

MINISTÉRIO DA SAÚDE

**I SIMPÓSIO
DE SAÚDE
SEXUAL E SAÚDE
REPRODUTIVA
MASCULINA E
ENCONTRO
NACIONAL DE
COORDENADORES
DE SAÚDE DO
HOMEM
RELATÓRIO FINAL**



Brasília – DF
2018



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

**I SIMPÓSIO
DE SAÚDE
SEXUAL E SAÚDE
REPRODUTIVA
MASCULINA E
ENCONTRO
NACIONAL DE
COORDENADORES
DE SAÚDE DO
HOMEM
RELATÓRIO FINAL**



Brasília – DF
2018

2018 Ministério da Saúde.



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <www.saude.gov.br/bvs>. O conteúdo desta e de outras obras da Editora do Ministério da Saúde pode ser acessado na página: <<http://editora.saude.gov.br>>.

Tiragem: 1ª edição – 2018 – versão eletrônica

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Ações Programáticas Estratégicas
Coordenação Nacional de Saúde do Homem
Esplanada dos Ministérios, bloco G, S/N
Edifício Anexo, 4º andar, ala B
CEP: 70058-900 – Brasília/DF
Tel.: (61) 3315-6222
Site: <http://portalms.saude.gov.br/saude-para-voce/saude-do-homem>
E-mail: saudedohomem@saude.gov.br

Coordenação:

Francisco Norberto Moreira da Silva
Renata Gomes Soares

Elaboração de texto:

Ana Gabriela Sena
Juliano Mattos Rodrigues
Kátia Maria Barreto Souto

Colaboração:

Caroline Ludmila Bezerra Guerra
Cícero Ayrton Brito Sampaio
Haydee Padilla – Opas/OMS no Brasil
João Calisto Lobo Ameno
Lúcia Helena Pontes de Oliveira Lambert
Michelle Leite da Silva

Apoio institucional:

Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (Opas/OMS) no Brasil

Editora responsável:

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria-Executiva
Subsecretaria de Assuntos Administrativos
Coordenação-Geral de Documentação e Informação
Coordenação de Gestão Editorial
SIA, Trecho 4, lotes 540/610
CEP: 71200-040 – Brasília/DF
Tels.: (61) 3315-7790 / 3315-7794
Site: <http://editora.saude.gov.br>
E-mail: editora.ms@saude.gov.br

Equipe editorial:

Normalização: Delano de Aquino Silva
Revisão: Khamila Silva e Tatiane Souza
Capa, projeto gráfico e diagramação: Renato Carvalho

Ficha Catalográfica

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

I Simpósio de Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva Masculina e Encontro Nacional de Coordenadores de Saúde do Homem : relatório final [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2018.

127 p. : il.

Modo de acesso: World Wide Web: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/simpomio_saude_sexual_reprodutiva_encontro_nacional.pdf>

ISBN 978-85-334-2609-2

1. Saúde do Homem. 2. Saúde Sexual. 3. Saúde Reprodutiva. I. Título.

CDU 613.97-055.1

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2018/0051

Título para indexação:

I Men's Sexual and Reproductive Health Symposium and National Meeting of Man Health Coordinators: final report

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	4
2	PROGRAMAÇÃO	10
3	MESA DE ABERTURA	14
4	I SIMPÓSIO DE SAÚDE SEXUAL E SAÚDE REPRODUTIVA MASCULINA	19
5	ENCONTRO NACIONAL DE COORDENADORES DE SAÚDE DO HOMEM	83
	ANEXO – PRINCIPAIS AVANÇOS E DIFICULDADES PARA TRAÇAR ESTRATÉGIAS NA GARANTIA DA INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE DO HOMEM	118



1 INTRODUÇÃO

- A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (Pnaish), instituída por meio da Portaria GM/MS n.º 1.944, de 27 de agosto de 2009, tem como objetivo ampliar o acesso com qualidade da população masculina às ações e aos serviços de saúde da rede do Sistema Único de Saúde (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. Nesta perspectiva, a Coordenação Nacional de Saúde do Homem (CNSH), do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde, é a área responsável pela condução e articulação para implementação desta Política no SUS.
- A Pnaish enfatiza a necessidade de mudar a percepção da população masculina em relação ao cuidado com sua saúde, sobretudo porque se sabe que é mais comum que essa população acesse o sistema de saúde tardiamente, com as doenças e os agravos já instalados e, muitas vezes, de forma grave, o que resulta em maior sofrimento ao usuário e sua família, menor resolutividade e maior custo para o sistema de saúde.



- A principal diretriz é promover ações de saúde que contribuam significativamente para a compreensão da realidade masculina nos seus diversos contextos socioculturais e político-econômicos, respeitando os diferentes níveis de desenvolvimento e organização dos sistemas locais de saúde e tipos de gestão de estados e municípios, conforme definido pela Rede de Atenção à Saúde (RAS).
- O desafio fundamental para a realização deste projeto político é buscar atender às necessidades individuais e coletivas das diversas populações masculinas, visibilizando e integrando suas especificidades em saúde em articulação com as demais políticas existentes na lógica das Redes de Atenção à Saúde, tendo a Atenção Básica como porta de entrada de um sistema universal, integral e equânime.
- Assim, a Coordenação Nacional de Saúde do Homem trabalha a Pnaish a partir de cinco eixos prioritários que norteiam suas principais ações técnicas e políticas no âmbito da gestão: acesso e acolhimento; saúde sexual e saúde reprodutiva; paternidade e cuidado; prevenção de violências e acidentes; e doenças prevalentes na população masculina.
- O **Acesso e Acolhimento** é um tema de grande relevância nos serviços de saúde como um todo, sobretudo no que tange à população masculina, visto que indicadores demonstram que há baixa procura e/ou adesão deste segmento às Unidades Básicas de Saúde (UBS), bem como falta de planejamento estratégico por parte dos gestores e trabalhadores de saúde para sensibilizá-los e captá-los, fazendo com que, muitas vezes, os homens tenham acesso ao sistema de saúde por meio de procedimentos especializados, de média e alta complexidade, ou pela urgência e emergência.
- Este eixo norteia-se para a formulação de estratégias que incentivem a realização dos exames preventivos, a adoção de estilos e hábitos de vida saudáveis e a promoção da saúde, por meio da realização de ações voltadas para a educação em saúde que sejam capazes de propiciar mudanças na ambiência física dos serviços e no comportamento dos trabalhadores, da comunidade e dos usuários, considerando as peculiaridades sociais, econômicas, regionais e culturais deste público.



- **A Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva** é um tema que diz respeito ao direito à saúde sexual e à saúde reprodutiva, ao respeito aos princípios morais e crenças dos usuários, bem como suas demandas no campo de práticas sexuais e reprodutivas. O direito de expressar sua orientação sexual e sua identidade de gênero, sua vontade individual de planejar ter ou não ter filhos/filhas deve ser levada em consideração, assim como a vulnerabilidade da saúde sexual masculina a doenças e agravos, tanto no campo biológico quanto no psíquico.
- **A Paternidade e Cuidado** é um tema relacionado ao engajamento dos homens nas ações do planejamento reprodutivo e no acompanhamento do pré-natal, parto e pós-parto de suas parceiras e nos cuidados no desenvolvimento da criança, trazendo como possibilidade real a todos os envolvidos melhor qualidade de vida e vínculos afetivos saudáveis. Este campo de atuação oferece inúmeros benefícios no que tange à Educação Permanente em Saúde, principalmente a valorização de modelos masculinos positivos que inspiram capacidade de ouvir, negociar e cooperar, pautados no respeito, na tolerância, no autocontrole e no cuidado.
- Uma ação fundamental para a consolidação deste eixo é a expansão na rede SUS da estratégia Pré-Natal do Parceiro, formulada pela Coordenação Nacional de Saúde do Homem (CNSH), que visa, por um lado, colaborar para o exercício da paternidade ativa e consciente e, por outro, integrar os homens nos serviços de saúde ofertados, possibilitando que eles realizem exames preventivos, tais como HIV, sífilis, hepatites, hipertensão e diabetes, e atualizem sua carteira de vacinação, entre outros.
- **Doenças Prevalentes na População Masculina** é um tema que se refere, entre outros aspectos, à prevenção e promoção da saúde junto aos segmentos masculinos por meio de ações educativas, à organização dos serviços e capacitação dos trabalhadores da saúde, além da formulação de políticas para a prevenção e controle das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e de outras enfermidades afetas a esta população.
- No Brasil, as DCNT correspondem a cerca de 70% das causas de mortes, atingindo as camadas mais pobres e os grupos populacionais mais vulneráveis. São determinantes



sociais da saúde as desigualdades sociais, diferenças relacionadas ao acesso dos bens e serviços, baixa escolaridade, desigualdades no acesso à informação, além de fatores de risco modificáveis, como tabagismo, consumo de bebida alcoólica, inatividade física e alimentação inadequada, tornando possível sua prevenção.

- Os homens apresentam mais fatores comportamentais de risco do que as mulheres, o que determina maior morbimortalidade por doenças crônicas. A partir dessa perspectiva, a Pnaish tem buscado elaborar e executar amplo projeto que fortaleça e dissemine seus preceitos e diretrizes, evidenciando os fatores de risco e de proteção e a influência das questões de gênero no adoecimento por doenças crônicas.
- A priorização destes eixos não exclui os demais temas pertinentes à saúde do homem, que devem ser contemplados a partir da transversalidade das ações com outras áreas do Ministério da Saúde e do governo federal, trazendo maior integralidade à gestão da Pnaish como um todo.
- A Coordenação Nacional de Saúde do Homem tem desenvolvido ainda diferentes ações, como campanhas, elaboração de materiais educativos, seminários, oficinas, encontros e capacitações voltadas para a organização dos serviços, além da sensibilização de homens, de gestores e da qualificação de profissionais de saúde sobre o tema.
- Nesta perspectiva, a Coordenação Nacional de Saúde do Homem, em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (Opas/ OMS), organizou dois encontros de fundamental importância para a Pnaish: I Simpósio de Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva Masculina e o Encontro Nacional de Coordenadores de Saúde do Homem. Estes dois eventos, que ocorreram nos dias 26 e 27 de setembro de 2016, contaram com a participação de vários especialistas no tema, coordenadores e coordenadoras de saúde do homem dos estados, do Distrito Federal e das capitais, representantes das áreas do Ministério da Saúde, bem como convidados internacionais e nacionais.
- O I Simpósio de Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva Masculina teve como objetivo debater os desafios e as estratégias para a implementação de ações em Saúde Sexual



e Saúde Reprodutiva (SSSR) na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (Pnaish), considerando as diferentes realidades locorregionais e territoriais do Sistema Único de Saúde (SUS).

- A atenção à SSSR é uma das áreas prioritárias da Atenção Básica no SUS, devendo ser ofertada observando-se o respeito aos direitos sexuais e aos direitos reprodutivos e uma qualificação profissional com enfoque não apenas no indivíduo, mas também na família e na comunidade.
- No âmbito nacional, foi firmado em 2006 pelos gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) o Pacto pela Saúde, que abarcou em suas diretrizes e objetivos algumas pautas que também têm relação direta com o tema: redução da mortalidade infantil e materna, controle do câncer de colo de útero e da mama, saúde do idoso, promoção da saúde e o fortalecimento da Atenção Básica (Brasil, 2013).
- Além disso, o Ministério da Saúde lançou, em 2007, o Programa Mais Saúde: Direito de Todos, que incorpora a expansão das ações de planejamento familiar entre suas proposições e, em 2013, o *Caderno de Atenção Básica nº 26 – Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva*, que incentiva a abordagem de novos paradigmas em SSSR no Brasil.
- Por todas estas razões, é fundamental a ampliação do escopo da Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva, contemplando diferentes fases do ciclo de vida, as diversas expressões do exercício da sexualidade, fomentando a corresponsabilidade e a responsabilidade dos homens em suas ações estratégicas (Brasil, 2009).
- A programação do Simpósio contou com três painéis: Painel 1 – “Desafios e avanços em relação à Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva Masculina”; Painel 2 – “Panorama das principais infecções sexualmente transmissíveis (IST) que acometem os homens no Brasil”; Painel 3 – “Violência sexual relacionada a gênero”. Foram apresentadas palestras relacionadas a temas específicos sobre Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva masculina, como a sexualidade masculina, a epidemiologia de infecções transmitidas sexualmente, as masculinidades e as violências.



- A Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (Opas/OMS), ao orientar esforços para promover a equidade em saúde, combater doenças, melhorar a qualidade de vida e elevar a expectativa de vida de todos os povos das Américas, vem desenvolvendo ações e estratégias no sentido de fortalecer ações em saúde, tendo em vista a perspectiva de gênero e a importância do cuidado à saúde das mulheres e dos homens. É nessa perspectiva que se destaca a importância da parceria com a Coordenação Nacional de Saúde do Homem para a realização do I Simpósio de Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva Masculina e do Encontro Nacional de Coordenadores de Saúde do Homem.
- Alinhado com as estratégias da Opas/OMS, avalia-se que o Simpósio, ao debater a temática considerando o contexto de atuação da gestão e seus desafios para aprimorar ações, estratégias, programas e políticas orientadas para a inclusão da SSSR masculinas na lógica dos serviços ofertados pelo SUS, contribuiu para a reflexão crítica estimulando a construção de abordagens e planejamentos mais inovadores e fortalecendo os conhecimentos em torno do debate sobre o tema.
- Esta publicação apresenta a sistematização das apresentações dos painéis, dos debates e dos resultados dos eventos para sua divulgação e consulta.



2 PROGRAMAÇÃO

I Simpósio de Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva Masculina

PROGRAMAÇÃO DO DIA 26 DE SETEMBRO DE 2016

8h – Credenciamento

8h30 – Mesa de abertura

- Representante do Conselho Nacional de Saúde
– Sr. Moyses Toniolo de Souza.
- Presidente do Conselho Nacional de Secretarias
Municipais de Saúde – Dr. Mauro Junqueira.
- Representante Nacional da Opas – Sra. Haydee Padilla.

9h – Palestra de Abertura – “Sexualidade Masculina: Mitos, Medos e Desejos”.

Palestrante: *Marcos Nascimento – Fiocruz /RJ.*



PROGRAMAÇÃO DO DIA 26 DE SETEMBRO DE 2016

9h30 – Painel 1 – “Desafios e avanços em relação à Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva Masculina”

Moderador: *Juliano Mattos – Coordenação Nacional de Saúde do Homem (CNSH)/DAPES/SAS/MS*

9h30 – Tema 1 – “La Salud Sexual y la Salud Reproductiva de los Hombres Mayores de 20 años en el Primer Nivel de Atención de Salud”

Palestrante: *Sex. Lic. Psic. Agustin Bergeret – Ministerio de Salud Pública/Uruguai.*

10h – Tema 2 – “Disfunções Sexuais”

Palestrante: *Eduardo Saraiva Pimentel – Sociedade Brasileira de Urologia (SBU)/DF*

10h30 – Tema 3 – “Dados Epidemiológicos sobre Câncer de Pênis, Testículo e Próstata”

Palestrante: *Beatriz Kneipp – Instituto Nacional de Câncer José Alencar (Inca).*

11h – Tema 4 – “Clínica dos Cânceres Urológicos”

Palestrante: *Flávio Henrique Frederico Guimarães– SBU/DF*

11h30 às 12h – Debate

12h às 13h30 – Almoço

13h30 – Painel 2 – “Panorama das principais infecções sexualmente transmissíveis (IST) que acometem os homens no Brasil.”

Moderador: *Cícero Ayrton – CNSH/DAPES/SAS/MS.*

13h30 – Tema 1 – “O Tratamento da Sífilis e das Hepatites B e C na População Masculina”

Palestrante: *Adele Benzaken – Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais (DDAHV)/MS.*

14h – Tema 2 – “Homens vivendo com HIV/aids”

Palestrante: *Moisés Toniolo de Souza – Conselheiro Nacional de Saúde e membro da Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV e Aids (RNP+Brasil).*

14h30 às 15h – Debate

15h – Painel 3 – “Violência sexual relacionada a gênero”

Moderadora: *Kátia Souto – CNSH/DAPES/SAS/MS.*



PROGRAMAÇÃO DO DIA 26 DE SETEMBRO DE 2016

15h – Tema 1 – “Violência e Masculinidades”

Palestrante: *Jorge Lyra – GEMA/UFPE.*

15h30 – Tema 2 – “Violência, Vulnerabilidades e Iniquidades”

Palestrante: *Esdras Daniel dos Santos Pereira – Departamento de Apoio à Gestão Estratégica e Participativa DAGEP/SGEP/MS.*

16h – Tema 3 – “Acompanhamento dos homens autores de violência”

Palestrante: *Anne Caroline Luz Grudtner da Silva – Doutoranda da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).*

16h30 às 17h – Debate

17h – Encerramento.

Encontro Nacional de Coordenadores de Saúde do Homem

PROGRAMAÇÃO DO DIA 27 DE SETEMBRO DE 2016

8h30 – Acolhimento – vídeo

9h – Painel 1: “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem – Pnaish”

“Panorama atual da Pnaish”

Palestrante: *Francisco Norberto – Coordenador da CNSH/DAPES/SAS/MS.*

9h30 – Lançamento do Curso de EAD – Saúde do Homem – UFSC.

Palestrantes: *Sheila Lindner, Larissa Marques e Gisélida Vieira.*

10h – Apresentação da Pesquisa com a Ouvidoria do SUS – “Saúde do Homem, Paternidade e Cuidado”

Palestrantes: *Cicero Ayrton Sampaio – CNSH/DAPES/SAS/MS, Michelle Leite – CNSH/DAPES/SAS/MS; Flávia Silvério – Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS (DOGES)/SGEP/MS.*

10h30 – Painel 2: “Troca de Experiências Exitosas em Saúde do Homem”

Coordenação: *Renata Gomes – Coordenadora adjunta da CNSH/DAPES/SAS.*



PROGRAMAÇÃO DO DIA 27 DE SETEMBRO DE 2016

10h30 – Experiência exitosa 1 – “O caminho terapêutico para o exercício da paternidade: a experiência da Maternidade Carmela Dutra para o estabelecimento de vínculo a partir do enfoque de rede”. Rio de Janeiro/RJ.

10h45 – Experiência exitosa 2 – “Pré-Natal Masculino em Bento Gonçalves”. Bento Gonçalves/RS.

11h – Experiência exitosa 3 – “Ampliação do acesso à população masculina adulta por meio da abertura de unidades aos sábados com atendimento exclusivo no Distrito Sanitário Pau da Lima, Salvador-Bahia”. Salvador/BA.

11h15 – Experiência exitosa 4 – “Planejamento Reprodutivo: um cuidado à Saúde do Homem”. Vitória/ES.

11h30 às 12 – Debate

12h às 13h30 – Almoço

13h30 – Experiência exitosa 5 – “Mensuração das práticas assistenciais para a saúde da população do campo, do homem e do trabalhador rural”. Campo Grande/MS.

13h45 – Experiência exitosa 6 – “Jornada de Ações de Saúde do Homem no Complexo Prisional do Curado”. Recife/PE.

14h – Debate

14h30 – Trabalho em grupos – Elaboração de Matriz: avanços – dificuldades – estratégias/proposições.

16h – Plenária para apresentação da discussão dos trabalhos em grupo.
Coordenação: *Francisco Norberto Moreira da Silva e João Calisto Lobo Ameno* – CNSH/DAPES/SAS/MS.

17h – Encerramento.



3 MESA DE ABERTURA

Haydee Padilla

*Coordenadora da Unidade Técnica de Família,
Gênero e Curso de Vida da Opas/OMS*

- O cuidado à saúde do homem é um tema de grande importância para a Opas/OMS, que une esforços ao Brasil no fortalecimento da qualidade de vida dos homens brasileiros.
- Sabe-se que os homens não frequentam os serviços de saúde e, quando o fazem, já estão em estágios muito avançados das doenças. Os dados mostram as cinco principais causas de mortes entre homens: doenças infecciosas, violências, acidentes de trânsito, suicídio e doenças cardiovasculares. Mas será que os nossos serviços estão preparados para cuidar da saúde do homem?
- A Opas/OMS percebe que, em relação à temática da saúde do homem, os países da região das Américas estão comprometidos na atenção a essa população e reconhece o grande e rápido avanço do Brasil. No entanto, faz-se necessário reconhecer os diferentes desafios atuais e futuros.



- A população brasileira está envelhecendo ao mesmo ritmo que a população da China. O Brasil já tem mais pessoas idosas que crianças menores que 5 anos e, no ano de 2020, teremos mais idosos que jovens menores de 15 anos. Esta é uma preocupação da Unidade Técnica de Família, Gênero e Curso de Vida da Opas/OMS.
- É preciso pensar, por exemplo, nos homens idosos, entre eles, os que são sexualmente ativos. E, por isso, a importância de pensar na saúde sexual e na saúde reprodutiva dos homens. Além disso, os horários de atenção oferecidos nos serviços de saúde precisam se adequar para atender estes homens.
- Nossa organização tem um plano de ação regional que os Ministros da Saúde dos países das Américas se comprometem a desenvolver. Sendo assim, a Opas/OMS realiza suas ações de forma alinhada com o Ministério da Saúde no Brasil, dando respostas às pessoas e às suas demandas.
- Dr. Joaquim Molina, representante da Opas/OMS no Brasil, ficará muito contente com os resultados deste evento já que, quando tratamos do tema, ele está sempre atento às questões da saúde dos homens.
- Por fim, importante ressaltar que este não deve ser o único simpósio sobre o tema e outros eventos deverão abordar a implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.

