 54 anos com 07 casos. (DATASUS/2011).

Em 2011 foram realizados até o mês de outubro 107 procedimentos na faixa etária de 20 a 59 anos. DATASUS/2011.

4.4 Indicadores de Mortalidade por causas externas.

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



A violência no sentido amplo deve ser compreendida como determinante dos indicadores de morbimortalidade por causas externas em todas as suas dimensões, a saber, acidentes por transporte, agressões e lesões autoprovocadas voluntariamente e/ou suicídios.

Segundo dados e indicadores selecionados pelo IDB 2008, RIPSA/DATASUS, as mortes por causas externas incluem as mortes por acidentes de transporte, homicídios, suicídios, entre outras. Taxa de mortalidade por causas externas (nº de óbitos informados por 100.000 habitantes): acidente de transporte – 21,5 homicídios 27,7, suicídios 4,5, representando um total de 68,6.

Em relação aos óbitos por acidentes de trânsito de 2009 a 2011, os acidentes por automóvel ocuparam o primeiro lugar, em segundo acidentes com motociclistas e em terceiro os atropelamentos.

Número de óbitos por acidente de trânsito no sexo masculino de 20 a 49 anos - DF - 2009 a 2011*				
Acidente de trânsito	2009	2010	2011	Total
Atropelamento	73	49	34	156
Ciclista	14	7	4	25
Motociclista	82	82	22	186
Automóvel	107	80	41	228
Total	276	218	101	595

* Dados preliminares e provisórios

Fonte: SIM_DF (CIADS/DIVEP/SVS/SES_DF) 2011

4.5 População privada de liberdade

Conforme dados obtidos da Gerência de Saúde no Sistema Prisional/DISAT/SAS/SES:

REGIONAL	ESTABELECIMENTOS	POPULAÇÃO 2013
São Sebastião	Centro de Detenção Provisória	2.700



	Centro de Internamento e Reeducação	1.606
	Penitenciária do Distrito Federal I	3.109
	Penitenciária do Distrito Federal II	2.954
Gama	Ala de Tratamento Psiquiátrico	84
Guará	Centro de Progressão Penitenciária	1.272
	TOTAL	11.725

Os estabelecimentos prisionais possuem unidades de saúde em conformidade com a Portaria Interministerial Nº 1777 de 09 de setembro de 2003.

As Penitenciárias do DF I e II foram adaptadas com consultórios dentro dos blocos, e no momento, está em fase de construção uma Unidade de Saúde em sua área.

4.6 Alcoolismo e Tabagismo

Segundo dados da Organização Mundial de Saúde cerca de 2 bilhões de pessoas consomem bebidas alcoólicas no mundo. O uso abusivo de álcool é responsável por 3,2% de todas as mortes e por 4% de todos os anos perdidos de vida útil.

Na América Latina, cerca de 16% dos anos de vida útil perdidos estão relacionados ao uso abusivo dessa substância. Este índice é quatro vezes maior do que a média mundial e torna o problema de prevenção e do tratamento dos transtornos associados ao consumo de álcool um grande problema de saúde pública.

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

Os homens usam cigarros com maior frequência que as mulheres segundo dados do VIGITEL 2010,.



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

No Distrito Federal existe uma rede de atendimento direcionada aos fumantes que desejem abandonar o hábito de fumar.

5. ANÁLISE SITUACIONAL

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

Segundo estimativa populacional em 2009, a população masculina com idade de 25 a 59 anos era de 666.530 habitantes no DF. Os homens com idade abaixo e acima desse grupo etário são contemplados com programas específicos nas áreas de saúde da criança, do adolescente e do idoso. A mulher possui um programa específico, mas o homem, com exceção daqueles com diagnóstico de hipertensão e diabetes, não possui um programa que o contemple de forma específica considerando suas singularidades.

5.1 Morbidade

As doenças do aparelho circulatório prevalecem nos homens com maior idade, os de 50 a 59 anos. As principais causas de óbitos evidenciam as doenças cardíacas (Infarto Agudo do Miocárdio – IAM) e doenças cerebrovasculares (Acidente Vascular Cerebral – AVC). Nessa faixa etária há maior incidência de fatores de risco (tabagismo, sedentarismo, obesidade, etc.) para as doenças cardiovasculares, bem como de doenças crônicas (Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial Sistêmica, Dislipidemias).