Moyses Toniolo de Souza

Representante do Conselho Nacional de Saúde

- É muito importante a presença do Conselho Nacional de Saúde neste evento. O homem é muito invisível nas práticas cotidianas dos serviços de saúde e a sociedade brasileira ainda é muito machista.



- Não temos mais um homem como modelo de “super-homem”. Ele frequentemente não precisa do serviço de saúde e quando busca está em situação grave ou afetando seu trabalho. Nesse sentido, é levado por força da circunstância a buscar o serviço de saúde.
- Quais são as diretrizes para a saúde do homem enquanto Conselho Nacional de Saúde (CNS)? Antes de tudo, é preciso lembrar-se de que, neste momento, passamos por uma grave instabilidade no País. E isto afeta, inclusive, a implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.
- No entanto, os entraves para o Sistema Único de Saúde estão postos, no que se refere a sua sustentabilidade. Não teremos garantia de implementar as políticas de saúde se o SUS não for financiado como deve. Por isso a luta contra a PEC 241*, que visa congelar os gastos de saúde em 20 anos, adotando como referencial os valores que foram gastos em 2016. E saúde não é gasto. Saúde é investimento. Como fazer para que a sustentabilidade de suas ações seja crescente?
- Não vamos mudar o País acabando com o SUS, que é público, transformando-o em um modelo quase que totalmente privatizado.
- Vivemos uma instabilidade política que, infelizmente, não está resolvida. E o presidente do Conselho Nacional de Saúde, Ronald Ferreira, não pôde estar presente neste evento porque, neste momento, estamos em várias frentes de batalha em defesa do SUS.
- É preciso afirmar que nós, do Conselho Nacional de Saúde, estaremos muito presentes na saúde do homem que precisa ser efetivada, assim como o Sistema Único de Saúde e o CNS se encontram de portas abertas para levar a discussão desta temática para o seu colegiado, em prol da saúde do homem.

* (aprovada no Congresso Nacional e agora EC-95)



Mauro Junqueira

Presidente do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems)

- A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem é um desafio para todos nós. E desafio maior ainda é levar o homem às unidades de saúde.
- Os homens resistem em buscar a prevenção e a promoção da saúde. Portanto, é fundamental debater e discutir estratégias de mudanças.
- E o Conasems também está preocupado com a questão do subfinanciamento da saúde. A PEC 241** congela a saúde, a educação e todas as áreas sociais. Este é o tema de um embate frequente com o Congresso Nacional, pois a PEC retira 600 bilhões de reais do SUS nos próximos 20 anos não considerando, inclusive, o aumento da população e seu envelhecimento (já que a população com mais 60 anos dobrará neste período). Além disso, os recursos do ano de 2016 já são menores que os recursos do ano de 2015 (na ordem de 16 bilhões de reais).
- O ministro da Saúde tem conseguido descontingenciar parte dos recursos contingenciados. Mas os estados da Federação estão com muitas dificuldades e graves problemas de atraso no repasse fundo a fundo para o conjunto de municípios. Dois estados estão com a CIB suspensa, com dificuldade de acordo e negociação com os municípios.
- Os municípios ficam com 17% das receitas, aplicam na saúde 31% e respondem por tudo que é aplicado. Neste contexto, o governo federal transfere a responsabilidade, mas o recurso não acompanha esta transferência.
- Entretanto, por sermos defensores deste sistema e atuarmos nele, o Conasems reafirma seu compromisso para enfrentar todas essas questões, inclusive para pensar a forma pela qual poderemos levar os homens a fazerem a promoção e a prevenção de sua saúde.

** (aprovada no Congresso Nacional e agora EC-95)



Francisco Norberto Moreira da Silva

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

- Este Simpósio e este Encontro são dois importantes eventos realizados em parceria com a Opas. E foi importante pensar em como construir o desenho de um evento que pensasse a saúde sexual e a saúde reprodutiva masculina. Por isso, a programação reflete, entre outros temas, as violências, as práticas sexuais e as relações interpessoais.
- Sabe-se que, na temática da sexualidade como um todo, há mitos e medos que impactam nas masculinidades, nas vulnerabilidades e nos adoecimentos.
- Estes dois dias de evento terão como resultado um produto que será um relato de tudo que foi debatido e que servirá de referência para pensar o planejamento da saúde do homem, no que se refere às diretrizes e às ações.
- Ainda que a Política objetive ampliar o acesso da população masculina, prioritariamente na faixa etária de 20 a 59 anos, é preciso pensar o que está sendo realizado para a população de homens abaixo de 20 anos e acima dos 60 anos, tendo como referência a promoção, a prevenção e o cuidado em saúde.
- Precisamos ter coragem para avançar cada vez mais na implementação desta Política. Sendo assim, a participação dos coordenadores estaduais e municipais de saúde do homem é muito importante neste momento.
- É preciso agradecer também a todos os parceiros que contribuem nesta implementação como a Opas/OMS, a Sociedade Brasileira de Urologia, ao Gema – Núcleo Feminista de Pesquisas em Gênero e Masculinidades, a Fiocruz, o Departamento de IST/Aids e Hepatites Virais e outras áreas técnicas do Ministério da Saúde.



4 | SIMPÓSIO DE SAÚDE SEXUAL E SAÚDE REPRODUTIVA MASCULINA

Palestra de Abertura – “Sexualidade Masculina: Mitos, Medos e Desejos”

Marcos Nascimento

Pesquisador IFF/Fiocruz (RJ) – Programa de pós-graduação em Saúde da Criança e da Mulher

- A OpaS/OMS sempre foi palco de diversos debates sobre homens e suas masculinidades, muito antes do lançamento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (Pnaish), e também tem sido parceira de diversas entidades que trabalham em prol da igualdade de gênero há muitos anos. Por isso é um prazer estar aqui novamente.
- Acredito que a primeira pergunta que devemos nos fazer é: como pensar as sexualidades masculinas? E nos referimos às sexualidades masculinas no plural em função das diversas expressões da sexualidade e das masculinidades.



- O campo de debates sobre masculinidades e sexualidades é bastante amplo e temos trabalhado com estas questões, na perspectiva de pesquisa, da intervenção e da incidência política. Assim, foi possível realizar certa reflexão sobre trabalhos empíricos na população masculina.
- A sexualidade é um importante objeto de reflexão acadêmica, seja na Medicina, seja nos saberes psi como a Psicologia, a Psiquiatria ou a Psicanálise, nas Ciências Sociais ou ainda no Direito. Mas, sobretudo no campo de gênero e feminismos, este tem sido um tema muito trabalhado.
- A sexualidade também tem como foco a intervenção, inclusive como fruto de trabalhos das organizações sociais no campo da Educação em sexualidade ou da Educação em saúde.
- Mas estas abordagens guardam diferenças que são importantes para pensar a academia, as intervenções e as políticas públicas.
- Muitas vezes, tendemos a pensar que, apesar da sexualidade ser pensada no mundo privado, ela nunca deixou de ser do mundo público. Se, por um lado, consideramos o tema como algo do mundo dos prazeres, dos afetos e da intimidade, ele também pode ser visto como forma de afirmação da identidade. Citando Caetano Veloso: “todos querem saber com quem você se deita”. Portanto, o tema possui valorização e peso social bastante grande. Além disso, a sexualidade também é expressão da diversidade humana e vai permear os ciclos de vida.
- Entretanto, a sexualidade não pode ser vista apenas como algo da ordem da pulsão ou como algo inerente a certa fisiologia.
- Como a sexualidade se apresentou em diferentes contextos culturais? Para responder a esta pergunta, devemos considerar o aprendizado da sexualidade: a aquisição e a interiorização das concepções históricas, culturais e políticas sobre o sexo.
- Como os meninos aprendem sobre a sexualidade? Este aprendizado ocorre no âmbito da convivência com os pais, com a escola e nas relações com outros homens e mulheres.



- Apesar da visão da sexualidade como algo do mundo do privado, ela é regulada pela cultura (o que é permitido ou proibido em determinada sociedade), pela Medicina (campo da Psiquiatria sobre o que é considerado normal ou patológico), pela lei (em outros países, ser homossexual é considerado delito e a transexualidade é patologizada) e também pela religião (pecado e transgressão).
- Nos últimos 20 anos, a sexualidade foi compreendida como direito e teve seus desdobramentos nos direitos sexuais: homens e mulheres como sujeitos de direitos.
- A sexualidade também está ligada à saúde, ou seja, seu exercício tem implicações no campo da Saúde. Entretanto, não é possível falar de sexualidade e não falar de reprodução.
- Neste tema, há diferenças do que se entende como sexualidade feminina e masculina, assim como no que se refere à participação de homens e mulheres no campo da reprodução.
- A masculinidade deve ser entendida como construção social e aprendizado. Por isso, não podemos dizer que há uma essência masculina que dita a sexualidade masculina. Neste sentido, valores e concepções históricas, culturais e políticas permearão a sexualidade, assim como as questões das masculinidades e das feminilidades.
- Por outro lado, não podemos pensar nas masculinidades sem destacar os marcadores de raça e etnia, de geração, de orientações sexuais, das masculinidades brasileiras ou europeias, latino-americanas. Todos estes marcadores vão modelar o entendimento do que é ser homem.
- Como pensar as sexualidades masculinas no mundo privado e público? Devemos lembrar-se de que os homens são incentivados a exercer sua sexualidade muito cedo. Sendo assim, eles são incentivados a conquistarem e ocuparem o mundo público. As mulheres precisam de alguém para acompanhá-las, assim como para controlar e cuidar da sexualidade feminina. Já os meninos podem começar a beber e a frequentar o “baile” ainda muito jovens (signo de virilidade e masculinidade). Da mesma forma, são



incentivados a exercer sua sexualidade mais cedo, exercendo o papel de homem. E isto acontece não somente no mundo urbano, mas também no rural.

- A sexualidade masculina acaba sendo colocada como forma de expressão de uma masculinidade hegemônica, por meio de certo modelo de masculinidade que engloba a heterossexualidade. Ela é orientada para a ação: ser um jovem “pegador” é valorizado socialmente (diferente da mulher).
- O que acontece na prática é que um rapaz de 13 ou 14 anos conta histórias inventadas sobre sua primeira relação sexual e sua vasta experiência sexual. Quando ele finalmente perde a virgindade, não pode mais contar para ninguém.
- Sobre a pornografia e sua relação com a masculinidade, podemos afirmar que ela se encontra ao alcance de todos pela internet. Antes havia um rito: ir a uma banca de jornal ou uma locadora de vídeo para adquirir a pornografia. Hoje em dia, ela se disseminou de tal forma na internet que acabou promovendo uma permeabilidade muito grande, transformando-se, inclusive, em “estratégia” de educação sexual na visão de muitos garotos e jovens.
- Da mesma forma, a ideia do sexo virtual (tema que também está próximo da pornografia) terá impacto na sexualidade, seja do ponto de vista da organização para aquisição de conhecimento ou sobre as relações, seja em termos de violência.
- Devemos destacar também que a sexualidade masculina perpassa as questões da homossexualidade e da transexualidade, que são vivências das sexualidades masculinas.
- Sobre esta temática, é importante entender que a sexualidade masculina é considerada como algo da ordem do “incontrolável”, ou seja, os homens teriam mais desejo sexual e, portanto, teriam mais atividade sexual (o que se relaciona com a sífilis e o controle sanitário das prostitutas).
- Além disso, também é fundamental compreender o tema do poder nas relações sexuais, que interfere diretamente na negociação do uso de preservativos, no próprio



consentimento da relação sexual, que acaba muitas vezes acontecendo pelo desejo do homem apenas.

- Os homens aprendem que sexo é penetração. E, para eles, falar sobre sexo é uma dificuldade, já que aprendem que sexo se faz e não se fala. Isto é uma confirmação da virilidade masculina.
- Diante deste contexto, ainda é um tabu falar sobre a homossexualidade. Na história, ela aparece como relacionada a doenças ou ao pecado. Além disso, considera-se a homossexualidade pela divisão de papéis entre a passividade e atividade, gerando hierarquia da sexualidade. Sendo assim, a homofobia atinge não somente lésbicas, *gays*, bissexuais, travestis e transexuais, mas serve como certo policiamento da sexualidade masculina como um todo.
- Existe também uma zona de interseção entre as questões da sexualidade e as questões da violência. O assédio sexual não é percebido pelos homens como forma de abordagem violenta. Da mesma forma, “forçar a barra” não é visto como forma de violência. Esta zona inclui também os abusos sexuais e a exploração sexual.
- E quais as implicações de tudo isso na saúde? Podemos destacar, por exemplo, a aids, o sexo seguro (ou inseguro) e os desdobramentos no campo da Saúde.
- Além disso, no caso específico dos homens, podemos destacar o tema do exame de próstata. Há uma concepção cultural sobre a masculinidade e a questão da saúde dos homens revela questões simbólicas muito fortes.
- Há que se considerar também a medicalização da sexualidade com o uso do Viagra. É necessário pensar criticamente sobre esta temática, já que estratégias como essa estão sendo utilizadas por homens jovens para melhorar a performance sexual (e não falhar durante o ato sexual): “sou homem sexual enquanto ereto”.
- Os homens trans colocam outros desafios para pensar a saúde, que vão além do Processo Transexualizador. Assim, é preciso refletir em como dar atenção integral às diferentes masculinidades.



- Por isso, faz-se necessário pensar a educação em sexualidade a partir de um viés de gênero e de direitos. O desmonte da educação e a retirada das questões de gênero da pauta são extremamente nocivos ao tema da saúde dos homens.
- É preciso refletir também sobre questões primordiais: a igualdade de gênero como desafio a ser alcançado e, para isso, a necessidade de discussão dos direitos sexuais e os direitos reprodutivos. Portanto, precisamos falar sobre sexualidade e falar sobre igualdade de gênero para avançarmos. Outra questão fundamental é a própria diversidade, ou seja, pensar nos homens e nas suas sexualidades em sua pluralidade.
- Importante destacar, ainda, que a sexualidade pode ser prazerosa, mas pode estar colocada como estratégia de violência e desigualdade. Por isso, é fundamental nunca deixar de falar sobre o tema da violência, não só sob a perspectiva do estupro, mas também da violência simbólica na própria negociação do ato sexual, que inclui, por exemplo, a negociação do uso do preservativo.

Painel 1 – “Desafios e Avanços em relação à Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva Masculina”

TEMA 1 – “LA SALUD SEXUAL Y LA SALUD REPRODUCTIVA DE LOS HOMBRES MAYORES DE 20 AÑOS EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE SALUD”

Agustín Bergeret

Sex. Lic. Psic. – Ministerio de Salud Pública/Uruguai

- Desde 2010, o Uruguai está realizando mudança normativa e de procedimentos sobre o tema da saúde sexual e reprodutiva. E olhamos para o Brasil como um país que segue na dianteira sobre a temática das masculinidades.



- Neste momento, o Uruguai está envolvido com a temática, como fruto destas mudanças que produziram normativas abundantes em saúde sexual e reprodutiva.
- Nos anos de 2008 e 2010, respectivamente, foi criada e regulamentada uma lei em defesa da saúde sexual e reprodutiva no país, que possibilitou avanço em todas as temáticas, acompanhada também de mudança na lei da educação, que formalizou a educação sexual como contraparte deste processo.
- O Uruguai é um país muito pequeno, como um estado do Brasil. E, nos anos 2006 e 2007, todo o Ministério da Saúde do Uruguai, enquanto política pública, avançou para a cobertura universal da atenção em saúde em todos os seus âmbitos no território nacional.
- De 2005 a 2010, foi implementado um programa nacional de mulheres e gênero, instituído como política de Estado, e foi criada uma área chamada de condição masculina (condição de saúde dos homens). A partir desta área, foram realizadas várias intervenções e avanços, que ajudaram a acelerar os processos de mudanças.
- De 2012 a 2013, o Uruguai procurou estabelecer uma linha de base que passava pela saúde dos homens.
- De alguma maneira, a realidade dos homens no Uruguai não é muito diferente do que se passa no Brasil, apesar da diversidade cultural brasileira, em oposição ao Uruguai que é muito mais homogênea.
- Ao verificar os avanços normativos concretos, existem prestações de serviços que têm relação com os homens, mas algumas não são exclusivas dos homens.
- De 2011 a 2014, houve inúmeras mudanças que já estão traduzidas em políticas públicas e prestações de serviços no sistema nacional integrado de saúde (como é denominado), no qual as instituições, tanto públicas como privadas, participam obrigatoriamente de todos estes avanços, recebendo uma contrapartida e oferecendo estes serviços aos homens associados: anticoncepção; acesso gratuito à vasectomia; atenção à licença-paternidade (que passa de três dias a dez dias); processo de reprodução assistida (que acompanhou o



processo das mulheres); e busca pelo fim da sífilis congênita (cuja origem fundamental das taxas está centrada nos homens que não monitoram sua saúde e que infectam novamente as mulheres grávidas).

- O Uruguai hoje está oferecendo o teste rápido como política pública para melhorar o direito à atenção e ao diagnóstico precoces e ao tratamento das doenças por infecções sexualmente transmissíveis (IST), HIV e aids. Entretanto, não só temos a dificuldade da população masculina de ir ao serviço de saúde, mas também a resistência dos homens em usar preservativos (que ainda existe).
- Já faz algum tempo que o Uruguai vem trabalhando para alcançar serviços de cuidado que consigam promover atenção aos homens que façam sexo com homens. Já haviam sido criados centros livres de homofobia e, atualmente, estamos avançando para centros de atenção inclusiva (não específicos, mas inclusivos nesta temática).
- As disfunções sexuais são também um tema que não alcançam *status* de direito. Na América Latina, em geral, é difícil que o tema das disfunções sexuais em homens seja protocolizado ao nível de política pública (há poucos países que estão neste processo). Isso faz com que a população masculina não tenha como resolver seus problemas em saúde.
- Sobre a sífilis congênita, o núcleo mais duro de resistência encontra-se na mulher que faz a detecção ao realizar o controle de gravidez. Está institucionalizado e protocolizado o tratamento imediato à detecção precoce, tanto para a mulher quanto para o homem, independentemente da cobertura. Entretanto, muitas vezes encontramos a mulher infectada novamente, na consulta seguinte, pela mudança de parceiro e a detecção não precoce dos homens que se consultam e se tratam tardiamente.
- A Lei do Acompanhamento do Parto habilitou a mulher, por sua vontade, a definir quem fará o acompanhamento de seu parto, assim como, posteriormente, no puerpério.



- O mesmo acontece com o acesso à vasectomia, que neste momento é um serviço gratuito em todo o sistema nacional integrado de saúde e em todos os prestadores de serviços.
- O tema da violência doméstica preocupa muito ao governo: 80% da violência doméstica são causadas por homens. Todas as ações estratégicas e programáticas do Ministério da Saúde, no que se refere à prevenção da violência, tentam alcançar políticas adequadas para ajudar aqueles homens agressores que queiram deixar a violência e encontrar novos caminhos. E, para aqueles homens que não querem deixar a violência, tentamos localizá-los e promover, em muitos dos casos, o tratamento obrigatório. Em Montevideu existem experiências-piloto de atenção aos homens que querem deixar a violência, sobretudo por derivação do poder judicial.
- O desafio atual do Uruguai é a construção de um guia de prática clínica para o primeiro nível de atenção em saúde dos homens, para o qual o Ministério da Saúde contratou dois técnicos: um especialista em masculinidades na América Latina e um médico de medicina familiar e comunitária. Eles estão buscando incluir toda a temática de saúde sexual e reprodutiva, assim como a temática de IST, HIV e aids.
- Este guia está em plena construção. Está programada a validação por diferentes equipes técnicas da Academia, por especialistas do Uruguai e da América Latina, para incluir também a perspectiva de gênero, de diversidade e os avanços em saúde sexual e reprodutiva, como a interrupção voluntária da gravidez e a anticoncepção.
- O Guia tem 11 capítulos, dos quais os três primeiros apresentam uma introdução. O quarto capítulo apresenta as portas de acesso para os homens aos serviços de saúde. Sabemos que os homens consultam pouco e tarde, por isso consideramos que o modelo hegemônico de masculinidade é um fator de risco para os homens, que morrem por volta de dez anos antes que as mulheres.
- Por isso, tratamos de detectar quais são as portas de entrada dos homens do Uruguai ao nosso sistema de saúde. Com isso, identificamos que há alguns temas nos quais podemos melhorar e alguns temas sob os quais ainda falta muito por fazer.



- Um destes temas são as consultas médicas em saúde, que para os homens são tardias e com todos os sintomas já instalados. Pretendemos avançar para uma consulta preventiva periódica, que permita a detecção e o controle da saúde dos homens e que não é coberta pela caderneta de saúde ocupacional (obrigatória, mas sem resultados efetivos para a detecção de alguns destas situações de saúde).
- Temos também o capítulo de responsabilidade reprodutiva, que denominamos de paternidade. Isto significa promover as responsabilidades e os direitos dos homens de exercerem a paternidade sob a ótica do cuidado, diferente do modelo de provedor. Isto é uma tarefa muito difícil porque a masculinidade hegemônica está instaurada de maneira muito distante desta proposta. O desafio é chegar a todos os homens que não se consultam, não acompanham sua saúde e simplesmente proveem a família economicamente, para que eles vejam o processo como questão de direito e responsabilidade.
- A participação no processo de interrupção voluntária da gravidez, segundo a Lei Uruguaia, está baseada no consentimento da mulher e é uma questão de direito. Portanto, a participação do homem neste processo está sujeita ao consentimento da mulher. Normalmente, as mulheres transitam muito sozinhas neste processo. O objetivo é que, quando esses homens forem acompanhá-las, possam fazê-lo em melhores condições.
- Ainda sobre o tema das paternidades, às vezes observamos com certo receio a experiência brasileira na qual os homens, ao acompanhar as mulheres grávidas, possam fazer seus controles de saúde. Isto significa lutar contra todo um sistema centrado na concepção materno infantil, que vem desde a formação na academia. E esta mudança vai custar mudança de mentalidade e não apenas de procedimentos.
- Há também um capítulo sobre afecções anorretoperineais e genito-urinárias. Toda a temática de disfunções sexuais não tem *status* de direito e não existe na política pública. Neste contexto, estamos tentando formalizar a atenção às disfunções sexuais para o primeiro nível de atenção em saúde dos homens.
- Sabemos que na faculdade de Medicina, a sexologia em sentido integral não existe (existem matérias do campo da Psicologia e da Medicina). Em 2017, será criado um



diploma em medicina sexual, na faculdade de medicina, promovido por sexólogos oriundos de áreas médicas, que integram a Sociedade de Medicina Sexual no Uruguai. Está acontecendo algo como na educação sexual, para a qual não existia formação, e hoje, cada vez mais, se amplia a formação.

- No capítulo de disfunções sexuais, há alguns temas que não têm a ver exatamente com a temática, mas que possuem relação com a Psiquiatria, como as fobias e outros conflitos sobre o tamanho do pênis. Isto porque a cultura falocêntrica acaba fazendo com que os homens estejam preocupados e, muitas vezes, consultem os médicos de família, geral e de referência por suas inquietudes. E essas inquietudes acabam não tendo resposta porque, na realidade, os técnicos da academia também não possuem formação na temática.
- No capítulo de prevenção de violência e abuso sexual, a ideia é aproveitar as portas de entrada dos homens no sistema de saúde para fazer pesquisa e detecção de três grupos de homens: homens agressores; homens vítimas de violência em sua história; e homens que querem deixar essa violência.
- O sistema de saúde não consegue dar resposta real para estes grupos, que são identificados pelo sistema judicial na situação de violência contra a mulher. Os homens vítimas de violência são oriundos deste modelo de masculinidade hegemônico, nos quais eles próprios sofreram violência. E este mesmo modelo os impede de falar sobre sua própria história ou, ainda, “sanar” e neutralizar os danos.
- No grupo de homens que querem deixar a violência, que é o foco da atenção primária, identificá-los para saber como é sua vida cotidiana, qual inquietude se cria nele para mudar este modelo de violência, do qual culturalmente participa e que se torna muito difícil modificar sem uma ajuda técnica.



TEMA 2 – “DISFUNÇÕES SEXUAIS”

Eduardo Saraiva Pimentel

Sociedade Brasileira de Urologia (SBU)/DF

- A possibilidade de discutir a sexualidade masculina de forma disciplinar é uma grande oportunidade para a troca de conhecimento e aprimorar estratégias de promoção da saúde masculina. Na Medicina é a Urologia, mais especificamente a Andrologia, que se dedica ao estudo e ao tratamento dos problemas da saúde reprodutiva e sexual do homem.
- Antes de abordar a relação entre condição de saúde e disfunções sexuais, vale a pena entender a importância sociocultural da sexualidade masculina. Historicamente, o bom desempenho sexual foi algo cobrado dos homens; praticamente um dever. Por séculos, na história das civilizações, a sexualidade masculina foi exaltada e encarada como sinal do poder e força. Assim, não é difícil entender o impacto psicoemocional que uma disfunção sexual pode proporcionar ao seu portador e cônjuge.
- Entretanto, apesar de tão valorizada, a disfunção sexual sempre foi um tema evitado no âmbito social; e por muito tempo negligenciado pela própria Urologia. Não só era difícil perguntar sobre a atividade sexual do paciente como havia uma produção científica acanhada sobre o assunto.
- Em 1998 esta situação começou a mudar com uma velocidade impressionante. Tal fenômeno foi deflagrado pelo lançamento do primeiro inibidor da 5-fosfodiesterase, o primeiro comprimido realmente eficiente no tratamento da disfunção erétil. Quase que imediatamente, o assunto disfunção erétil passou a ser abordado em meios de comunicação de larga escala; falar de desempenho sexual deixou de ser um tabu. O conhecimento da existência de um tratamento eficiente proporcionou outro fenômeno: O aumento da procura de tratamento para disfunção erétil nos consultórios médicos, surpreendendo os médicos e mostrando que sua incidência era subestimada.



- Até então, o tratamento para disfunção erétil ou era muito agressivo ou pouco eficiente. Não surpreende o descrédito que havia por parte dos pacientes na resolução do problema.
- Além destas consequências, foi aberta grande oportunidade para dar atenção à saúde masculina. Mas antes de entender a disfunção erétil, é preciso entender o que seria função sexual masculina normal.
- Simplificadamente, do ponto de vista orgânico, a atividade sexual masculina consiste em obter e manter uma ereção por tempo suficiente para que seja concluído pelo clímax do orgasmo e da ejaculação. De acordo com o tipo de problema, a disfunção sexual pode ser dividida em: disfunção erétil, disfunção ejaculatória e perda de libido. Suas causas vão além dos fatores orgânicos, abrange os âmbitos orgânico e mental.
- A disfunção erétil é a incapacidade, recorrente, em obter e/ou manter ereções para uma função sexual satisfatória; não se trata de falha pontual na vida do indivíduo. Como citado anteriormente, existem causas orgânicas e psicogênicas para a disfunção erétil, mas nem sempre fica muito clara esta divisão. Na realidade, muitos estudiosos entendem que o orgânico e o psicogênico são inseparáveis quando o assunto é disfunção erétil.
- Uma medida prática para tentar fazer esta separação é pesquisar sobre as ereções matinais e as ereções nas masturbações. A ereção matinal involuntária, que ocorre inclusive em crianças, é fisiológica e não tem origem com estímulo erótico. Também é útil saber se as ereções estão satisfatórias ou não durante a masturbação. Assim, se existe ereção matinal e nas masturbações, havendo dificuldade basicamente na relação sexual; podemos supor que não haveria uma causa orgânica majoritária e sim psicogênica.
- Fisiologicamente, o mecanismo de ereção peniana inicia-se com estímulo erótico (seja visual, tátil e/ou imaginário) que, basicamente, promove o aumento de fluxo arterial no pênis, que vai se encher de sangue e adquirir rigidez. Para que tais eventos aconteçam algumas condições de saúde são necessárias:
 - Integridade dos vasos sanguíneos e dos nervos.
 - Equilíbrio endocrinológico.
 - Boa saúde mental adequada.



- Sabemos que são várias as causas ou fatores de risco para a disfunção erétil, como por exemplo: doenças cardíacas, hormonais, neurológicas, psiquiátricas e metabólicas; hábitos de vida (álcool, drogas e fumo) etc. Todos estes fatores vão culminar, direta ou indiretamente, na disfunção vascular; e por consequência no comprometimento do suprimento sanguíneo adequado para o pênis e vários órgãos.
- Desta forma, a disfunção erétil pode ser vista como “termômetro” da saúde masculina e especialmente um marcador de risco para acidentes vasculares (cerebral e miocárdico), tal ponto de vista está baseado no fato do calibre dos vasos arteriais. O pênis seria atingido, primeiramente, devido ao menor calibre da artéria peniana em relação às artérias coronárias e carótidas. A ideia é que depois de acometer o pênis a condição vascular poderá acometer outros órgãos (coração e cérebro) com consequências mais críticas.
- Eliminar ou controlar as causas e fatores de risco é a primeira ação de tratamento. O segundo passo é instituir uma terapia para melhoria ou obtenção da ereção, mas antes é preciso classificar a disfunção erétil de acordo com sua intensidade:
 - Leve: as ereções ficam comprometidas em sua qualidade ocasionando insatisfação.
 - Moderada: dificuldade para obter e manter a ereção havendo perda da maioria das relações sexuais.
 - Severa: acontece a ausência total de ereção e incapacidade de penetração.
- A atuação de equipe multidisciplinar é imprescindível para o bom resultado do tratamento, que vai muito mais longe do que a simples medicação ou cirurgia. Alertar para os cuidados com os hábitos de vida, eliminar os fatores de risco e o suporte psicoemocional são medidas indispensáveis.
- A terapia para melhoria ou obtenção de ereções pode ser feita com:
 - Comprimidos que são prescritos para o tratamento da disfunção leve.
 - Injeção de medicação vasodilatadora nos corpos cavernosos do pênis é a opção mais eficiente para disfunção moderada.



- Vácuo-terapia (dispositivo que promove ereção por pressão negativa) ou implante de prótese peniana. Opções para a disfunção severa.
- Os transtornos ejaculatórios podem ser divididos em: ejaculação precoce; anejaculação (ausência de ejaculação) e ejaculação retrógrada.
- A anejaculação e a ejaculação retrógrada, habitualmente, são consequências de doenças neurológicas, sequelas de AVC, efeitos colaterais de medicação ou sequela de cirurgias. São condições de difícil tratamento e assumem maior importância clínica no âmbito da saúde reprodutiva.
- A ejaculação precoce é definida como a condição em que as ejaculações ocorrem, em todas ou na maioria das relações sexuais, após estímulo sexual mínimo; num tempo insuficiente para plena satisfação sexual do casal. Atualmente, sabe-se que nos casos de ejaculação precoce primária a causa pode estar relacionada à falha na inibição do sistema simpático.
- Classificamos a ejaculação precoce em primária (ocorre desde a primeira experiência sexual) ou adquirida (passou a ocorrer após determinado momento na vida). A adquirida costuma estar relacionada a fatores psicoemocionais.
- O paciente com esta queixa deve receber ajuda de um urologista e de um psicólogo. Podem ser utilizadas terapias comportamentais, treinamento para a inibição da ejaculação e psicoterapia. Só depois é recomendada a utilização de medicações, habitualmente antidepressivos.
- A perda de libido também possui dimensão orgânica e psicogênica. Como fator orgânico a diminuição dos níveis dos hormônios masculinos (deficiência de testosterona) é a principal causa. Além de patologias específicas, esta condição costuma ser observada em homens que desenvolvem o distúrbio androgênico do envelhecimento masculino (Daem). Além de interferir negativamente na libido, a carência de testosterona compromete o bem-estar e a saúde por diminuir a força muscular e favorecer o surgimento de síndrome metabólica.



- Uma vez descartadas as doenças hormonais que levem a perda de testosterona, o diagnóstico de Daem pode ser confirmado; e a reposição hormonal passa a ser indicada. Neste caso, um médico especialista deve conduzir o tratamento, pois existem limitações e contraindicações.
- Pelo exposto, fica clara a importância da saúde sexual masculina como parâmetro de avaliação da saúde geral do homem. Não só um urologista, mas todo agente de saúde deve estar preparado para fazer três perguntas na avaliação da saúde de um homem adulto:
 - As ereções estão satisfatórias?
 - Algum problema com a ejaculação?
 - Como está a libido?
- É relevante considerar que o Brasil é um país com grande diversidade cultural, regional e social e, portanto, é preciso ter sensibilidade para saber fazer tais perguntas... Mas elas não podem deixar de serem feitas se o objetivo é a plena avaliação da saúde do indivíduo.
- Por fim, prevenir e tratar a disfunção sexual masculina nada mais é do que promover a saúde masculina, o bem-estar e a qualidade de vida dos homens.

TEMA 3 – “DADOS EPIDEMIOLÓGICOS SOBRE CÂNCER DE PÊNIS, TESTÍCULO E PRÓSTATA”

Beatriz Kneipp

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (Inca)

- Temos realizado grande parceria da Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede, da Coordenação de Prevenção e Vigilância do Inca com a Coordenação Nacional de Saúde do Homem, para discutir a saúde do homem e ir além da questão do câncer de próstata, que é nosso grande desafio no Instituto.



- O Inca é ensino, pesquisa, assistência, mas também prevenção e vigilância, o que inclui programas como o controle do tabagismo, alimentação e câncer, vigilância ocupacional, registros de câncer e a área de detecção precoce.
- Nesta perspectiva, apresentaremos dados disponíveis sobre a temática, mas do ponto de vista coletivo da população.
- Existem três tipos de cânceres exclusivos dos homens: câncer de pênis, câncer de testículo e câncer de próstata. É preciso considerá-los quanto à incidência, à mortalidade e à morbidade.
- O câncer de próstata é o quarto tipo mais comum no mundo e o segundo mais comum em homens. Sobre o câncer de testículo, foram estimados aproximadamente 55 mil casos no mundo em 2012, correspondendo a 0,7% do total de casos de câncer em homens. Em relação ao câncer de pênis, não existem dados estimados pelo GLOBOCAN.
- O câncer de testículo é maior em países desenvolvidos. O câncer de próstata prevalece em países desenvolvidos e em outras regiões em desenvolvimento. A taxa de mortalidade do câncer de próstata é maior nos países em desenvolvimento, mas o câncer de testículo possui distribuição bem dispersa no mundo todo.
- No Brasil, temos dados de incidência baseados nas estimativas do Inca e nos registros de bases populacional.
- O câncer de próstata é o mais incidente em todas as regiões do Brasil (taxas mais altas na Região Sul e mais baixas na Região Norte). O câncer de pulmão é o segundo câncer mais incidente entre os homens no Brasil, variando entre as regiões. Não temos estimativa para câncer de pênis e de testículo.
- Conforme registros de câncer de base populacional, as taxas em algumas capitais na Região Sul, Sudeste e Centro-Oeste foram acima de 80 casos para cada 100 mil homens. O município de Aracaju apresenta a taxa mais elevada no período de 2008 a 2012. O município de São Paulo apresenta a taxa de 80 casos para cada 100



mil homens, no período de 2006 a 2010. Essas taxas estão elevadas – e continuam aumentando – talvez em razão do rastreamento.

- Em relação à incidência de câncer de pênis e de testículo, as taxas são bem menores. As maiores taxas de cânceres de pênis encontram-se localizadas nas Regiões Norte e Nordeste, e as maiores taxas de cânceres de testículo nas Regiões Sul e Sudeste. Em relação a alguns municípios, altas taxas de câncer de testículo são observadas em Porto Alegre e Curitiba.
- Em relação à idade, o câncer de testículo é mais incidente até os 40 anos. Já o câncer de próstata é mais incidente acima dos 65 anos. O maior número de casos de cânceres de pênis aparece a partir dos 40 anos.
- Em relação à taxa de mortalidade de homens no Brasil, de todos os óbitos, o que mais mata os homens são as doenças cardiovasculares, seguidas pelas causas externas. Em terceiro lugar aparecem as neoplasias.
- Entre as causas de óbito, o câncer de próstata aparece em nono lugar como responsável por mortes de homens. O câncer de pênis aparece em 208º lugar e o câncer de testículo aparece em 226º lugar como responsável pela morte de homens.
- Especificamente em relação aos óbitos por câncer, o que mais matou homens foi o câncer de pulmão, pela sua agressividade e a dificuldade de diagnóstico. O câncer de próstata correspondeu a 13% dos óbitos por câncer, enquanto os cânceres de pênis e testículo não chegam a 0,5%.
- Conforme a série histórica, observamos que temos tido aumento da taxa de mortalidade de câncer de próstata. Nos últimos anos, houve grande investimento para a melhoria da informação dos atestados de óbitos (para evitar informação de mortes por causas maldefinidas). De acordo com as informações, notamos que está mantida uma ascendência de risco de morrer por câncer de próstata, enquanto os cânceres de pênis e de testículo se encontram com taxas bem menores.



- No que se refere à relação das taxas sobre o risco de morrer por câncer e a faixa etária, observamos que, de 2011 a 2013, a taxa de mortalidade do câncer de pênis começa a aumentar a partir dos 30 anos e vai ascendendo com o avançar da idade. No caso de câncer de testículo, a taxa aumenta a partir dos 15 anos de idade e ocorre redução deste risco a partir dos 49 anos (taxa que não varia muito conforme idade). Já no câncer de próstata, a taxa aumenta significativamente a partir dos 40 anos e cresce consoante o avanço da idade.
- Analisando a relação entre a taxa de mortalidade e as diferenças regionais, o risco de morrer por câncer de próstata é maior na Região Sul do País. No caso do câncer de testículo, acontece uma distribuição em todos os estados, mas a taxa de mortalidade também é maior na Região Sul. No caso do câncer de pênis, a taxa é maior na Região Nordeste e parte da Região Norte. Estes dados demonstram a importância da variação do comportamento destes cânceres e das informações nas regiões do nosso país. Portanto, nosso grande desafio é lidar com este país continental e criar políticas e ações que possam atender a toda diversidade brasileira.
- De acordo com a distribuição percentual dos casos de cânceres de pênis, próstata e testículo por anos de estudo, os casos de câncer de testículo apresentaram melhor nível de escolaridade e, conseqüentemente, socioeconômicos, com 31% dos casos com mais de oito anos de estudo. Já para o câncer de próstata, 49% dos homens não tinham escolaridade ou menos de quatro anos de estudo. O câncer de pênis também aparece mais entre os homens com baixa escolaridade.
- No que se refere à distribuição dos óbitos por câncer de pênis, próstata e testículo, segundo raça e cor, as taxas são predominantes na população branca. A população parda e negra morre mais por câncer de próstata e pênis. Analisando esta distribuição com os dados da distribuição de raça/cor pelo Censo do IBGE, chama atenção a questão da disparidade nos atendimentos ou acesso ao serviço.
- Segundo os dados de morbidade, levantados a partir de o Registro Hospitalar de Câncer, foram registrados, no período de 2000 a 2013, em torno de 6 mil casos de cânceres de



pênis, 194 mil casos de cânceres de próstata e 7 mil casos de cânceres de testículo. Estes registros são oriundos dos hospitais habilitados em Oncologia, correspondem a 93% da cobertura dos casos de cânceres, pois alguns hospitais habilitados ainda não informam seus dados para a base nacional. Os registros são feitos para acompanhar o tratamento dos casos de cânceres e ajudam a fazer análise sobre a assistência à doença no País, ou seja, como este homem com câncer chega à unidade para realizar o tratamento.

- Em relação ao diagnóstico e ao tratamento anterior, 6% dos casos de cânceres de pênis possuem diagnósticos e tratamentos já iniciados antes de chegarem à unidade habilitada em Oncologia, enquanto 40% dos casos chegam para confirmação das biópsias e dos tratamentos na unidade. Já 32% dos casos de cânceres de próstata chegam sem diagnósticos e sem tratamentos. Em relação ao câncer de testículo, 17% dos casos já possuem diagnósticos ou estão em tratamento.
- Conforme dados de estadiamento dos casos de cânceres de pênis, de próstata e de testículo, existe um percentual de ausência de dados, mas é importante destacar que se a informação não consta do registro, não constará do prontuário. O gerenciamento de vários prontuários no hospital pode gerar dificuldades para completar os dados no sistema de informação. No caso do câncer de próstata, 39% chegam ao estadiamento 2. No caso de câncer de testículo, 25% chegam com doença inicial (estadiamento 1). A partir destes dados, também é possível a análise quanto à dificuldade de preenchimento dos dados.
- De acordo com os dados da situação da doença após o primeiro tratamento, no que se refere ao câncer de próstata, 21% dos homens possuem doença estável e 12% dos homens apresentam-se sem evidência de câncer ou com a remissão completa da doença. Estas informações mostram a possibilidade de tratamento e cura destas pessoas.
- Além de apresentar a magnitude destes agravos, é importante apresentarmos o conceito básico da detecção precoce do câncer de acordo com a da Organização Mundial da Saúde (OMS) e seguida pelo Ministério da Saúde, que se resume a duas estratégias de ação: diagnóstico precoce e rastreamento. Ambas são detecção precoce. Entretanto,



nem todos os cânceres são passíveis de rastreamento e alguns não são passíveis nem de rastreamento, nem de diagnóstico precoce.