A terceira causa de morbimortalidade no DF entre os homens de 20 a 59 anos são as neoplasias malignas, principalmente de pulmão.



Outras causas de morte que também afetam a população masculina e são citadas na política nacional são o alcoolismo e o tabagismo. O número de óbitos por doenças do aparelho digestivo é maior entre os homens mais velhos (50 – 59 anos) e o risco aumenta com o aumento da idade. As doenças alcoólicas hepáticas (cirrose, fibrose) afetam consideravelmente os homens mais velhos. Os transtornos mentais devido ao uso de álcool e substâncias psicoativas são maiores na faixa etária de 40 a 49 anos. Ainda, as doenças do aparelho respiratório também afetam consideravelmente os homens mais velhos, em especial as doenças crônicas das vias aéreas inferiores. O tabagismo é conhecido fator de risco para doenças do aparelho respiratório.

As três principais causas de morbidade hospitalar do SUS no DF, entre os homens de 20 a 59 anos foram: 1) lesões por causas externas, 2) doenças do aparelho circulatório, e 3) neoplasias.

6. PRINCÍPIOS

A Política Distrital de Atenção à Saúde do Homem tem como princípios a humanização e a qualidade do cuidado, que implicam na promoção, reconhecimento e respeito à ética e aos direitos do homem levando em consideração suas peculiaridades com todas as suas idiossincrasias.

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

- Facilitar o acesso da população masculina aos serviços de saúde com fluxo e acesso orientado pela atenção primária, que se mantém responsável pelo cuidado longitudinal, possibilitando melhoria do grau de resolutividade dos problemas e acompanhamento do usuário pela equipe de saúde;
- Associar as diversas áreas do setor saúde, demais áreas do governo, o setor privado e não governamental e a sociedade, compondo redes de compromisso e corresponsabilidade quanto à qualidade de vida da população masculina e em que todos sejam participantes da proteção e do cuidado com a vida.



- Informar e orientar a população-alvo, os familiares e a comunidade sobre a promoção da saúde, prevenção e tratamento dos agravos do homem;
- Captar precocemente nas atividades de prevenção primária relativas às doenças cardiovasculares e cânceres, os casos de doenças na população masculina;
- Promover as ações de prevenção às variadas formas de violência;
- Fomentar a educação permanente dos profissionais de saúde para o atendimento ao homem;
- Estabelecer mecanismos de monitoramento e avaliação continuada dos serviços e do desempenho dos profissionais de saúde com participação dos usuários;
- Elaborar e analisar os indicadores que permitam aos gestores monitorar as ações e serviços e avaliar seu impacto, redefinindo as estratégias e/ou atividades que se fizerem necessárias.

7. OBJETIVOS

7.1 GERAL

Garantir a atenção integral à saúde do homem com ênfase na redução da morbimortalidade dessa população.

7.2 ESPECÍFICOS

Entender a Saúde do Homem como um conjunto de ações de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde, executando nos diferentes níveis de atenção, priorizando a atenção básica, com foco na Estratégia de Saúde da Família, porta de entrada do sistema de saúde integral, hierarquizando e regionalizando;

Reconhecer na promoção da saúde do homem uma parte fundamental da busca da equidade, da melhoria de vida e de saúde;



Estimular as ações intersetoriais, buscando parcerias que propiciem o desenvolvimento integral das ações de promoção da saúde do grupo específica da população;

Fortalecer a participação social como fundamental na consecução de resultados de conservação da saúde do homem, em especial a equidade e a corresponsabilidade individual e comunitária;

Promover mudanças na cultura organizacional, com vistas à adoção de práticas horizontais de gestão e estabelecimento de redes de cooperação intersetoriais;

Incentivar a pesquisa em relação à saúde do homem, avaliando eficiência, eficácia, efetividade e segurança das ações prestadas;

Divulgar e informar aos profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS, as iniciativas voltadas para a saúde deste grupo da população, considerando metodologias participativas e o saber popular e tradicional;

Integrar a execução da PAISH às demais políticas, programas, estratégias e ações da Secretaria de Estado da Saúde do DF, fortalecendo institucionalmente a PAISH;