- A diferença é que, no diagnóstico precoce, submeteremos indivíduos com alguns sinais e sintomas iniciais suspeitos à realização de alguns exames que são passíveis de ajudar na identificação do câncer em estágio inicial. No caso do rastreamento, utilizamos também um teste ou um exame para identificar um câncer em estágio inicial, mas, neste caso, o exame será oferecido a uma população aparentemente saudável e assintomática (sem sintomas).
- No caso do câncer de próstata, de testículo e de pênis, a estratégia utilizada é o diagnóstico precoce.
- Consoante a informações da OMS sobre os cânceres passíveis de rastreamento e de diagnóstico precoce, o câncer de esôfago não é passível nem de diagnóstico precoce, nem de rastreamento.
- Neste contexto, destacamos a Nota Técnica Conjunta n.º 001/2015, elaborada pela Coordenação Nacional de Saúde do Homem e pelo Inca (entre outras áreas), para orientar gestores e profissionais de saúde em relação ao rastreamento do câncer de próstata e, principalmente, chamar a atenção em relação à estratégia do diagnóstico precoce.
- O diagnóstico precoce também não é estratégia simples e precisa ser trabalhado sob três pilares: população com informação para conhecer os sinais os sintomas iniciais de uma doença; profissional de saúde capacitado para identificar estes sinais e sintomas; rede de atenção à saúde estruturada para quando o profissional de saúde receber o usuário com queixa específica poder orientá-lo adequadamente e encaminhá-lo para a atenção especializada.
- Este é o nosso desafio: poder organizar a rede de atenção à saúde e cuidar destes casos que chegam até os serviços, considerando também que existe a resistência da população masculina em acessar os serviços de saúde.



PAINEL 1 – DEBATE:

■ Principais temas destacados:

- » Sobre a disfunção erétil, é importante tratar também de outros fatores associados a ela como, por exemplo, a doença de Peyronie. Importante também tratar outras doenças como questão de saúde pública, como, por exemplo, as hiperplasias prostáticas e a herpes genital.
- » Há avanços em relação à detecção precoce do câncer de próstata que não são somente via PSA e ao toque retal (já existem marcadores tumorais que trazem também novidades neste sentido).
- » Importante tratar das situações relacionadas aos cânceres que não são tão agressivos.
- » Não é possível tratar do tema da disfunção sexual sem pensar a dimensão cultural e social que foi abordada. Em relação à raça e etnia, não é possível dissociar, por exemplo, o tema do priapismo que acomete homens com doença falciforme – a maioria, negros. Neste sentido, pela ausência de conhecimentos dos profissionais de saúde, isto pode ser interpretado como uma disfunção sexual.
- » Existe a dimensão orgânica da ejaculação precoce, mas sabemos que ela pode estar associada também a questões culturais, relacionadas ao exercício da sexualidade.
- » Houve ausência da abordagem do campo do trabalho, exatamente pelo papel de provedor exercido pelo homem, ainda que hoje muitas mulheres estejam também a frente das famílias. Mas este é um campo que se relaciona com o adoecimento e é preciso tratar das situações de trabalho que levam ao adoecimento, para considerá-las em uma abordagem maior dentro da própria Política.
- » Importância, no Uruguai, de se tratar o termo “paternidades” no plural e considerar a participação do homem no processo de interrupção voluntária, que diferentemente do Brasil, só pode ocorrer em casos de risco de morte para a mulher ou casos de estupro, a partir do consentimento da mulher. Desafio para que a equipe possa pensar no cuidado e na atenção, no caso brasileiro.



- » Mesmo que a construção das masculinidades ainda tenha um enfoque no homem cisgênero e heterossexual, ela vem buscando abordar aspectos e questões relativas à concepção do adoecer e do próprio corpo, comparativamente aos movimentos feministas. Isto porque, atualmente, em nossa sociedade, alguns destes homens estão perdendo um pouco o papel do provedor, o que os fazia imaginar serem invulneráveis a qualquer tipo de situação ou doença. Porém, na família mais ortodoxa, este papel de provedor ainda é bastante reforçado, o que dificulta o processo para que ele se olhe enquanto adoecido. Por outro lado, na questão orgânica, a própria evolução do conhecer e saber sobre o corpo do homem e da mulher são distintas, porque a mulher menstrua, ou seja, é criada outra relação ao longo da vida das mulheres com o próprio corpo. Assim, até que ponto estas questões também impactam o afastamento do homem do autocuidado?

RESPOSTAS E CONSIDERAÇÕES FINAIS:

Eduardo Saraiva Pimentel

Sociedade Brasileira de Urologia (SBU)/DF

- A doença de Peyronie leva a deformidade do pênis (conhecida como pênis torto). Depois de tantos anos de pesquisa, ainda não sabemos por que ela acontece. E toda a doença que a Medicina não conhece bem, também não consegue tratar bem. Atualmente, existem medicamentos para amenizar os sintomas, mas quando isto não ocorre a recomendação é a cirurgia. Entretanto, sob o ponto de vista de saúde geral, é uma doença que não causa preocupação por não ter relação conhecida com doenças sistêmicas.
- O priapismo é uma condição patológica em que ocorre ereção não desejada, prolongada e dolorosa. Sabe-se que há ocorrência maior em afrodescendentes, principalmente quando relacionado a doenças hematológicas, como a doença falciforme, existindo



então uma relação com a saúde geral. Outra possibilidade de causa são os medicamentos para disfunção erétil quando usado de forma inadequada.

- O homem moderno vive um conflito e está perdido. Existem hoje diferentes possibilidades de família, de chefia de família e há uma gama de homens inseguros consigo mesmo, inclusive no que se refere ao autoconhecimento. Por mais que tenhamos quebrado alguns tabus, é preciso avançar na discussão da sexualidade.

Agustín Bergeret

Sex. Lic. Psic. – Ministerio de Salud Pública/Uruguai

- Sobre a interrupção voluntária da gravidez, a lei no Uruguai habilita o processo somente pela vontade da mulher. Ela foi desenhada por ginecologistas e, em seu processo político de aprovação, houve a intervenção da área social, que exigiu uma consulta com equipe multidisciplinar da área mental e da área social. Mas o consentimento da interrupção acontece unicamente pela vontade da mulher (a mulher pode não incluir o homem na sua decisão). No Uruguai, o homem que praticou violência não tem nada a ver com esta interrupção da gravidez da mulher vítima da violência.
- Todo o protocolo que veicula a participação dos homens no acompanhamento da gravidez (para poder captar outros aspectos de sua saúde sempre) vai estar condicionado à companheira sexual comprometê-lo ou incluí-lo na decisão ou não.
- Considerando a masculinidade como construção cultural, o grande desafio agora no Uruguai é que façamos um programa de saúde dos homens, que captem os homens que não estão sensibilizados, ou seja, aqueles que estão nos clubes de esporte, no trabalho e na central sindical dos trabalhadores. E não porque não existam homens com o perfil não hegemônico, mas porque existe um perfil muito forte da masculinidade hegemônica.
- Saúde Sexual e a Saúde Reprodutiva é uma questão de direitos e o País está transitando para que todas as questões de saúde sejam uma questão de direito, e não simplesmente de dar benefícios: que o indivíduo seja sujeito de cidadania. E, a partir de ações



educacionais, possamos promover e favorecer as mudanças nos modelos hegemônicos, nos lugares onde vivem estes homens, e que vão impactar, direta ou indiretamente, sobre a forma que se expressa a atenção à saúde. Por isso, os técnicos estão trabalhando em um perfil de medicina familiar e comunitária e de prevenção ampla, ou seja, não se contratou urologistas nem técnicos muito especializados. Assim, desde os modelos mais gerais, estamos buscando a consulta, a negociação e a coordenação com os especialistas nos níveis de saúde.

Beatriz Kneipp

Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (Inca)

- Sobre o rastreamento do câncer de próstata, o Inca reconhece todos os estudos que foram realizados e que têm qualidade. Entretanto, apesar de observarmos que há redução na mortalidade específica e não na mortalidade geral, o grande problema da recomendação do rastreamento é o aumento dos malefícios relacionados à população saudável que não tem o câncer. Sendo assim, temos uma taxa muito maior de sobrediagnóstico e sobretratamento, porque há identificação de cânceres que não se manifestariam ao longo da vida deste indivíduo, independentemente da faixa etária, que serão submetidos ao tratamento desnecessariamente, acarretando complicações para sua qualidade de vida.
- Sempre que vamos elaborar uma política pública e tratamos de rastreamento, colocamos o símbolo de uma balança para nos perguntar qual seria o real benefício. Buscamos a redução da mortalidade, e não apenas o aumento de sobrevida. E ainda, quando temos uma redução da mortalidade específica, mas não da mortalidade geral, isto significa que as pessoas podem ir a óbito inclusive pelo próprio tratamento.
- Sendo assim, colocamos de um lado da balança o benefício, ou seja, redução da mortalidade, melhor qualidade de vida e melhor tratamento, e, de outro lado, o malefício, como o sobrediagnóstico e o sobretratamento.



- O rastreamento oportunístico também possui riscos, uma vez que também é oferecido o exame ao homem assintomático. O homem que procura espontaneamente o serviço de saúde deve ser informado dos riscos a que ele pode estar sujeito.
- Esperamos que os estudos possam apontar testes que possam diferenciar cânceres agressivos de não agressivos. Mas, por enquanto, é preciso ter muito critério e orientação.
- E, realmente, não existem sinais e sintomas específicos para o câncer de próstata. Mas é preciso sempre orientar a população masculina a procurar o serviço de saúde para cuidar de suas queixas e sempre trabalhar com a informação, pois, dessa forma, será mais efetiva a redução dos cânceres nesta população.

Marcos Nascimento

Pesquisador IFF/Fiocruz (RJ) – Programa de pós-graduação em Saúde da Criança e da Mulher.

- A referência ao uso da expressão medicina, em lugar de saúde pública, tem um sentido, principalmente no que se refere à articulação com a Psiquiatria (domínio para definir o que é normal e patológico em relação à sexualidade). E este campo ainda define o que é normal e patológico, por exemplo, no que se refere à questão do desejo. Os assexuais reivindicam a categoria da assexualidade como orientação sexual e questionam a razão da obrigatoriedade de sermos seres desejantes. E de quais desejos estamos falando? Do desejo “coitocêntrico”? Portanto, a sexualidade insere-se em um campo muito mais amplo que a medicina, a saúde pública e a saúde coletiva.
- Em relação aos homens negros, há um conjunto de estereótipos relacionados a sua sexualidade (mais potentes, mais viris, mais quentes) que traz consequências não somente no plano da saúde, mas sobretudo no plano simbólico.
- A referência em relação ao aborto precisa e merece cuidado e atenção para a saúde reprodutiva. Ainda existe hoje grande quantidade de mulheres que morrem por abortamento inseguro. E, ao pensar a inclusão dos homens na temática dos direitos



reprodutivos, precisamos pensar também em como incluí-los nas discussões sobre o aborto.

- O trabalho, entre outros pilares de construção da masculinidade, é um dos mais importantes, justamente em função do papel de provedor do homem (daquele que vai dar conta de uma casa e de uma família e de um cuidado que não é o mesmo do feminino). E isto terá implicações, inclusive, na questão da licença parental e da licença-paternidade.
- Precisamos estar atentos para não nos deixarmos levar por uma reflexão que demoniza o homem (infectador, desertor e violento) e que, por outro lado, recai em um papel de enaltecimento de comportamentos masculinos, principalmente naquilo que se refere ao cuidado: uma mulher que leva filho ao médico não sabe separar a vida pessoal da profissional e o homem que leva o filho ao médico é aplaudido. É preciso, portanto, sempre estarmos atentos à linha tênue desta análise.

Painel 2 – “Panorama das principais infecções sexualmente transmissíveis (IST) que acometem os homens no Brasil”

TEMA 1 – “O TRATAMENTO DA SÍFILIS E DAS HEPATITES B E C NA POPULAÇÃO MASCULINA”

João Paulo Toledo

Coordenador de Assistência e Tratamento do Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais (DIAHV) / SVS/MS – representando a Sra. Adele Benzaken

- A Coordenação de Assistência e Tratamento é responsável não só pela elaboração de protocolos do manejo clínico do HIV e aids, mas também pela incorporação dos novos tratamentos antirretrovirais e das novas tecnologias, como a profilaxia pré-exposição



ao HIV e o manejo clínico da sífilis. O tema das hepatites B e C é transversal a todo o Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle de IST, Aids e Hepatites Virais, por isso a importância de agrupar a sífilis e as hepatites B e C na população masculina.

- Segundo dados do Boletim Epidemiológico atualizados, a sífilis adquirida se mantém estável (série histórica de 2011 a 2015), oscilando em uma média de 58% de casos de sífilis adquirida em homens.
- É importante pensar na sífilis congênita e adquirida no homem porque ele também é responsável pela cadeia de transmissão da sífilis. Por isso, é preciso alcançar este homem em termos de conhecimento da doença, de diagnóstico oportuno e de tratamento adequado, já que o parceiro transmite a sífilis adquirida para a mulher, que acaba transmitindo para a criança, tendo como consequência a sífilis congênita.
- Conforme dados sobre a sífilis, 40% dos homens são brancos, 30% deles estão na faixa etária de 20 a 29 anos e 17% possuem ensino médio completo. Estas informações acabam refletindo a história natural da doença e as próprias vulnerabilidades da sífilis: doença que acomete os homens jovens e que acomete pessoas com grau de instrução menor, se comparada a outros agravos.
- A sífilis adquirida tem como consequência a sífilis congênita. É preciso ter relação sexual para ter tido contato com o *Treponema pallidum*, agente etiológico da sífilis. Há 12 mil casos não tratados hoje no Brasil, o que faz com que este agravo se torne uma questão de saúde pública. Diante da perspectiva masculina, podemos refletir que um dos problemas é que o serviço de saúde fecha suas portas às 17h e o homem que está no trabalho, não consegue acessar o serviço.
- Em relação aos dados de percentual de casos de sífilis congênita, segundo tratamento do parceiro e da mãe, existem seis vezes mais parceiros não tratados para parceiros tratados.
- Em relação ao tema das hepatites, o percentual de casos de hepatite B se estabilizou a partir do ano de 2007, segundo dados por sexo e ano (dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação – Sinan e do Boletim Epidemiológico de 2016). Atualmente,



o sexo masculino acaba tendo incidência de casos na razão de proporção de 1 homem para 1 mulher (54% de homens e 46% de mulheres).

- As hepatites B e C são doenças silenciosas, de comportamento diferente da sífilis: esta apresenta como sintoma o cancro e pode evoluir se não tratado. No caso das hepatites, as pessoas têm contato com o vírus, que fica quiescente no fígado e não se multiplica. Mas quando se manifesta, causa como sintoma a cirrose hepática (fase final de complicação da doença).
- A hepatite B possui maiores taxas entre homens, na faixa etária de 40 a 59 anos, dos quais 25% possuem ensino médio completo. O coeficiente de mortalidade é de 4 pessoas para 1 milhão de habitantes. Este dado apresenta um impacto em termos de saúde pública. É preciso pensar estratégias para atingir esta população masculina que não procura o serviço de saúde.
- A hepatite C apresenta a mesma proporção na razão de homem para mulher (56% de homens e 44% de mulheres). Os homens apresentam também as maiores taxas na faixa de 50 a 59 anos, dos quais 25% possuem ensino médio completo. Mas no caso da hepatite C, questiona-se ainda a transmissão sexual deste agravo. Pode existir transmissão vertical e este bebê nascerá já com o estigma de doença hepática avançada. Por isso, é importante que o parceiro tenha conhecimento da sua condição e consiga fazer o diagnóstico e o tratamento precoce da hepatite C, pois isso reduzirá a carga viral e diminuirá o risco de transmissão do vírus.
- É sabido também que as hepatites virais, principalmente a hepatite B, estão relacionadas aos carcinomas. O câncer de fígado é uma doença complexa com alta morbidade e mortalidade. Segundo dados obtidos das autorizações das internações hospitalares (AIHs) e do CID de câncer de fígado, os óbitos por câncer de fígado apresentam proporção de 1,3 homem para cada mulher (na fase final de complicação das hepatites virais). Estes dados vêm aumentando porque quando se faz o diagnóstico das hepatites B e C ele já é tardio. E, mais uma vez, sabemos que os homens não procuram o serviço de saúde para fazer prevenção ou tratamento de doenças.



- Diante do contexto apresentado, o Departamento vem desenvolvendo estratégias e ações quanto à sífilis e às hepatites B e C na população masculina. No que se refere à sífilis (dados obtidos com Pmaq-AB 2014), a porcentagem de aplicação de penicilina G benzatina na Atenção Básica no Brasil está em torno de 54,89 (uma boa prática seria de 100% de aplicação da Penicilina).
- Em relação às unidades da Federação, o estado do Amapá, que é um estado menos populoso, apresenta mais aplicação da Penicilina se comparado com o Espírito Santo e Minas Gerais. Em estados mais populosos, a aplicação também não alcança nem 50%. Não deveria ser assim, já que temos protocolo, diagnóstico e tratamento para sífilis.
- As razões que encontramos para este número não chegar a 100% de aplicação (que seria o ideal) são várias: desde o profissional de saúde que não quer aplicar a penicilina benzatina, até o paciente que não sabe do seu diagnóstico, passando pela falta do medicamento, que é uma situação real.
- Diante deste cenário, o Departamento, com outras coordenações e secretarias, tem estimulado a sensibilização para o uso da penicilina na Atenção Básica. No ano de 2015, lançamos um caderno de boas práticas que apresenta experiências das cidades que realizaram uso racional e ótimo da penicilina.
- Além destas ações, o Departamento utilizou o relatório de recomendações da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologia do SUS (Conitec), a partir de um parecer solicitado a esta Comissão, com o objetivo de apresentar para as sociedades de classe profissional informações sobre o uso seguro e eficaz do tratamento na gestação. Sabemos que há informação oriunda da década de 50 sobre o choque anafilático que ocorria com 0.002% na aplicação da penicilina considerada suja e que causava reação a outros componentes da droga (e não à penicilina em si). Por isso, reafirmamos que penicilina benzatina é a única opção terapêutica de tratamento da sífilis na gestação, sendo segura e eficaz na prevenção da sífilis congênita.
- Em 2011, publicamos uma portaria (Portaria n.º 3.161/2011) que dispõe sobre a administração de penicilina nas unidades de Atenção Básica do SUS. Além disso, o



Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) revogou seu parecer de 2014 e ampliou sua administração na Atenção Básica pela equipe de enfermagem. Existe ainda um Projeto de Lei tramitando no Senado (PLC n.º 146/2015^{***}) que institui o Dia Nacional de Combate à Sífilis e à Sífilis Congênita.

- O Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais estimula o uso de teste rápido para sífilis também para pessoas privadas de liberdade.
- A distribuição dos testes rápidos vem aumentando, sendo estes tão eficazes e efetivos quanto os testes laboratoriais, proporcionando diagnóstico e tratamento imediatos (oportunos). No caso de gestantes e seus parceiros, este diagnóstico tem que ser imediato.
- Também, é recomendada a testagem rápida e o tratamento imediato em populações-chave (ribeirinhas e indígenas), vítimas de violência sexual, gestantes e parceiras sexuais, pessoas que procuram outras portas de entrada do SUS, entre outras. Sabemos que existe o óbito fetal em consequência da infecção pelo Treponema.
- Em relação ao manejo da sífilis, hepatite B e C, o Departamento vem realizando capacitação a distância para a testagem rápida de HIV, sífilis, hepatite B e C.
- Existe um problema de falta de penicilina que é mundial (desabastecimento de penicilina benzatina e cristalina), que tem a ver com a produção do sal na China e na Índia. A aquisição da penicilina é de competência estadual e municipal, mas o Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde realizou compras via organismos internacionais. Iniciamos a compra no ano passado e já chegaram três lotes.
- Precisamos estar atentos também ao uso desnecessário da penicilina, com sua aplicação para os casos de pneumonia e faringoamigdalites, que podem ser tratadas com outros antimicrobianos. Foi elaborada uma Nota do Departamento voltada para profissionais de saúde com orientações sobre o uso racional da penicilina e a priorização de gestantes e parcerias sexuais.

^{***} Hoje o PL já foi assinado e se tornou uma Lei – Lei n.º 13.430, de 31 de março de 2017.



- O Departamento também elaborou uma Agenda de Ações Estratégicas para a Redução da Sífilis Congênita no Brasil, por meio de reunião de áreas estratégicas do Ministério, para propor e implementar estas ações.
- Nossos protocolos, materiais educativos, publicações, manuais técnicos de sífilis e manuais de hepatites virais passam pela Conitec para sua elaboração. Além destas ações, o Departamento lançou campanhas como a Campanha de Hepatite C.
- Também realizamos atividades em parceria com Ministério do Transporte, Portos e Aviação Civil como o Circuito Saúde nos Portos, com população predominantemente masculina: atividades de prevenção às IST nos portos.
- O protocolo para hepatite B já foi atualizado. A dispensação de tratamento da hepatite B é sempre maior para o sexo masculino porque são os homens que acabam sendo mais diagnosticados.
- Em relação ao uso de drogas por via oral, houve aumento do diagnóstico da hepatite C e, por isso, houve aumento também da dispensação do tratamento.
- Por fim, em uma análise preliminar da hepatite C na implementação do protocolo brasileiro (que foi pioneiro em incorporar as drogas orais para tratamento da hepatite C), daqueles pacientes com genótipo 1 (que são a maioria dos casos brasileiros), temos 97% de cura (considerando a faixa etária de 57 anos e a razão de 2 homens para 1 mulher).



TEMA 2 – “HOMENS VIVENDO COM HIV/AIDS”

Moysés Toniolo de Souza

Conselheiro Nacional de Saúde e membro da Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV e Aids (RNP+Brasil)

- A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem foi estabelecida pela Portaria n.º 1.944, de 27 de agosto de 2009. Mas que homem é esse que vamos tratar, para além da heteronormatividade? Entre os homens com HIV e aids, teremos todos os tipos: homens heteronormativos, homens em relação homoafetivas, homem em formação (ou seja, as crianças).
- Conforme os dados de HIV/aids no Brasil, de 2000 até hoje, tivemos aumento nos casos de aids. Em 2010, eram 43 mil casos e, em 2015, 44 mil casos novos ao ano no Brasil.
- Em relação aos casos notificados acumulados, são 830 mil, em uma razão de 2 casos em homem para 1 caso em mulher. Em 2014, tínhamos 278.306 óbitos acumulados desde a década de 80, dos quais 198 mil são referentes aos óbitos masculinos. Portanto, quem ainda morre mais de aids é o homem. E sabemos que existem questões de gênero que impedem os homens de chegar ao serviço de saúde.
- Em relação à categoria de exposição nos casos masculinos, os bissexuais estão em menor proporção, com 7,7%, enquanto os heterossexuais estão em 43,5% e os homossexuais com 24,5%.
- A terapia antirretroviral (Taru) tem objetivo de promover qualidade de vida, não só para garantir a vida, mas para viver da melhor forma possível, já que a aids é uma doença crônica degenerativa.
- A ONU informava que, no ano de 2000, chegaríamos a 554 mil casos de aids, mas a terapia antirretroviral impediu a expansão da epidemia. Por meio da terapia antirretroviral, há ganhos em termos de qualidade de vida, mas o quadro não deixa de evoluir para



adocimento ou morte. A terapia é considerada uma promoção da saúde, já que ela garante a proteção de outras doenças. Neste sentido, a pessoa volta a ser simplesmente portadora do vírus HIV e passa a lidar melhor com as doenças que podem aparecer. Além de proporcionar sobrevida e aumento da expectativa de vida, a pessoa volta a viver.

- O diagnóstico tardio do HIV muda o conceito: 43,7% dos pacientes diagnosticados apresentam quadro de aids e 17% vão a óbito no primeiro ano do diagnóstico. Já existem vírus mais agressivos e estes pacientes, que não chegam à Atenção Básica, vão diretamente para internações de hospitais para morrer. Ainda sobre o diagnóstico tardio, 92% da população possuem entre 13 e 49 anos, dos quais 54% são homens.
- Neste contexto, para ampliar a cobertura do diagnóstico, teremos que dar atenção aos grupos mais vulneráveis e compreender em qual medida estarão mais vulneráveis que outras populações.
- No que se refere à perspectiva da Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva das pessoas vivendo com HIV e aids, as questões envolvem o sigilo e a confidencialidade. No ativismo, identificamos muito claramente que a mulher busca o serviço, faz o teste, busca o diagnóstico e cumpre todas as etapas. Os homens costumam não realizar os testes de HIV por vários medos.
- A opção de lidar sobre o cuidado é individual, mas envolve uma responsabilidade que é compartilhada. Caso este homem não esteja bem, ele pode passar o vírus HIV para outra pessoa, principalmente se não souber sua sorologia ou tiver acesso aos meios de diagnósticos. Por isso, a importância de se explicar sobre a responsabilidade em relação à pessoa que ele se relaciona e garantir os meios de prevenção e detecção precoce do HIV na população masculina.
- A prevenção positiva é uma estratégia que temos conhecimento por meio do Ministério da Saúde. Enquanto movimento social, estamos levantando esta bandeira novamente, que significa discutir e divulgar a experiência na melhoria da qualidade de vida. Os homens com HIV e aids estão acometidos por diversas outras comorbidades,



coinfecções, pela cultura de não se preocupar com a saúde, enquanto for possível. Neste campo, as mulheres conseguem se cuidar mais que os homens, que não acessam os serviços de saúde e não participam tanto. A mobilização social também ocorre em prol da promoção da saúde e da valorização da vida.

- Sobre a orientação do desejo sexual, é preciso dar atenção à percepção sobre a vulnerabilidade potencial: tanto com aqueles homens que já tem o vírus HIV quanto com aqueles que não sabem que têm o vírus. Neste contexto, temos populações masculinas que não se sentem vulneráveis, muitas vezes por não terem percepção sobre a identidade de sua sexualidade, sendo chamados homens que fazem sexo com homens (HSH). Estes homens não admitem sua sexualidade e não percebem sua vulnerabilidade individual. E os homens com HIV, que têm conhecimento sobre sua sorologia, estão lidando com outras doenças, como diabetes e hipertensão, que podem afetar sua saúde sexual e reprodutiva.
- É preciso pensar a bissexualidade, principalmente para tratarmos das intervenções culturais sobre o machismo entre os homens que fazem sexo com homens. Esta temática dos HSH está relacionada à identidade muitas vezes invisível da orientação do desejo.
- Nas relações heteronormativas, o casamento ainda é considerado a proteção. Dentro do casamento, pela invisibilidade de sua vulnerabilidade, os parceiros acabam levando vírus para outras pessoas, sendo uma população que ainda mais se infecta, silenciosamente.
- Os casais vivendo com HIV e aids continuam vivendo sob a perspectiva do machismo e encontram-se com os mesmos estereótipos e dificuldades. Sob a perspectiva de ter filhos, para os homens esta discussão não acontecia. E temos homens com desejo de serem pais e outros que estão sendo pais com HIV, graças à evolução do tratamento, que baixa a transmissibilidade do vírus.
- Nas relações homoafetivas, temos que perceber as diversas masculinidades, ou seja, os homens não estão se afirmando somente em comportamentos tipificados. E isto vai além da questão do sexo, pois o homem atual está mudando e está mais preocupado com o afeto (tanto o homem homossexual como o heterossexual).



- Trabalhamos no movimento social também com a questão da vulnerabilidade potencial. Se já tem o vírus HIV, o que fazer? Neste contexto, os homens homossexuais discriminam-se ainda mais: “se tem HIV, está bichado” (como termo discriminatório e pejorativo). Além disso, os homens, em razão da cultura machista, tendem a diminuir seu companheiro se ele tem características mais femininas, e pior ainda se ele se infectar pelo HIV. Faz parte da cultura masculina desqualificar o que é feminino.
- A prevenção secundária continua sendo necessária: HTLV, HPV e outras comorbidades e coinfeções. Os cânceres de próstata também têm aumentado (nem sempre pela questão da idade). Além disso, cânceres que já não existiam para pessoas com aids estão retornando como o câncer de pênis, de reto ou de ânus.
- Sobre o tratamento como prevenção (profilaxia pós-exposição e profilaxia pré-exposição, conhecidas, respectivamente, por PEP e PrEP), o tema é importante de ser abordado para ajudar a conter a epidemia e sua transmissibilidade. Alguns estudos no mundo, do qual o Brasil faz parte, têm demonstrado que estes tratamentos ajudam a conter a transmissibilidade de uma pessoa para outra (de 0,3% a 0,1%). Precisamos fazer um esforço maior com objetivo do diagnóstico, do tratamento. Não o tratamento com sentido de obrigatoriedade, mas, preferencialmente, aquele discutido e compreendido em sua importância.
- Ainda sobre esta temática, é fundamental também tratar dos serviços de reprodução assistida, porque eles não serão apenas para as mulheres vivendo com HIV e aids. Existem homens querendo ser pais. E, embora tenhamos serviços referenciados e ambulatórios específicos, os casais soroconcordantes têm ficado por conta própria em relação ao planejamento de uma gravidez. É preciso, portanto, ampliar este serviço e garantir o que está estabelecido nas normativas e Protocolos de Direitos Reprodutivos desta população.
- Sobre o tema do uso do antirretroviral como prevenção, para além da abordagem biomédica, alguns temas são referência para a discussão de saúde sexual e saúde reprodutiva do homem: prevenção e tratamento de outras IST; circuncisão masculina (inclusive na infecção pelo HPV que contribui para a infecção com o vírus HIV).



- Existe também o que chamamos de TcP ou TASP (Estudo Partner – HTPN – 052), no que se refere à importância do antirretroviral para a profilaxia pós-exposição sexual (PPES), quando há estupro, violência sexual ou exposição sexual de risco, para que a pessoa use o medicamento e não venha a se infectar (em até 72 horas após o contato com o vírus, recomenda-se tomar a medicação, que terá duração de 28 dias, incluindo efeitos colaterais). Além disso, precisamos abordar a temática da Profilaxia Pré-Exposição (PrEP), para o caso de casais em que um seja soropositivo e o outro não ou casais que não consigam lidar com o preservativo, como forma de promover a saúde preventiva para que eles não venham a se infectar.
- A Declaração da Comissão Federal de Aids da Suíça, de 2008, destacava que uma pessoa com HIV, sem alguma outra IST, seguindo o tratamento antirretroviral, com carga viral suprimida (tratamento antirretroviral eficaz), não transmite o HIV pela via sexual (ainda que o risco mínimo esteja presente). Os dados mostram que, quanto menor a carga viral, maior vai ser a chance dessa pessoa não transmitir o HIV nas relações sexuais heterossexuais ou homossexuais.
- Além disso, segundo estudos na França de 2009, não opor tratamento e uso do preservativo é algo muito importante, já que a combinação dos dois é uma segurança maximizada (ainda que estejam em uma condição de menor transmissibilidade possível). E o preservativo continua sendo importante para o autocuidado dos homens, porque precisam se proteger de outras IST e infecções.
- No que se refere ao tema da saúde reprodutiva, podemos ter homens heterossexuais e homossexuais querendo ser pais. A questão da soropositividade e da maternidade ou paternidade continuará existindo para as pessoas vivendo com HIV e aids, ainda que em certo momento da história tenhamos sido considerados como “bombas ambulantes” de transmissão de vírus. Neste contexto, inclusive, mulheres foram castradas/esterilizadas, sem seu conhecimento e consentimento.
- Naqueles casais, em que ambos são soropositivos (casais soroconcordantes), a questão da maternidade e paternidade continuou ocorrendo de forma natural, sem a reprodução



assistida. Entretanto, com a reprodução assistida, o processo fica ainda mais seguro para todos.

- É importante tratar o tema como questão de direito e cidadania e seguir as diretrizes dos direitos sexuais e reprodutivos para não permitir, como muitas vezes aconteceu, o assédio e a violência para ambos os sexos. Além disso, é fundamental proporcionar aos casais soroconcordantes o planejamento familiar, a profilaxia e a reprodução assistida e proporcionar aos casais sorodiscordantes (em que um é soropositivo e o outro não) a prevenção, os métodos de reprodução assistida e a Profilaxia Pré-Exposição (PreP) – para que aquele que não é soropositivo consiga ser pai ou mãe nesta condição.
- A Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida (Portaria n.º 426, de 22 de março) está publicada desde 2005. É importante verificar a expansão dos serviços que tenham a fertilização *in vitro* e a inseminação artificial. A reprodução assistida é algo que precisamos ver implementado no SUS, mesmo que seja pela forma contratualizada, porque apesar de a demanda não ser grande, ainda está reprimida. E também, para que não tenhamos os serviços de assistência especializada voltados apenas aos casais soroconcordantes, porque a maior necessidade é levar esta discussão aos casais sorodiscordantes. Ainda sobre este assunto, é importante que os serviços promovam a lavagem de esperma para os homens soropositivos.
- No contexto comportamental e cultural, é importante fazer assistência e tratamento, porque o homem é muito bom em esconder o seu medo (tanto o medo da morte como do preconceito). É preciso também tratar da morte social e da saúde mental: o homem pode não saber se tem ou não tem HIV, mas carregará este peso da dúvida, que vai fazer mal para a saúde mental dele.
- Descobrir a soropositividade também não é uma tarefa fácil e pode significar para o homem desistir de sonhos e de sua carreira. Neste sentido, as mulheres são mais autônomas. O homem ainda vive o estereótipo de ter que gerenciar a família em termos de recursos financeiros.



- No tema da soropositividade, é importante trabalhar a questão da saúde integral, do desejo e da afetividade. Muitos soropositivos sublimaram a questão do desejo, pela sensação de estarem realizando um sexo impuro e sujo. Além disso, há homens que agirão em sentido contrário, ou seja, só buscarão se relacionar com pessoas soropositivas.
- Por isso, é fundamental trabalhar o conceito de cidadania para que a pessoa perceba a sua responsabilidade em relação tanto ao autocuidado quanto aos outros, e incluir o tema da relação de confiança e segurança com parceiros e parceiras.
- No campo da Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva, para homens soropositivos, temos de falar sobre trabalho e dignidade, sobre a possibilidade de continuar sendo pai e constituindo família (independentemente do arranjo familiar), sobre o papel social que podemos exercer (importância da discussão de gênero) na perspectiva de uma saúde integral e da redução do preconceito.
- Além disso, precisamos seguir com a discussão desta temática dentro do Conselho Nacional de Saúde e avançar na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem dentro do SUS.

PAINEL 2 – DEBATE:

- Principais temas destacados:
 - » Sobre as pessoas privadas de liberdade, temos grande aumento desta população e grande desafio na Saúde, por exemplo, de poder manter o tratamento nesta condição (há casos nos quais as pessoas foram transferidas e não sabemos para onde foram). Quais estratégias do Departamento de HIV, Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde em relação ao tratamento destas pessoas?
 - » O estado do Amapá sempre foi um dos campeões em sífilis congênita (por isso o grande uso da benzetacil). E o estado está com baixa expectativa devido à falta do medicamento e a possibilidade de resistência da bactéria à penicilina. Existe alguma informação nova em relação a esta resistência? E com relação à saúde



prisional, há um número crescente de pacientes fazendo o tratamento para sífilis que continuam apresentando resultado do exame sorológico VDRL alto. Existe alguma informação do Departamento sobre isso?

- » Os municípios têm trazido questionamentos para o estado sobre a distribuição dos testes rápidos. Quando falamos no pré-natal do parceiro, os municípios questionam que o Programa Rede Cegonha manda os testes apenas para as mães e não para os parceiros. E ao fazer o exame do parceiro no CTA, a informação entra na produção do CTA e não entra na produção do Programa Rede Cegonha e do pré-natal, o que seria mais interessante em termos de informação.

Respostas e considerações finais:

João Paulo Toledo

Coordenador de Assistência e Tratamento do Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais (DIAHV)/ SVS/ MS – representando a Sra. Adele Benzaken

- A Coordenação de laboratórios está ciente desta questão da produção da informação dos testes rápidos para sífilis na Rede Cegonha e está tentando resolvê-lo da melhor forma possível.
- Não temos documentados dados de resistência à penicilina porque o Treponema é extremamente difícil de ser cultivado. Provavelmente, o que acontece em relação à saúde prisional é a vulnerabilidade própria do sistema carcerário. Quando a sorologia se apresenta alta novamente, isto significa que, muito possivelmente, este paciente se reinfectou com a sífilis. Sendo assim, não é resistência da medicação ao Treponema, mas uma reinfecção (resistência ao uso do preservativo, por exemplo).



- Em relação à distribuição da penicilina, a compra foi realizada e o primeiro lote que chegou foi da penicilina benzatina, que já foi distribuído. Quanto à penicilina cristalina, ela está sendo distribuída.
- Em relação às pessoas privadas de liberdade, o Departamento está reestruturando algumas ações voltadas para esta população, tanto na questão do diagnóstico, como em ações de educação e prevenção combinada, assim como no referenciamento e no matriciamento.

PAINEL 3 – “VIOLÊNCIA SEXUAL RELACIONADA A GÊNERO”

TEMA 1 – VIOLÊNCIA E MASCULINIDADES

Jorge Lyra

GEMA/UFPE

- Ao pensar em violência e masculinidades, resolvi propor uma subversão do que me foi pedido para falar neste Seminário. Para discutir as questões ligadas à violência e as masculinidades, faço uma primeira provocação: os homens, jovens, negros e pobres não deveriam ser pensados como novos sujeitos ou outros sujeitos para as políticas públicas?
- Inicialmente, quero desenvolver alguns pontos sobre uma questão que me faço cotidianamente: como pensar as questões de gênero, os homens e as masculinidades a partir de uma perspectiva feminista? Considero que as ciências humanas e sociais vêm discutindo sobre os homens e o masculino como as faces malditas das relações de gênero, que geram desigualdades sociais e subordinam as mulheres.
- No atual contexto, não podemos pensar sobre as violências sem falar do atravessamento das questões de gênero e de sexualidade. E essa discussão tem mais de 50 anos e a autoria não é nossa, dos homens, ela é dos movimentos de mulheres e dos movimentos feministas.



- Para a discussão de gênero e sexualidade a partir de uma matriz feminista, temos trabalhado com quatro elementos, a meu ver, interconectados: sistema sexo/gênero; a dimensão relacional do conceito de gênero; marcações de poder; e a necessidade da ruptura da tradução do modelo binário de gênero no campo da política, em particular das políticas públicas.
- No primeiro eixo do sistema (sexo/gênero), proposto pela antropóloga Gayle Rubin, reafirmamos a necessidade de desnaturalizar as prescrições e práticas sociais atribuídas, incorporadas e naturalizadas por homens e mulheres.
- No segundo eixo, da dimensão relacional do conceito de gênero proposta por, entre outras autoras, pela socióloga mexicana Teresita de Barbieri, que se contrapõe a uma leitura marcada pela dicotomia, permitimo-nos, inclusive, a visibilidade de outros objetos e questões de pesquisa (sair destes modelos dicotômicos e poder pensar a dimensão relacional).
- Quando estamos falando destas dimensões dicotômicas e da desnaturalização dos nossos corpos, não estamos falando só de diferenças, mas como estas diferenças, as mais variadas, causam e mantêm as desigualdades. Neste sentido, estamos falando das marcações de poder dialogando com Joan Scott, historiadora feminista americana, inspirada em Michel Foucault, que nos propõe a necessidade de reconhecer as relações de poder como jogos desiguais inscritos em dispositivos de exercício do poder (trazendo outros marcadores sociais, como classe, idade, geração, raça/etnia, territorialidade, sexualidade, entre outros).
- O quarto e último eixo é a ruptura da tradução do modelo binário de gênero nas esferas da política, das instituições e das organizações sociais, ou seja, estamos propondo um contraponto às políticas das caixinhas, as políticas direcionadas às mulheres, aos homens, às crianças, aos adolescentes, aos idosos, entre outros marcadores da diferença. Este modelo analítico foi aplicado na prática para pensar o lugar dos homens e das masculinidades nas políticas públicas de direitos reprodutivos a partir de uma perspectiva que valoriza a diversidade.



- Na vida cotidiana de trabalho com os homens, há pelos menos três lugares fortes, cristalizados e naturalizados que outorgamos a eles. Inicialmente, a face maldita dos homens nas relações de desigualdades com as mulheres e outros seres humanos. Temos também a ideia do desertor no debate sobre a paternidade (mais recente, por exemplo, na epidemia do zika vírus, a mídia repete esta informação, passando a ideia de que os homens estão abandonando seus filhos, apesar de não haver dados sistematizados sobre o tema, mas passa a ser uma verdade do campo). A outra narrativa está no debate sobre as infecções sexualmente transmissíveis (IST) e a aids, na qual o homem assume o lugar do infectador. E no debate sobre violência, o homem aparece no lugar do agressor. Mas estes não são os únicos lugares para os homens e as masculinidades.
- Estes lugares construídos socialmente para os homens também se refletem no campo da pesquisa e da atuação nas intervenções sociais e nos serviços voltados a esta população, o que se cunhou, mais recentemente, como “saúde do homem”.
- Por exemplo, o *Handbook of Studies on Men and Masculinities*, de autoria da Raywen Connel (que já foi Robert) e colaboradores, reúne diversos estudiosos sobre o tema das masculinidades, que apontam pelo menos quatro níveis: 1) a organização social das masculinidades em suas inscrições e reproduções locais e globais; 2) a compreensão do modo como os homens entendem e expressam identidades de gênero; 3) as masculinidades como produtos de interações sociais dos homens com outros homens e com mulheres, ou seja, as masculinidades como expressões da dimensão relacional de gênero; 4) a dimensão institucional das masculinidades, em outras palavras, o modo como as masculinidades são construídas em (e por) relações e dispositivos institucionais. Eu destaco aqui o quarto nível para nos ajudar a pensar os pontos que queremos explorar com vocês.
- A partir da dimensão institucional, quando pensamos no processo de formulação e implementação de propostas de políticas públicas, quem escolhemos como público-alvo?