Promover as articulações intersetoriais (Saúde Mental, Coordenações de Especialidades/SAS, CEREST, Núcleo de Tabagismo/GECAN, Gerência do Câncer/SAS, Núcleo de Prevenção aos Acidentes/SVS, Núcleo de Prevenção à Violência-NEPAV/SVS, Coordenações Centrais de Hipertensão e Diabetes/DCVPIS/SAPS, Núcleos de Saúde do Adolescente, da Mulher e do Idoso/GCV/DCVPIS/SAPS, Diretoria de Vigilância Epidemiológica/SVS) e interinstitucionais como Universidade de Brasília, FEPECS/ESCS, Sociedade de Urologia, de Cardiologia, de Pneumologia, Secretarias de Segurança Pública, do Esporte, da Cultura, da Educação, Meio-Ambiente, Trabalho, Desenvolvimento Social, além do Conselho de Saúde, DETRAN, sociedade civil e outros como promotores de novas formas de pensar e agir;

Reorganizar as ações de saúde, através de uma proposta inclusiva, na qual os homens considerem os serviços de saúde também como espaços masculinos e por sua vez, os serviços de saúde reconheçam os homens como sujeitos que necessitem de cuidados;



Integrar as entidades da sociedade organizada na corresponsabilidade das ações governamentais pela convicção de que a saúde não é só um dever do Estado, mas uma prerrogativa da cidadania;

Reconhecer a responsabilidade do Distrito Federal no controle de suas competências garantindo as condições para a execução da presente política;

8. DIRETRIZES

- Organizar, qualificar e humanizar no Distrito Federal a atenção à saúde do homem, dentro dos princípios que regem o Sistema Único de Saúde;
- Implantar e/ou estimular nos serviços de saúde uma rede de atenção à saúde do homem, principalmente entre 20 a 59 anos, que garanta linhas de cuidado na perspectiva da integralidade da atenção;
- Fortalecer a atenção básica no cuidado com a saúde do homem facilitando o acesso por meio de horários alternativos e outras medidas, por busca ativa aos portadores de agravos crônicos e a qualidade da atenção necessária ao enfrentamento dos fatores de risco das doenças e dos agravos à saúde;
- Promover a atenção integral à saúde do homem nas populações vulneráveis incluindo indígenas, negros, quilombolas, gays, bissexuais, travestis, transexuais, pansexuais e outros; trabalhadores rurais, homens com deficiência, em situação de risco, em situação carcerária, desenvolvendo estratégias voltadas para a promoção da equidade para distintos grupos sociais;
- Estimular a implantação e implementação da assistência em saúde sexual e reprodutiva no âmbito da atenção à saúde do homem;
- Ampliar e qualificar a atenção ao planejamento reprodutivo ;
- Estimular a participação e inclusão do homem nas ações de planejamento de sua vida sexual e reprodutiva, com enfoque na paternidade responsável, estímulo ao uso do preservativo masculino, bem como a importância do vínculo pai e filho;



- Promover na população masculina a prevenção e o controle das doenças sexualmente transmissíveis;
- Capacitar e qualificar os profissionais da rede de saúde para o correto atendimento à saúde do homem com referência às disfunções sexuais;
- Incluir enfoque de gênero, orientação sexual, identidade de gênero e condição étnico-racial nas ações educativas;
- Estimular na população masculina o auto cuidado com abordagem adequada e culturalmente competente e incluir temas diferentes à Atenção à Saúde do Homem na educação permanente dos trabalhadores do SUS;
- Manter interface permanente com as demais políticas de saúde no sentido de efetuar ações conjuntas;
- Oportunizar parceria com os movimentos sociais populares e outras entidades organizadas para divulgação ampla das medidas de prevenção e promoção da saúde;
- Instituir ferramenta para monitorar e avaliar as ações de saúde do homem.

9. RESPONSABILIDADES INSTITUCIONAIS

As responsabilidades institucionais estão definidas de acordo com as diretrizes emanadas do **Plano de Ação Nacional de Saúde do Homem (2009-2011)**, respeitando-se a autonomia e as competências das três esferas de governo. Estas se encontram descritas a seguir:

9.1 União

- Fomentar a implementação e acompanhar a implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem;
- Estimular e prestar cooperação aos Estados e Municípios visando à implantação e implementação da referida política, valorizando e respeitando as diversidades loco - regionais;