- Um lugar muito forte é o lugar da sexualidade para os homens jovens e adolescentes. Há pesquisas mostrando como os homens se comportam em relação à sexualidade. Entretanto, há poucas pesquisas que mostrem a vida reprodutiva dos homens (se somos férteis, se queremos ter filhos, se temos filhos), por exemplo. A máxima se mantinha, ou seja, o sexo está para os homens assim como a reprodução está para as mulheres. Sendo assim, o que percebemos no debate acadêmico ou nas propostas de políticas públicas é que os homens continuam a ser pessoas não confiáveis para responder sobre os filhos.
- Muitos dados mostram porque os homens adoecem e morrem mais cedo que as mulheres, mas os dados não são necessariamente aqueles que afligem a maioria da população masculina. E não há nenhum dado sobre fecundidade masculina. E foi nesta busca pelos dados sobre vida reprodutiva que me chamou atenção as informações que dispomos, muitas vezes a partir de tabulações especiais, sobre os homens, jovens, negros e pobres.
- No debate sobre a saúde do homem, particularmente, no momento do lançamento dos guias do *Pré-Natal do Parceiro* e do *Guia de Saúde do Homem para ACS*, ouvimos este ano, em 2016, a afirmação do ministro da Saúde de que os homens trabalham mais que as mulheres e por isso as Unidades de Saúde deveriam ter horários de atendimentos alternativos. Entretanto, a partir da minha leitura de gênero feminista, faço aqui uma provocação: as mulheres, há tempos, trabalham muito mais que os homens, seja em espaços privados, sejam em espaços públicos, e nunca se pensou ou se propôs horários alternativos para elas.
- Não condenamos horários alternativos dos serviços de saúde, mas é preciso pensar criticamente o que significa este horário alternativo. Tivemos uma experiência no município de Paulista, em Pernambuco, que criou um centro especializado para a saúde do homem, com protocolos fechados de atendimento. Ouvimos o relato de uma mulher que precisou de atendimento cardiológico, mas não conseguiu. Vale a pena pensar se a mulher também trabalha.



- E, quando pensamos na população sobre a qual estou assinalando em minha apresentação, estes homens jovens, negros e pobres têm trabalho formal, patrão, direitos trabalhistas, direitos previdenciários, ponto ou o que quer que valha para pensarmos como seria um atendimento voltado às demandas e necessidades desta população? Por isso, é importante fazer esta reflexão.
- Conforme os dados, pode-se notar a sobremortalidade e a sobremorbidade da população masculina em toda as faixas etárias. No que se refere à esperança de vida ao nascer em uma série histórica, as mulheres vivem mais que os homens.
- Em relação aos dados por faixa etária e as causas de internação hospitalar: na faixa etária dos adolescentes a adultos jovens, a primeira causa que aparece são as causas externas; na faixa etária dos adultos, aparece aparelho digestivo, circulatório e causas externas; nos homens mais idosos, aparelho circulatório e cânceres.
- Os dados de internação por causas externas expressam informações que estão além dos hormônios presentes nos corpos masculinos, da biogenética e das explicações do senso comum relacionadas à natureza masculina.
- Em relação aos dados de óbitos por sexo e faixas etárias, sabe-se que os homens morrem mais cedo que as mulheres, com exceção da faixa etária dos 80 anos ou mais, porque na verdade os homens neste intervalo de idade em sua maioria, já estão mortos.
- Nos dados que descrevem as causas externas, aparecem agressões, acidentes de transporte, lesões autoprovocadas, causas externas cuja intenção é indeterminada, afogamento e submersões acidentais. Todas essas causas externas têm a ver com o processo de construção da socialização e da história das masculinidades. Como nos transformamos em homens? Por meio da competitividade ou do incentivo a “*menos pesquisa e mais armas!*”, segundo as palavras do ministro da Segurança Pública da época, Alexandre de Moraes, agora, infelizmente, ministro do Superior Tribunal Federal (STF).
- Nos dados sobre os óbitos masculinos por causas externas, selecionados segundo as faixas etárias, podemos ver que os picos mais altos são as agressões nos jovens e adultos.



Quando o recorte é realizado por raça/etnia, esta informação vai se mantendo: os homicídios dos homens de cor parda e preta são sempre mais altos nas cinco regiões do Brasil.

- Diante desta realidade, realizamos algumas ações para pensar as questões culturais e estruturais que envolvem estas situações, assim, lançamos a campanha “Machismo não combina com saúde”. Além disso, elaboramos o documento “Princípios, diretrizes e recomendações para uma atenção integral aos homens na saúde”, que apresenta 16 princípios que deveriam compor uma política de atenção integral à saúde dos homens.
- Entre os pontos, destacamos que os homens jovens, negros e pobres, residentes em bairros de periferia, merecem atenção especial e constituem-se na população mais atingida pela violência e outros fatores que afetam diretamente sua saúde – o que o movimento negro e da juventude nomeia de genocídio dos jovens negros. Precisamos criar estratégias especiais tanto para reverter este quadro como para atrair esses homens jovens para os serviços de saúde, ressignificando valores e oferecendo atenção de qualidade, adequada às suas necessidades, de modo a garantir os princípios da equidade e universalidade do SUS.
- Destacamos também que a emergência de hospitais, de -(UPAs), de ambulatórios é espaço que recebe uma população maior de homens em decorrência de fraturas, traumas e crises agudas e pode ser um espaço de prevenção (se eles chegam à emergência, como acolhê-los e pensá-los?).
- Além disso, destacamos que a violência de gênero também é questão de saúde. A sociedade define padrões de gênero que reproduzem a ideia que homens são naturalmente violentos. Portanto, a violência dos homens contra as mulheres (sejam crianças, adolescentes ou adultas) ou contra outros homens (sejam homossexuais ou heterossexuais) são violências baseadas em gênero, construídas a partir de processos históricos, culturais, institucionais e psicossociais. Para mudar os quadros de violências baseadas em gênero, é fundamental implementar ações mais eficazes de Educação, Segurança Pública, aliadas a ações em



saúde dirigidas aos homens, por um lado, de caráter preventivo, e por outro lado, de atendimento a autores de violência.

- O que pensa a população brasileira? O que fazemos para a prevenção em saúde da população masculina?
- No Brasil, desenvolvemos a Campanha Brasileira do Laço Branco – “Homens pelo fim da violência contra as mulheres”, trazendo o tema para o campo da Educação. Em 2015, utilizamos como mote desta campanha a chamada de uma frase de Paulo Freire: “*Se a educação sozinha não transforma a sociedade, sem ela a sociedade não muda*”. Por isso, nossa grande preocupação com a reforma do ensino proposta no ano de 2016 pelo ilegítimo ministro da Educação, Mendonça Filho.
- Podemos fazer outra conexão analítica e crítica do campo do ensino, por meio dos dados de educação, que mostram cada vez mais homens jovens, negros e pobres fora da escola ou expulsos da escola. Isso causa o que se nomeia de gap de gênero, uma diferença de sexo e de gênero, diante da possibilidade destes meninos não estarem expostos a uma confrontação de ideias e, conseqüentemente, não poderem fazer uma reflexão crítica do seu processo, do machismo, que é considerado quase da natureza masculina. Portanto, quando abordamos o tema da violência, do assédio e do estupro precisamos dos processos educativos que consigam fazer um contraponto com estas questões.
- Há 20 anos dialogando com a Saúde, toda vez nos perguntamos onde está a Educação no debate do campo da Saúde. E se não víamos a Educação dialogando com a Saúde nos governos anteriores, a partir de agora é que, infelizmente, dificilmente veremos.



TEMA 2 – VIOLÊNCIA, VULNERABILIDADES E INIQUIDADES

Esdras Daniel dos Santos Pereira

Departamento de Apoio à Gestão Estratégica e Participativa (DAGEP)/SGEP/MS

- O Departamento de Apoio à Gestão Participativa (DAGEP), nos últimos dez anos, tem desempenhado papel de abrir as portas e ouvidos para as iniquidades e as invisibilidades em saúde, para temas que muitas vezes desconhecíamos e ficavam mascarados a partir de leituras epidemiológicas.
- Partimos então de um olhar sobre o homem na perspectiva de um novo sujeito dentro da política de saúde e de como este sujeito se expressa enquanto identidade política.
- A participação comunitária, os conselhos de saúde, as conferências de saúde e os outros espaços de participação social trazem para o Sistema Único de Saúde a capacidade de implementar políticas baseadas nas demandas e nos determinantes sociais.
- Atualmente, vivemos um ciclo na política pública em que a preocupação com a métrica e com os quantitativos não nos permitem olhar os diversos avanços que tivemos em mecanismos qualitativos de desenvolvimento de políticas, a partir do diálogo direto com a população.
- A Gestão Participativa, ao fomentar a participação social, permite que se expressem e que sejam reconhecidas as iniquidades em relação à saúde do homem, da mulher, às questões de gênero relacionadas à raça e à etnia no Brasil, para promover a universalidade e o acesso.
- É preciso transformar o discurso de retórica do acesso universal em prática, na qual o acesso ao sistema de saúde seja ampliado a partir do reconhecimento dos fatores impeditivos a este, destacando como fator nossa dinâmica constitutiva social. É com esta premissa que trabalhamos nas políticas de promoção da equidade.



- A nossa premissa é trazer a perspectiva da integralidade e da intersetorialidade no fazer saúde. Neste contexto, como trazer a perspectiva do homem? A expressão numérica não corresponde à representatividade política temática. Como exemplo, mais mulheres nos espaços de participação não significa que isto se expressa na produção de políticas para mulheres. Da mesma forma, a questão da masculinidade em relação à identidade não se constitui em sujeito político.
- Destacam-se algumas questões para que possamos refletir: a masculinidade iguala homens em vida, no acesso a direitos e na expressão de cidadania? É possível relacionarmos a condição masculina e a determinação social em saúde? Há iniquidades no acesso inerentes à condição do homem? Quando não incluimos a determinação social da saúde neste debate, invisibilizamos homens e mulheres dentro do cenário do serviço de saúde ou como números em procedimentos? Há iniquidades no acesso à saúde ligadas à condição masculina?
- A condição masculina e a violência são reconhecidas enquanto temáticas de saúde pelas instituições públicas? Em relação à nomenclatura de causas externas, é preciso reivindicar, por exemplo, dados mais elucidativos e desagregados (a violência e os acidentes hoje são fatores agregados na determinação social da saúde).
- Como vai a saúde do homem urbano, do homem do campo, do homem negro, do homem *gay*, do homem em situação de rua, do homem cigano, do homem imigrante ou trabalhador itinerante, do homem em situação penitenciária, do homem pai, do homem separado em suas diferentes maneiras de ser homem?
- Sobre o tema da violência e das iniquidades, temos o Código Internacional de Doenças (CID), que está sob-revisão e que pontua as causas externas de morbidade e mortalidade. Quando um óbito devido a causas externas (como acidentes, envenenamento, queimadura, afogamento) é registrado, descreve-se tanto a natureza da lesão quanto as circunstâncias e/ou instrumentos que a originaram.
- O Sistema de Informações de Mortalidade do Ministério da Saúde (SIM/MS) é a única fonte que levanta esse quesito em esfera nacional. Este é outro dado alarmante, porque



sabemos que a violência se expressa em diversos cenários das políticas públicas. Então, como captar e tratar dados a partir do viés da saúde?

- A Segurança Pública tem uma forma de levantar os dados no que se refere à tipificação de crimes. Temos, por exemplo, o PL 122 que trata dos crimes de homofobia e enquanto não temos estes dados (por não termos uma legislação progressista), eles ficam a cargo da sociedade civil. É fundamental pensar a natureza dos crimes e os agravos dentro do sistema de saúde.
- No que se refere às causas de óbito, observa-se um diferencial para os homens: 3,3 vezes maior número de mortes no grupo de causas externas em relação às mulheres; 2,6 vezes no grupo de transtornos mentais e comportamentais; e 1,5 vezes no grupo de doenças do aparelho digestivo. Esses dados mais uma vez reforçam as diferenças de gênero, já que homens se envolvem mais em situações de acidentes e violências, levando a mortes prematuras. Sendo assim, não chegam a adoecer e morrer de outras causas, como as mulheres, e sequer atingem idades superiores a 70 anos.
- Quando falamos em saúde coletiva, o território é onde acontecem as relações sociais (cidade e o campo) que, inclusive, pautam a violência. Dentro do Mapa da Violência 2016 (focado em homicídios por arma de fogo), quando se analisa os municípios e sua relação a agravos, conflitos, violência e morte de homens, é preciso compreender esta relação a partir dos processos de desenvolvimento, dos fluxos migratórios gerados por hidrelétricas, conflitos nas regiões de fronteira e agrárias da Amazônia, turismo predatório para prostituição e drogas e a violência tradicional nas grandes cidades.
- De 2003 a 2014, há uma inversão e um deslocamento para os municípios do interior do País como novos polos de violência, relacionados principalmente a homicídios por armas de fogo. Até meados da década de 1990, os municípios com mais de 100 mil habitantes lideravam o crescimento deste tipo de homicídio. E, a partir de 2003, a violência nestes municípios fica estagnada ou tende a diminuir drasticamente, como no caso das cidades com mais de 500 mil habitantes, cujos homicídios no período caem 22,4%.



- Há exclusividade masculina entre as vítimas dos homicídios por armas de fogo: 94,4% na média nacional. Há, ainda, enorme homogeneidade existente entre os estados e regiões do País (todos oscilam entre 91% a 96% de vítimas masculinas).
- Existe enorme concentração de mortalidade nas idades jovens, com pico nos 20 anos de idade, quando os homicídios por armas de fogo atingem a marca de 67,4 mortes por 100 mil jovens. Mas a escalada de violência começa nos primeiros estratos da juventude (por volta dos 13 anos de idade), quando as taxas iniciam com 1,1 homicídio por arma de fogo passando a 4 homicídios por arma de fogo aos 13 anos. Portanto, há sim um genocídio da juventude masculina, associado também à raça e à cor.
- No caso da juventude negra localizada nos grandes centros urbanos, há também um componente de conflito com a Segurança Pública e a autoridade policial que deve ser levado em consideração. Jovens adoecem e morrem pela relação com a violência policial. E estes dados não emanam das instituições.
- Quais são as iniquidades e as determinações sociais que nós podemos destacar para os homens brasileiros e quais desafios são colocados a partir deste olhar para o acesso universal à saúde e à promoção de uma política de saúde integral dos homens? Por isso é preciso olhar para os homens negros e a violência no Brasil.
- Em relação aos homicídios por armas de fogo, de 2013 a 2014, houve queda na população branca de 26,1% e aumento na população negra de 46,9%. No País como um todo, houve queda nas taxas de homicídios por armas de fogo na população branca de 27,1% e crescimento na população negra de 9,9%. Houve, portanto, aumento da expressão enquanto agravo e causa de óbito em estratos onde se encontra, majoritariamente, a população negra. Sendo assim, a condição racial por si é determinante social no Brasil e implica risco para violência e morte.
- No que se refere aos homens em situação de rua, é preciso destacar que toda crise econômica é acompanhada por aumento da população em situação de rua. Essa população exerce atividade remunerada nas cidades (70%). A maioria são homens (82%) e negros (67%). No caso das crianças e adolescentes, 71,8% são do sexo masculino.



- São características dessa população tanto a pobreza extrema como os vínculos familiares interrompidos. Entre os principais motivos que os levaram a sair de casa estão o alcoolismo/drogas (35,5%), o desemprego (29,8%) e os conflitos familiares (29,1%). Entre os problemas de saúde mais citados destacam-se: hipertensão (10,1%), problema psiquiátrico (6,1%), HIV/aids (5,1%) e problemas de visão e cegueira (4,6%). Nesta população, 18,4% já passaram por experiências de impedimento de receber atendimento na rede de saúde: a cada 5 moradores de rua que buscam o serviço, 1 é barrado por sua condição de estar na rua. Além disso, 29,7% afirmaram ter algum problema de saúde, o que se opõe aos dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (Pnad), e 43,8% afirmaram que inicialmente procuram as emergências dos hospitais quando estão doentes.
- A temática da saúde dos homens *gays* e bissexuais também é pouco abordada do ponto de vista das políticas sociais. Para além do escopo da aids, IST e hepatites virais, é imperativo conhecer como acessam a saúde, qual a visão de saúde destes homens e quais são os agravos relacionados a sua condição de *gays* e bissexuais, incluindo toda a violência associada à expressão de sua identidade sexual no meio social.
- A violência é um flagelo que atinge a população LGBT e, no ano de 2012, foram registradas 3.084 denúncias de 9.982 violações relacionadas a esta população, conforme o Relatório sobre Violência Homofóbica no Brasil. Este dado não está desagregado e, muitas vezes, é captado pelos serviços de saúde nas notificações compulsórias de violência. O perfil das denúncias contra a população LGBT nos aponta a Região Sudeste como espaço maior da expressão desta violência homofóbica. Jovens e negros são as maiores vítimas deste tipo de violência, mostrando que a violência homofóbica também tem forte componente racial.
- Nos homens do campo e da floresta, o conflito e o adoecimento ocorrem pela condição do trabalho ou pela luta para o acesso à moradia e a terra.
- O ano de 2015 foi reconhecido como o ano mais violento para o campo brasileiro. O número de mortes decorrentes de conflitos no campo, no ano de 2015, foi o maior



desde 2003, quando foram contabilizados 73 assassinatos. Ampliando este olhar para o conflito de terra associado à condição indígena, este dado se torna ainda mais grave, porque os homens indígenas são majoritariamente vítimas do conflito agrário.

- Conforme levantamento, os maiores números de mortes ocorreram em Rondônia (21) e no Pará (19). O perfil predominante das mortes foi de indivíduos envolvidos em movimentos de luta pela regularização fundiária.
- É preciso reconhecer que a determinação social em saúde e as iniquidades em saúde podem sim ser combatidas no Sistema Único de Saúde, a partir da educação permanente de profissionais de saúde, da escuta qualificada, da participação social dos sujeitos das políticas e representações da sociedade civil, do fortalecimento das instituições capazes de acolher demandas sociais baseadas em processos de corresponsabilização.
- Ao fazer saúde do homem, é fundamental olhar o espaço da participação social (sejam eles instituídos ou não) e fomentar determinados aspectos das políticas de saúde que ainda permanecem invisíveis.
- A participação social, os conselhos de saúde, as conferências de saúde, as organizações da sociedade civil são espaços nos quais a prática de mobilização em saúde, gestão do trabalho e vida em comunidade podem formular novos movimentos. Seguimos no espaço da gestão participativa certos da importância de empoderar estas populações, assim como empoderar os homens, enquanto sujeitos políticos, para falarem de suas masculinidades.
- Colocamos dois desafios: Como vamos atuar junto à sociedade civil para que o olhar sobre a masculinidade seja feito em harmonia, na busca pela superação libertária que as condições e o debate de gênero nos impõem? Como falar de saúde do homem nos espaços da sociedade civil aliado à perspectiva do debate da questão feminina e da questão de gênero no Brasil? E como ter um olhar sobre as iniquidades em saúde para intervir no modo de vida da população? Nossos homens morrem e adoecem por sua condição de vida (por serem negros, estarem no campo, por estarem em situação de rua). Como trabalhar isso para dentro do SUS é o desafio da gestão participativa.



TEMA 3 – “ACOMPANHAMENTO DOS HOMENS AUTORES DE VIOLÊNCIA”

Anne Caroline Luz Grudtner da Silva

Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)

- Diante deste painel sobre violência, serão apresentados os resultados da tese de doutorado sobre o acompanhamento dos homens autores de violência, que são percebidos, em sua maioria, como algozes.
- Quando falamos de violência por parceiro íntimo, estamos falando de qualquer ato dentro deste relacionamento que leve uma lesão ao parceiro. Os tipos de violência são inúmeros: violência física, psicológica, por dano moral, comportamento controlador. E na violência por parceiro íntimo, precisamos esclarecer que ela não se refere apenas à doméstica, mas a relacionada a qualquer ambiente. Aliás, a violência muitas vezes não acontece nem com o companheiro atual, mas com o ex-companheiro.
- Este tipo de violência é uma violência de gênero e está relacionada à forma como os homens e a mulheres são construídos, o que se aceita do papel de cada um deles, qual o poder deles dentro do relacionamento. E, dentro deste contexto de violência por parceiro íntimo, as mulheres são as principais vítimas.
- No mundo, a taxa de mulheres que sofreram violência física praticada pelo parceiro íntimo varia de 6% na China, a 48% na Zâmbia e no Peru. Nos EUA, uma em cada dez mulheres já foi violentada sexualmente pelo parceiro e 24,3% das mulheres já sofreram violência física em comparação a 13,8% dos homens que sofreram violência perpetrada pela parceria. E no Brasil, quase 26% das mulheres e 2% dos homens relataram ter sofrido violência física cometida pelo parceiro ou ex-parceiro.
- E quando falamos de violência por parceiro íntimo ou quando atuamos junto a essa violência, geralmente, só vemos a ponta do *iceberg*. É um tema que envolve muitos



fatores, muitas consequências e não é possível dar conta de todas as questões. Mas isto não significa que não possamos tentar desmistificá-las e aprender novas formas de intervir nos processos.

- As pesquisas mostram que é possível mudar o comportamento de homens e mulheres em situação de violência conjugal. Neste sentido, o homem autor de violência precisa sim ser um caso de polícia (é um crime e ele não é a vítima). Mas além de ter cometido um crime, ele também precisa de atenção, para que todos os envolvidos recebam punição e o acolhimento adequados.
- No Brasil, este atendimento não está nem implementado e nem organizado (ainda estamos iniciando este processo). Em outros países, já existe uma rede de acolhimento voltada também para os homens.
- O *Caderno de Atenção à Violência Intrafamiliar* do Ministério da Saúde, de 2001, já apontava que, ao abordar a mulher vítima de violência, era necessário incluir nas ações alguma atividade voltada à educação destes agressores. E a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem aborda a necessidade de que, para entender as questões da violência, precisamos ir além do homem como agressor. É preciso compreender, por exemplo, a vulnerabilidade deste homem para estar neste papel. Como entender a violência por parceiro íntimo, na qual existem duas pessoas envolvidas, se não escutarmos os dois lados?
- A própria Lei Maria da Penha, de 2006, apresenta entre suas ações a necessidade de institucionalização de serviços para redução, acompanhamento e orientação destes autores de violência (embora não diga como ela deve ocorrer).
- Entretanto, as críticas e as dificuldades nesta temática são enormes, como por exemplo, que os recursos econômicos poderiam ser utilizados para as vítimas e não para o agressor e que as medidas educativas poderiam substituir as punitivas.
- No Brasil, temos também as dificuldades com a execução das políticas públicas. Neste contexto, ao acontecer a mudança do gestor, muda também a política e os programas



deixam de funcionar. Além disso, há também a questão financeira, a escassez de recursos profissionais e o desconhecimento dos serviços já existentes, que favoreceriam a troca de experiências e melhorias no atendimento.

- Frente a esta realidade, foi realizado um levantamento de todos os serviços de acompanhamento no País para atendimento aos homens autores de violência. Em 2014, havia 17 programas que atendiam esses homens. A maior parte dos programas tinha menos de 4 anos de duração, era financiado por organizações não governamentais e atendia uma média de 3 a 8 homens por mês.
- O Núcleo de Atendimento à Família e aos autores de violência Doméstica (NAFAVD) do Distrito Federal era o serviço que funcionava há mais tempo. Recebem encaminhamento de homens e mulheres do conselho tutelar, da casa abrigo ou encaminhados pelo Poder Judiciário. Assim, ocorreu a seleção para o desenvolvimento da pesquisa.
- No ano de 2015, foram convidados todos os homens que praticaram violência contra a parceira (e não todas as violências), que passaram a ser acompanhados pelo NAFAVD. Foram 167 homens convidados e 86 deles aceitaram participar da pesquisa (originários de Samambaia, Sobradinho, Planaltina, Brazlândia, Santa Maria, Gama e Plano Piloto).
- Como a avaliação é um dos principais problemas enfrentados por estes serviços, em vez de fazermos a avaliação apenas com perguntas abertas, optamos por utilizar um questionário que já fosse validado para fortalecer os achados. No Brasil, não há questionários devido ao tema ser recente, então foi realizada uma adaptação transcultural do questionário americano para o português, para captar as diferenças culturais.
- O objetivo principal desta pesquisa era avaliar a reincidência de violência, para ver se o acompanhamento está gerando alguma modificação nos comportamentos (quais foram as mudanças que o homem percebeu a partir daquele programa). E o questionário permitia a avaliação tanto para o homem quanto para a mulher.
- Os homens estavam na faixa etária de 20 a 69 anos de idade. A maior parte deles (61%) encontrava-se na faixa etária de 30 a 49 anos, mais de 70 % deles estudaram até o ensino



médio, 89% estavam empregados e 79% tinham renda mensal menor que três salários mínimos mensais.

- A partir destas informações, percebemos que a relação entre estes fatores interagem para facilitar a ocorrência de violência (renda, escolaridade ou tipo de trabalho). A maior parte das pesquisas aponta para o desemprego como fator de risco para a violência doméstica, ao contrário do que encontramos, já que estes homens estavam empregados. Por outro lado, eles possuíam renda e escolaridade baixas. Diante deste contexto, espera-se que o homem seja o responsável pela família e o fato disso não acontecer pode ser fator de risco para a violência contra a parceira.
- Em relação ao estado civil dos homens, 60% já não estavam no relacionamento com a parceira que houve a violência e, conseqüentemente, a participação no programa. Destes homens, 56% tinham novo relacionamento (apenas 19% não mantinham alguma forma de contato com a ex-parceira ou tinham novo relacionamento). Além disso, 74% deles já estavam separados entre 1 e 6 anos. Portanto, a violência pode começar com o fim do relacionamento. Por isso, é importante entendermos esta temática a partir da questão de gênero para poder intervir de uma forma eficiente, já que o homem se percebe dono da parceira e se sente livre para praticar a violência. Outra questão importante é que mais da metade dos que tinham terminado o relacionamento já tinham nova companheira. Portanto, ao não cuidar destes homens, podemos colocar outras mulheres em risco de violência.
- Em relação ao uso de álcool, 55% dos homens relataram que bebiam em certa quantidade, 10% tinham parado de beber nos últimos três meses de acompanhamento, 40% relataram que bebiam uma vez por semana e 90% não chegavam a ficar embriagado. O uso de álcool é um fator de risco para a violência. Por outro lado, nem todo homem que usa álcool agride a companheira. O uso de álcool é um dos comportamentos que se exige ao ser homem e não é uma relação simples de entender. Por isso, defende-se também que estes programas incluam serviços para abuso de álcool e outras drogas.



- Ao analisarmos como ficou a perpetração de violência durante os três meses de acompanhamento, 66% disseram que não sentiram vontade de agredir a companheira, apenas um homem voltou a agredir a companheira, oito homens cometeram violência psicológica e mais de 90% disseram ser muito improvável voltar a cometer a violência.
- Dos oito homens que cometeram violência psicológica, cinco foram contra a parceira atual, três contra a ex-parceira e o único que cometeu a violência física foi contra a ex-parceira. No que se refere a sofrer violência, 13 homens relataram que sofreram violência cometida pela parceira.
- Estes dados podem mostrar que o acompanhamento é efetivo, pois, dos 86% homens, nove disseram que cometeram algum tipo de violência. Por outro lado, é um serviço que tem relação com o serviço Judiciário, ou seja, pode haver receio de fornecer informações verdadeiras. Além disso, há a questão da naturalização da violência, ou seja, os homens podem achar que não cometeram violência contra a parceira. Por isso, precisamos levar em consideração que existe uma dificuldade do homem se ver como agressor. Outra limitação diz respeito à violência que o próprio homem sofre. Como este homem vai admitir que está sofrendo violência da mulher?
- Apesar das limitações, 20% deles relataram vontade de agredir e não agrediram. Isto é uma consequência positiva do efeito do programa. O programa resultou em uma mudança de atitude, já que as falas dos homens revelaram que eles aprenderam a ter paciência, a pensar antes de agir.
- Além disso, eles puderam repensar o papel da mulher dentro do próprio relacionamento, pois começaram a entender que ele pode ajudá-la a não assumir todo o trabalho doméstico. Entretanto, nestes casos, há relatos de homens sendo criticados por outros homens na vizinhança. Por isso, a importância de se trabalhar a masculinidade, ou seja, para que esse homem possa agir diferente dentro da relação e continuar sendo aceito socialmente. Também houve relatos sobre a importância de se escutar os pares para não agir da mesma forma.



- As diretrizes internacionais para autores de violência recomendam um acompanhamento de 1 ano (mínimo) a 15 meses. Neste acompanhamento, eles não seriam necessariamente atendidos, mas a assistência estaria centrada no cuidado e na prevenção.
- Há diferentes tipos de violência conjugal. Hoje, o que acontece nos programas é que não importa o tipo de violência, o atendimento é padrão (acompanhamento de três meses). Mas se há tipos diferentes de violência, a intervenção precisa ser diferenciada. Recomenda-se que o acompanhamento seja feito em dupla e possa ser flexibilizado para cada caso.
- Destacamos também as reclamações destes homens sobre o vínculo dos programas com o Judiciário (não conseguiam compreender que neste espaço estavam realizando outro acompanhamento). Neste sentido, há relatos de que o homem não é ouvido e já entra na história como o “vilão”. Por isso, a necessidade destes homens também serem acolhidos.
- É importante que outros setores assumam esse atendimento, como é o caso da Saúde. É possível oferecermos este acompanhamento antes mesmo de eles praticarem a violência, por meio, inclusive, da Educação. Não precisamos deixar o Judiciário intervir para que estes homens tenham um momento de reflexão e uma possibilidade de mudança.
- Finalizando, apesar de estes resultados serem referentes apenas a um estudo de caso, também mostram que este acompanhamento tem seus resultados positivos. Se não para todos, muitos daqueles homens tiveram a oportunidade de mudar e, muito provavelmente, não vão voltar a agredir a companheira ou nova companheira. Provavelmente, as fragilidades e as vulnerabilidades encontradas nos programas estão relacionadas ao pouco tempo de acompanhamento e à ausência de políticas que estruturam estes serviços. Inclusive os serviços hoje estão tentando institucionalizar uma avaliação periódica destes homens, mesmo depois de finalizado o atendimento, mas estão encontrando muitas barreiras como, por exemplo, recursos financeiros e recursos humanos. Portanto, se conseguirmos que estes programas sejam estruturados por meio de políticas públicas e da legislação, poderemos melhorar o atendimento e, conseqüentemente, melhorar os resultados.



PAINEL 3 – DEBATE:

■ Principais temas destacados:

- » Em relação aos homens jovens, negros e pobres, no Rio de Janeiro, estes homens estão trabalhando no tráfico de drogas. Portanto, se o serviço de saúde não está no território e não for atrás deste homem, eles não serão atendidos.
- » Importante notar também que os serviços já funcionam em horário ampliado e, nem por isso, são utilizados pelos homens.
- » Além disso, há um boicote às ações para homens, originário do próprio movimento feminista que não acredita ser importante realizar ações voltadas para homens.
- » Em relação à ficha de notificação de violência nestes territórios, é preciso capacitar o profissional de saúde para enxergar a violência para além do “olho roxo”.
- » Em relação à violência contra o idoso, não há a percepção de que o fato do idoso ficar trancado dentro de casa durante seis meses, em razão de viverem em prédios sem elevador, é uma violência.
- » Em relação aos horários diferenciados dos serviços de saúde, o estado do Pará possui realidades muito peculiares dentro do próprio estado. Há, por exemplo, regiões de mineração nas quais os homens são levados pela manhã para o trabalho e só retornam às 19 horas. Esses homens não conseguem atendimento nos serviços porque passam a semana nas minas, que possuem um ambulatório apenas para intercorrências. Portanto, é importante pensar em horários diferenciados para o acompanhamento da saúde deles. Além disso, em empresas privadas, o homem não quer buscar o cuidado em saúde devido à barreira institucional. Muitas vezes, o empregador demite quem pretende acompanhar o filho ao médico, gerando nos homens um receio de perder o emprego (apesar de estar previsto nos acordos coletivos). Sendo assim, os homens acabam sendo vítimas deste sistema machista e o horário diferenciado pode possibilitar uma perspectiva mais ampla de acesso aos serviços.



- » Como está sendo pensada a questão da saúde dos homens trans? Esta é uma demanda que tem chegado. Em um primeiro momento, pode ser considerado difícil de atender, como, por exemplo, no que se refere à citologia dos homens trans e os profissionais de saúde.
- » Temos políticas públicas emancipatórias e compensatórias. Quando pensamos em transformação sociocultural, isto não significa valorizar as políticas compensatórias nos espaços masculinos, mas pensar a emancipação de outra sociedade, de outro homem e outra mulher. E isto se torna difícil porque o construto sociocultural é que o cuidado é o lugar do feminino. Sendo assim, como trabalhar isso em políticas que têm seus limites por serem compensatórias e não emancipatórias? E como a equidade se coloca neste campo?
- » Como colocar os homens trans em outra perspectiva da construção cultural? Porque, no caso das mulheres transexuais, constata-se o discurso do absurdo que é sair do lugar de homens (de poder) para um lugar de submissão. Qual o desafio cultural no caso dos homens trans que é exatamente o contrário (no sentido da ousadia de sair do lugar do feminino para estar no lugar masculino)?

Respostas e considerações finais:

Jorge Lyra

Gema/UFPE

- Ao trabalhar com pais adolescentes, a própria expressão “pais adolescentes” não fazia sentido algum quando iniciamos há 22 anos. Uma máxima colocada no documento para uma política integral de saúde dos homens, a partir da discussão do feminismo, é a problematização do lugar do masculino, do machismo, do patriarcado (estas reflexões são de autoria do movimento de mulheres, do movimento feminista e do movimento gay e lésbico, do movimento em defesa da diversidade sexual, e não de um movimento



dos homens). É importante pensar o sujeito político deste processo. Nunca defendemos a ideia de um movimento de homens para fazer esta defesa (não é do lugar do poder que se muda o poder).

- Mas onde os homens estão? Ouvimos relatos, que são feitos desde os agentes comunitários de saúde até os profissionais médicos, que na periferia violenta não vamos querer chegar perto de jovens vinculados à marginalidade, às drogas, ao tráfico, pois também estão correndo riscos. E esta discussão foi levada para a comunidade, para a Unidade Básica de Saúde, para as Forças Armadas, em particular, o Exército.
- Não há consenso nos trabalhos com homens, a partir dos princípios feministas (na verdade é uma controvérsia, há muitas tensões em nossas propostas). Por isso, é fundamental o processo do princípio político do trabalho com os homens e as masculinidades com vistas à transformação da sociedade. Além disso, é preciso deixar pontuado, deixar explícito que não estamos construindo com isso um discurso vitimista sobre os homens (não cabe colocar mais esta responsabilidade nas costas das mulheres mães que criaram homens, que podem ser ou não machistas).
- Em relação à visibilidade da violência contra a mulher, em um estudo recente fomos ouvir as mulheres na Atenção Básica (AB). Costumamos criar diversos protocolos para a Atenção Básica, além de todas as ações que a AB já desenvolve e, ao final, não temos uma qualidade de saúde da população como deveria, qualidade de serviço, de informação para cuidar de tantos segmentos (crianças, mães destas crianças, idosos e, mais recentemente, de adolescentes e dos homens).
- A violência contra a mulher, por exemplo, é um tema absolutamente invisível para a AB, a não ser que seja questão de polícia, que a violência seja física, que tenha marcas no corpo. Mas questões como depressão e medicamentos aparecem todo o tempo nesta temática (mas ficam invisíveis). O protocolo de saúde para a mulher é o protocolo da saúde materno-infantil, a prevenção do câncer de mama. O serviço de saúde precisa dar conta dos protocolos e não enxerga a história desta mulher.



- É preciso problematizar que esta situação não é culpa das mulheres, dos homens ou dos profissionais de Saúde. Devemos pensar nesta discussão pelo menos em alguns níveis: no plano do sujeito, da singularidade, da individualidade (o machismo não é questão de escolha ou vontade); instituições e leis que não autorizam os homens como pais adolescentes exercerem os cuidados com seus filhos (autonomia relativa); licença-paternidade; direito ao acompanhante; violência obstétrica. Tudo isso estrutura as instituições para colocar os homens fora do lugar do cuidado.
- Sobre o espaço do trabalho e os projetos de desenvolvimento que realizamos em Pernambuco, com apoio da Petrobrás e da refinaria e do porto de Suape, nas obras realizadas na região de Cabo de Santo Agostinho e Ipojuca, um exército de homens chegou para trabalhar nesta região. A estimativa na época (2012–2015) era de 50 mil homens. Realizamos com essa população trabalhos com uma série de temas, como homofobia, paternidade, violência, HIV/aids.
- Ter o cuidado como lugar feminino é o grande desafio, porque a questão do cuidado pelo outro e o autocuidado é considerado algo do feminino. E nossa lógica que é machista, patriarcal, fundamentalista, homofóbica, racista, sexista, desvaloriza as experiências consideradas como femininas ou das mulheres. Portanto, neste processo de uma política compensatória ou emancipatória, é preciso transformar as políticas de forma estrutural (não só com um protocolo).

Esdras Daniel dos Santos Pereira

Departamento de Apoio à Gestão Estratégica e Participativa (DAGEP)/SGEP/MS

- Em relação aos homens trans, colocamos este tema como grande desafio do ponto de vista prático, de reorientação da prática dos profissionais para o atendimento (exame preventivo), passível de ser atendido institucionalmente por meio dos protocolos e educação permanente, que já estão previstos dentro da própria Política Nacional de Saúde Integral LGBT e das tratativas do Processo Transsexualizador no SUS.



- Qual é o lugar do homem trans, enquanto identidade, dentro do Sistema Único de Saúde? Como exemplo já se enunciam conflitos acerca do procedimento de exame citopatológico ou da continuidade dos acompanhamentos ligados diretamente ao corpo biológico feminino, mas que agora ocorrem e devem ser observados em uma identidade masculina. Qual a capacidade de alteridade e autonomia para se afirmar homem trans? E, por mais que tenhamos avançado no reconhecimento da transexualidade no País, este ainda é um assunto não tratado.

- No que se refere ao tema dos jovens, negros e pobres, trabalhando no tráfico de drogas, este dado aponta mais uma vez como o território (acesso à determinação social, ao trabalho, à moradia) é perpetuador deste ciclo de adoecimento e exclusão. Até que ponto os homens da zona rural também não acessam os serviços de saúde por sua condição de trabalho? Portanto, a barreira é dada não apenas pelo aspecto sociocultural, mas também pelo nosso modo de produção, como nos organizamos em sociedade e, acima de tudo, pela maneira como consumimos. Este chamamento ao consumo pelas relações competitivas é o que coloca o homem em uma condição de disparidade e agravo à saúde. Ser chamado à competição desde que você é colocado no meio social é mais um incentivo à iniquidade e à perpetuação da violência.



5 ENCONTRO NACIONAL DE COORDENADORES DE SAÚDE DO HOMEM

O Encontro Nacional de Coordenadores de Saúde do Homem teve como objetivo apresentar o panorama atual da saúde do homem no Brasil e promover a troca de experiências com as coordenações estaduais e municipais de saúde do homem, além de apresentar e lançar o Curso EaD “Atenção Integral à Saúde do Homem”, fruto de convênio com a Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e os resultados da Pesquisa “Saúde do Homem, Paternidade e Cuidado”, fruto de parceria com a Ouvidoria do SUS.

Ademais, foram apresentadas seis experiências exitosas em saúde do homem, desenvolvidas em diferentes estados, municípios e territórios brasileiros. Elas foram escolhidas entre 17 experiências enviadas entre os dias 1º e 10 de agosto, de 2016, para o *e-mail* da Coordenação Nacional de Saúde do Homem (CNSH). A seleção foi realizada entre os dias 11 e 17 de agosto de 2016, de acordo com critérios validados pela Coordenação, e o resultado final foi divulgado no dia 18 de agosto de 2016, também por meio do *e-mail* da CNSH. O objetivo da apresentação foi propiciar a troca destas experiências entre todos os participantes do encontro, fomentando novas ideias e estratégias em saúde do homem nas diferentes localidades do Brasil.



Após o evento, os participantes encaminharam um produto (matriz) que identificou os avanços, as dificuldades e as estratégias/proposições na implementação da Pnaish e as ações que os coordenadores e coordenadoras vêm desenvolvendo em relação à saúde do homem nos estados e nos municípios (documento anexo). Este documento servirá de subsídio para a melhoria de todo o trabalho desenvolvido pelo Ministério da Saúde.

APRESENTAÇÃO DO VÍDEO ONU MULHERES – “ELES POR ELAS”

Luciana Almeida

Consultora para o tema de gênero na Opas

- Não temos como falar de gênero se não falarmos de mulheres e de homens e das relações entre eles. Além disso, é fundamental pensar as diferentes masculinidades e os diferentes homens. A campanha do Ministério da Saúde reforça este tema e pergunta: que tipo de homem você é? E são diversos homens. Sendo assim, é fundamental considerar esta diversidade quando pensamos em políticas de saúde para os homens.

PAINEL 1: “POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM – PNAISH”

“Panorama atual da Pnaish”

Francisco Norberto

Coordenador da CNSH/DAPES/SAS/MS

- A partir do panorama da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem podemos fazer uma análise sobre o que avançamos e o que precisamos ainda avançar no âmbito federal. E identificar como as coordenações de saúde do homem nos estados



e nos municípios podem ajudar neste processo. Fazer política pública é um exercício contínuo de superação dos desafios. Portanto, é preciso pensar na questão técnica, na utilização do recurso, do insumo e como podemos fazer para que esta política chegue até o usuário.