- Promover, no âmbito de sua competência, a articulação intersetorial e interinstitucional necessária à implementação da referida política;
- Estimular e apoiar a realização de pesquisas que possam aprimorar a Atenção Integral à Saúde do Homem;
- Propor estratégias de educação permanente para os trabalhadores do SUS voltadas para a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem;
- Estabelecer parceria com diversas Sociedades Brasileiras Científicas cujas atividades tenham afinidade com as ações propostas na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem;
- Coordenar o processo de construção das Diretrizes Nacionais da Atenção à Saúde do Homem e de protocolos terapêutico-clínicos, em parceria com os estados e Municípios, apoiando-os na implementação dos mesmos;
- Promover, junto à população, ações de informação, educação e comunicação em saúde visando difundir a política ora proposta;
- Estimular e apoiar o processo de discussão com participação de todos os setores da sociedade, com foco no controle social, nas questões pertinentes à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.

9.2 Estados e Distrito Federal

- Definir, coordenar, acompanhar e avaliar, no âmbito do seu território, a Política Estadual de Atenção à Saúde do Homem, tendo como base as diretrizes ora propostas, o perfil epidemiológico e as especificidades loco - regionais;
- Participar na coordenação e implementação, no âmbito distrital, das estratégias nacionais de educação permanente dos trabalhadores do SUS voltada para a Política Estadual/Distrital de Atenção à Saúde do Homem, respeitando-se as especificidades loco – regionais;



- Estabelecer parceria com as diversas organizações cujas atividades tenham afinidade com as ações propostas na Política Distrital de Atenção à Saúde do Homem;
- Promover a articulação intersetorial e interinstitucional necessária à implementação da referida política;
- Fomentar a elaboração e implantação de protocolos clínico-terapêuticos, no âmbito distrital, em consonância com as diretrizes nacionais de atenção;
- Promover junto à população ações de informação, educação e comunicação em saúde visando difundir a política ora proposta;
- Estimular e apoiar o processo de discussão com participação de todos os setores da sociedade, com foco no controle social, nas questões pertinentes à Política Distrital de Atenção à Saúde do Homem;
- Incentivar junto à rede educacional estadual ações educativas que visem a promoção e atenção à saúde do homem.

10 RECURSOS FINANCEIROS

As ações serão implantadas gradativamente, articuladas com as Políticas já existentes e executadas pela SES – DF conforme orçamento existentes com verba do Ministério da Saúde, incluída no fundo PAB FIXO, enfatizando-se a adequação aos princípios e diretrizes acima expostos..

As capacitações de profissionais da saúde e a produção de materiais educativos serão viabilizadas com recursos do **Planejamento Anual em Saúde (PAS) da Subsecretaria de Atenção Primária a Saúde/SES-DF**.

As esferas de gestão do SUS tem como responsabilidades precípua para a implementação da Política: a definição do financiamento, a priorização de ações e o monitoramento e avaliação que devem ser incluídos nos seus respectivos Planos de Saúde.



11 AVALIAÇÃO

A avaliação será realizada pela análise dos seguintes marcadores:

- O número de consultas para a população masculina realizadas na Atenção Primária à Saúde no período de 12 meses;
- Número de atendimentos realizados para a população masculina por encaminhamento à Atenção Especializada;



12 BIBLIOGRAFIA

- IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – **Censos Demográficos e Contagem Populacional para os anos intercensitários**. Estimativas preliminares dos totais populacionais, estratificados por idade e sexo pelo MS/SE/DATASUS.
- GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. Plano Diretor De Regionalização do Distrito Federal, 2005.
- LAURENTI R, MELLO-JORGE MHP, GOTLIEB SLD. **Perfil epidemiológico morbimortalidade masculina**. Ciência Saúde Coletiva 2005; 10:35-46.
- LYRA Jorge. “**Homens e cuidado: uma outra família?**” In: ANA Rojas Acosta, Maria Amália Faller Vitale (orgs.). Família: Redes, Laços e Políticas Públicas. São Paulo: Cortez, 2008.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE/DATASUS, **Indicadores de Saúde**, <http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus>. Acessado 17 de janeiro de 2012 às 16 horas e 40 minutos.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE/DATASUS, **Informações de Saúde**, <http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus>. Acessado 17 de janeiro de 2012 às 16 horas e 30 minutos.
- MINISTERIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Formulação de Políticas de Saúde – Políticas de Saúde. **Metodologia de Formulação**, Brasília, 1998.
- **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**: Princípios e diretrizes/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde 2009.
- SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. **Boletim Epidemiológico**, 2010.