- No nosso caso este usuário é homem e, culturalmente, ainda precisa se entender como sujeito do cuidado. É um desafio porque estão dadas as questões das masculinidades, do gênero, das violências, do trabalho. Portanto, é uma temática multifatorial e multifocal, importante de ser articulada com outras políticas, para que esses homens possam ser vistos em suas necessidades e atendidos nos serviços de saúde.
- Este ano, elaboramos um FormSUS para poder realizar um levantamento de informações com as coordenações. A ideia deste formulário era saber como anda o monitoramento da política, assim como identificar quais são as dificuldades que estados e municípios estão encontrando para sua implementação. E levantar as informações referentes aos recursos repassados em portaria.
- Alguns estados e municípios aderiram ao FormSUS (responderam completamente) e outros não aderiram. É importante que tenhamos melhoria na comunicação com as coordenações estaduais e municipais. Infelizmente, a ausência de comunicação em algumas coordenações (por exemplo, resposta dos *e-mails* encaminhados pela coordenação nacional) gera dificuldades no âmbito federal.
- Há uma planilha de passagens e diárias que são encaminhadas com um mês de antecedência para aprovação da direção. E este encaminhamento precisa cumprir os prazos administrativos da esfera federal, assim como acontece no âmbito estadual e municipal.
- Estamos disponíveis para participar dos eventos nos estados e nos municípios e, quando pensamos na melhora da comunicação, gostaríamos de fato de contribuir com as ações nestas esferas de gestão. Da mesma forma, solicitamos que, quando o coordenador sair de licença-prêmio, possa comunicar a indicação de um responsável para que tenhamos



uma resposta em tempo hábil. Precisamos alinhar esta comunicação para que possamos trabalhar de forma mais conjunta no processo de implementação da política.

- Em relação ao eixo “Acesso e Acolhimento”, estamos trabalhando internamente na construção de um texto que possa trazer alguns subsídios para pensar o acesso e acolhimento dos homens nas Unidades Básicas de Saúde. Sabemos que existem dificuldades para trabalhar essa questão por diversos motivos, tais como horários ampliados nos serviços, no trabalho, a dificuldade do homem de se entender como sujeito de cuidado, o número de equipes, o profissional de saúde que faz parte da equipe de saúde da família, o agente comunitário de saúde. São processos que passam pela organização do sistema e também pelo profissional de saúde.
- Portanto, estamos trabalhando na perspectiva de dar informação e qualificar este profissional de saúde para que ele passe a ter este olhar sobre o homem. Faz parte deste processo o lançamento do *Guia de Saúde do Homem para Agente Comunitário de Saúde* e do *Guia do Pré-Natal do Parceiro para Profissionais de Saúde*, que ocorreu no ano de 2016.
- Uma ação extremamente importante que está sendo feita desde 2010 é o Acordo de Cooperação Técnica entre o Ministério da Saúde e Ministério dos Transportes, que está sendo renovado. Esta Cooperação começou por meio de algumas oficinas realizadas em Santos, Fortaleza, Natal e no Espírito Santo, em 2014.
- A partir daí, foi elaborada uma matriz de desejo, necessidade e ansiedade, que contou com a participação de sindicatos, entes locais da saúde, Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), Secretaria de Portos e a Agência Nacional de Transportes Aquaviários (Antaq). Sendo assim, a atividade permitiu um olhar múltiplo sobre os desejos relacionados à saúde. Naquele momento, apareceram questões relacionadas à estrutura física (áreas de aguardo e banheiro) incidindo na saúde do trabalhador (a população portuária é em sua maioria formada de homens). Pensamos também nas questões relacionadas à prostituição e à exploração infantil.
- Na elaboração da matriz, trouxemos as temáticas que eram de competência da Saúde e encaminhamos o que não era dela para as respectivas áreas. A partir daí, foi instituído um



grupo de trabalho da Saúde, que culminou no projeto chamado “Saúde nos Portos”. Este trabalho possui parceria com outros atores, como Sest Senat.

- Assim, podemos destacar que esta é uma ação que vem sendo crescente (passou de 5 portos em 2014 para 18 portos em 2016). A capilaridade deste trabalho para chegar até os homens é muito grande. Foram 4 mil homens atendidos em Santos em 2016, mostrando que a população aderiu muito bem ao programa.
- Neste contexto, é importante pensar como continuar trabalhando para trazer outras questões. Este é um evento que tem um circuito que oferece vacinação, verificação de pressão arterial, testes rápidos para IST, produção do cartão SUS (são ações que dependem do grupo local). Foram feitas, ainda, várias videoconferências com a equipe do porto e da saúde do trabalhador para que pudéssemos aprimorar o projeto, já que a capilaridade é muito grande. Importante também fazer uma linha do tempo sobre quantos homens foram atendidos e se houve mudança cultural, por exemplo, em relação às rodas de conversa que trazem vários temas relacionados à violência, à exploração sexual infantil, entre outros.
- Ainda nesta perspectiva, temos o Acordo de Cooperação Técnica do Ministério da Saúde com a Polícia Rodoviária Federal (PRF), elaborado com a Coordenação-Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (CGDANT) do Ministério da Saúde, para pensar a questão das violências relacionadas ao trânsito. É um acordo que a Coordenação-Geral de Saúde do Trabalhador (CGSAT) do Ministério da Saúde está à frente. Mas as ações, que começaram em 2010, continuam acontecendo. O “Comandos de Saúde nas Rodovias” é uma ação voltada para os caminhoneiros e realizada entre as duas instituições e que tem o mesmo formato do projeto Saúde nos Portos, com a realização de vacinação, verificação de pressão arterial, testes rápidos para IST, produção do cartão SUS, palestras sobre temas variados, entre outras atividades.
- Os guias (*Guia de Saúde do Homem para Agente Comunitário de Saúde* e o *Guia do Pré-Natal do Parceiro para Profissionais de Saúde*) começaram a ser elaborados em 2012, foram validados com agentes comunitários de saúde e outros profissionais de saúde (200



profissionais em Recife e em São Paulo). Depois, ocorreu uma validação interna com as áreas do Ministério da Saúde. E sua produção e distribuição iniciaram-se no ano de 2016. Os guias estão disponíveis para serem baixados da internet.

- O *Guia do Pré-Natal do Parceiro para Profissionais de Saúde* tem o objetivo de qualificar os profissionais de saúde do SUS na estratégia do Pré-Natal do Parceiro, esta estratégia busca captar ativamente o homem para os serviços de saúde, permitindo que ele realize exames de rotina, vacinações, participe do planejamento reprodutivo, pré-natal, parto, pós-parto e dos cuidados com a criança, além de informações sobre seus direitos (Lei do Acompanhante, Lei da Licença-Paternidade, entre outras).
- Foram produzidos 105 mil Guias do Pré-Natal, distribuídos e enviados por *e-mail* para todas as coordenações. Foram produzidos também 137.500 *Guias de Saúde do Homem para Agente Comunitário de Saúde (ACS)*. Este último não foi produzido na quantidade suficiente em função do recurso, por isso, foi utilizada uma lógica para distribuição dele. Está sendo discutida também a reimpressão deste material. Mas tivemos que, neste primeiro momento, optar pela distribuição para aqueles estados e capitais que aderiram à capacitação. Solicitamos, ainda, uma contrapartida dos estados para esta capacitação. E, quando isso não acontece, tentamos negociar a viabilidade de apoio pela área.
- Nas oficinas de lançamento e capacitação do *Guia do Pré-Natal do Parceiro para Profissionais de Saúde* e do *Guia de Saúde do Homem para Agente Comunitário de Saúde (ACS)*, realizadas em São Paulo, foram capacitadas 108 pessoas entre profissionais de saúde, coordenadores de Atenção Básica, DRS, enfermeiros, médicos, ACS, psicólogos e assistentes sociais (público misto na capacitação). Geralmente, mandamos a informação para o coordenador e a escolha do público é feita localmente. No Distrito Federal, foram capacitadas 120 pessoas entre enfermeiros, médicos, ACS, psicólogos, assistentes sociais, cirurgiões-dentistas, técnicos de Enfermagem, estudantes e gerentes. No Maranhão, foram capacitadas 83 pessoas entre coordenadores da Atenção Básica e de regiões de saúde, enfermeiros, gestores, médicos, ACS, nutricionistas, psicólogos e dentistas. Em Pernambuco, foram capacitadas 29 pessoas entre gerentes das regionais de saúde, coordenadores municipais de saúde do homem, técnicos de saúde da população negra



e coordenador estadual da população LGBT. Em Alagoas, foram capacitadas 45 pessoas entre enfermeiros, médicos, ACS, psicólogos, assistentes sociais, cirurgiões-dentistas, estudantes e gerentes de saúde. E no Espírito Santo, foram capacitadas 88 pessoas entre enfermeiros, médicos, ACS, psicólogos, assistentes sociais, cirurgiões-dentistas, estudantes e gerentes de saúde.

- Todas essas pessoas têm perfil de serem multiplicadores, portanto, estas capacitações sobre os guias estão sendo feitas com aqueles que serão multiplicadores em seus locais. Elas continuaram até dezembro de 2016. Até agora, 473 trabalhadores de saúde foram capacitados.
- Na perspectiva de ampliar esta discussão da saúde do homem, especificamente sobre a questão de paternidade, cuidado e pré-natal do parceiro, foi lançado o Curso “Promoção do Envolvimento dos Homens na Paternidade e Cuidado”. O curso estava na plataforma da Comunidade de Práticas e, recentemente, migrou para o AvaSUS. É um curso rápido, feito em EaD.
- Quando o curso foi lançado, percebemos que vários pais estavam fazendo o curso, em função das informações sobre a Lei do Acompanhante, da Licença-Paternidade e da Empresa Cidadã. Isto ocorreu porque os homens entenderam que este curso era um documento que poderia permiti-los pleitear a licença para até 20 dias, no caso dos funcionários de empresas que aderiram ao programa Empresa Cidadã.
- Diante disso, surgiu a ideia de lançarmos o curso “Pai Presente – cuidado e compromisso”, voltado para os pais, com o objetivo de trabalhar o tema da paternidade e cuidado, a paternidade ativa, além de dar informações aos homens sobre a Lei do Acompanhante e sobre todo o processo de planejamento reprodutivo, pré-natal, parto e desenvolvimento da criança. Ele foi lançado no mês de agosto de 2016, mês que trabalhamos a valorização da paternidade. Possui mais de 500 inscritos e já foram emitidos 220 certificados. É um curso rápido (12 horas) para que o homem reflita sobre a importância da paternidade, que já pode ser divulgado nos estados e nos municípios.



- Em relação ao eixo “Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva”, realizamos uma oficina interna de alinhamento com as áreas do Ministério da Saúde, em parceria com o Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA). Desta oficina, foi gerada uma matriz que será incluída no planejamento interno da área.
- Existe ainda um grupo interno do Ministério, sob a coordenação do gabinete do DAPES, discutindo diretrizes para a Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva, em uma perspectiva ampliada, incluindo, além da saúde do homem, a saúde da mulher, saúde do idoso, saúde da pessoa com deficiência, saúde mental e saúde dos adolescentes e jovens. Já temos algumas diretrizes prontas que serão validadas com os coordenadores.
- O simpósio teve como objetivo pensar temáticas relacionadas à Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva masculina, que não abordasse só a questão da próstata, mas permitisse a reflexão também sobre a disfunção sexual, a relação do gênero, das violências, das vulnerabilidades. Temos muito o que avançar e o que discutir neste processo. Internamente, estamos pensando na idealização de uma cartilha para trabalhar a Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva masculina.
- E o Inca está trabalhando em uma cartilha sobre próstata, que será encaminhada para validação dos coordenadores quando ela estiver pronta. Ela tratará dos temas do rastreamento e da detecção precoce. Já temos a Nota Técnica Conjunta nº 01 sobre o tema. O “Novembro Azul” foi lançado e temos que lidar com esta temática.
- Foi produzido o documento “Pesquisa, Diagnóstico, Protocolo, Princípios, Linhas de Cuidado e Artigos voltados para a promoção dos cuidados masculinos relacionados à Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva em localidades regionais diferentes”, em um TC realizado em parceria com a Fiocruz, que traz um mapa e o desenho desta discussão em vários lugares. A ideia deste documento era subsidiar ações em saúde do homem e contribuir de forma geral no desenvolvimento da saúde de homens e mulheres, numa perspectiva relacional de gênero.
- Estamos também em uma discussão com o Instituto Lado a Lado, com a Sociedade Brasileira de Urologia e algumas áreas do Ministério da Saúde para lançar, durante o



“Novembro Azul”, uma campanha sobre o autocuidado em saúde sexual na população masculina, que terá como objetivo incentivar o homem a olhar para sua região genital (para identificar as alterações), trabalhando a perspectiva da higiene íntima e da fimose. Ofereceremos, também, uma cartilha virtual que está sendo elaborada pela área. E a ideia é que este seja um produto de mídia, com postagens sendo discutidas com a ASCOM/MS.

- Em relação às publicações em Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva, temos o *Guia do Pré-Natal do Parceiro para Profissionais de Saúde*, a *Caderneta da Gestante* (que incorporou questões relacionadas ao Pré-Natal do Parceiro) e a *Cartilha Homens Gays e Bissexuais*.
- Em relação ao eixo “Doenças Prevalentes na População Masculina”, estamos fazendo levantamento do perfil epidemiológico de morbimortalidade do homem brasileiro. Além disso, temos as seguintes ações sendo desenvolvidas: participação no GT de Promoção da Saúde e no GT de combate à sífilis do Ministério da Saúde; produção de um pôster sobre as principais causas de morbimortalidade masculina (que será inserido no planejamento do ano de 2017); capacitações e sensibilização dos profissionais sobre o tema (realizadas nas Oficinas do Guia do ACS); criação e divulgação de *posts* sobre o tema nas mídias sociais (*posts* no Facebook do Ministério da Saúde e da Saúde do Homem); e elaboração de uma nota técnica em parceria com outras áreas do Ministério sobre o alerta para o exame sistemático de hanseníase na população masculina e em idosos.
- Em relação ao eixo “Prevenção de Violências e Acidentes”, realizamos reestruturação interna entendendo que era um eixo muito grande. Por isso, destacamos algumas temáticas: suicídio, violência relacionadas aos acidentes de trânsito e violência relacionada a gênero. Para pensar o planejamento para o ano de 2017, estamos em articulação com as áreas de saúde do trabalhador, CGDANT, Política Nacional de Saúde Integral LGBT. Estamos também participando do Grupo de Trabalho sobre Violência.
- Além disso, ainda no ano de 2016, será realizada uma oficina sobre suicídio, em parceria com outras áreas do Ministério da Saúde, para trazer algumas experiências exitosas



locais que ajudem a pensar em ações de prevenção ao suicídio. O Ministério da Saúde já tem produtos em relação à temática, mas precisamos avançar.

- Foi desenvolvido também outro curso em EaD “Atenção a homens e mulheres em situação de violência por parceiros íntimos”, realizado em parceria com a UFSC, assim como um novo curso de saúde do homem, que será lançado hoje.
- O “Comandos de Saúde nas Rodovias”, como já mencionado, é outra ação que trabalha esta temática, além das reuniões periódicas com os técnicos para discussão do planejamento, envolvendo as questões de violência sexual de parceiros íntimos e a divulgação de *posts* nas redes sociais.

LANÇAMENTO DO CURSO DE EAD – ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM – UFSC

Sheila Lindner

UFSC

- O curso “Atenção a Homens e Mulheres em Situação de Violência por Parceiros Íntimos” foi um grande desafio proposto pela área técnica de saúde do homem. Neste contexto, foram pensadas estratégias de educação a distância que não sejam totalmente dependentes do acesso à internet.
- Em 2012, foi iniciada uma cooperação para iniciar o curso, que terminou em dezembro de 2015. Entretanto, o curso ficou aberto como um projeto de extensão da universidade. Hoje temos mais de 6.000 profissionais de saúde capacitados. Por meio de uma cooperação com a OMS, ele pode ser utilizado por todos os países de língua portuguesa. A UFSC, por meio de sua Secretaria de Ações Afirmativas, tornou o curso obrigatório para os docentes e discentes da universidade.



- Outro produto desta parceria foi o curso “Atenção às Pessoas Privadas de Liberdade”. A meta era formar mil profissionais, já que o grande contingente de pessoas privadas de liberdade são homens.
- O curso “Atenção a Homens e Mulheres em Situação de Violência por Parceiros Íntimos” possui seis módulos de conteúdos estruturados, com foco na violência por parceiros íntimos. Foram disponibilizados recursos didáticos para os alunos, tanto *on-line* como *off-line*, ou seja, sem internet não estariam privados de fazer o curso. São assuntos difíceis, mas tentamos tornar o curso mais atrativo. Utilizamos uma metodologia problematizadora, que se baseia na realidade das pessoas e do profissional de saúde.
- O objetivo inicial do projeto era capacitar 3.000 profissionais da Atenção Básica, mas tivemos ao final 3.886 pessoas capacitadas. Entre os profissionais inscritos, encontram-se equipes mínimas da Estratégia Saúde da Família (ESF) e do Núcleo de Atenção à Saúde da Família (Nasf), de nível superior. De qualquer forma, não fechamos a porta para ninguém que queira estudar. Portanto, um profissional que tenha nível médio, mas com nível superior de formação, também pode fazer o curso. Apenas algumas discussões pertinentes a determinadas profissionais não são direcionadas ao nível médio.
- Conforme a distribuição dos alunos por estado e profissões, destacamos que os enfermeiros são a grande maioria dos profissionais capacitados. E, neste sentido, a área técnica coloca um desafio para o levantamento de informações: como estimular ainda mais os profissionais de saúde? Para responder isso, contamos com a parceira das coordenações estaduais. Os dados mostram-nos que existem algumas profissões que ainda estão tímidas para fazer o curso, principalmente os profissionais médicos. Cabe às coordenações explicarem a importância e a necessidade de eles também estarem se capacitando. O grande objetivo do curso é capacitar profissionais de saúde sobre sua conduta diante desta temática.



Larissa Marques

UFSC

- O Curso “Atenção Integral à Saúde do Homem” foi elaborado a partir de uma necessidade identificada com a criação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Tem a meta de capacitar 3.500 profissionais de saúde da Atenção Básica, em todo território nacional.
- Está estruturado em dez módulos, entre eles: acesso e acolhimento na atenção à saúde do homem; prevenção e cuidados às doenças prevalentes em homens; morbimortalidade por causas externas na saúde do homem; atenção à saúde mental do homem; paternidade e cuidado; atenção à saúde sexual e reprodutiva do homem; intercorrências na saúde sexual e reprodutiva do homem; homens e atenção à saúde no trabalho.
- O curso apresenta uma navegação mais simples, tendo em vista nossa preocupação de que nem todo mundo tem acesso à internet. Por isso, estratégias pedagógicas de educação a distância precisam considerar isso.
- O processo de construção de um curso leva de 8 meses a 1 ano. Inicia-se com oficinas para definir a identidade do curso, assim como os profissionais e as equipes envolvidas. Neste momento, são realizadas diversas discussões para definir o que será incluído, pesquisa dos temas, quebra de estereótipos, desenvolvimento de sumários, o que cada módulo apresentará. Importante perceber como os módulos construídos estão alinhados com as discussões apresentadas no Simpósio de Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva Masculina, realizado no dia anterior.
- Esta fase de discussões conta com a autoria de conteudistas, especialistas na área de Saúde do homem e de diferentes áreas afins à temática. A partir desta construção, ocorre uma validação interna por professores da universidade.
- No *design* instrucional, é definido de que forma o curso apresentará para que ele fique atrativo ao nosso público. Esta é a equipe que pensa na parte da ilustração, da



diagramação e da programação. Após este processo, é realizada uma validação externa por profissionais *experts* das áreas, indicados pelo Ministério da Saúde.

- Após a seleção dos tutores e a verificação da tutoria, ocorre validação externa por profissionais da Atenção Básica (gestores, médicos, enfermeiros, dentistas). Nesta fase, o curso é apresentado no *Moodle*, plataforma na qual se insere a estratégia didática definida no Módulo de Apresentação e na Trilha de aprendizagem, assim como algumas ferramentas de gestão de aprendizagem (material complementar, tirar dúvidas com tutor).
- A trilha de aprendizagem inicia-se com “Sobre o Módulo”, nele o aluno vai encontrar como o curso esta estruturado, seguidos pelo Módulo da Pnaish e o Módulo de Acesso e Acolhimento. Os módulos optativos seriam os outros eixos da política. Entretanto, o aluno sempre tem o acesso às informações, mesmo que não tenha escolhido estes módulos (também disponível na midiateca).
- O que é a educação a distância? É uma estrutura em tópicos. O grande desafio, entretanto, é que muitos profissionais realizam o curso dentro do seu local de trabalho e, neste contexto, é preciso sensibilizar para a temática. Por isso, utilizamos de estratégias, como vídeos e informativos, que colocam qual o grande desafio para sua prática profissional.
- O conteúdo interage com o aluno que tem este material, mas de uma forma resumida (essencial). Entretanto, se ele quiser fazer uma capacitação sobre o tema, já tem uma apresentação estruturada (sumário do conteúdo). Além disso, apresentamos estratégias pedagógicas para interagir com o material (várias apresentações gráficas diferentes).
- O material serve para o livro do Módulo, do qual o aluno precisa fazer a leitura, porque apresenta questões avaliativas. Mas o livro pode ser adquirido em formato colorido ou em preto/branco. Apresenta as situações do dia a dia do profissional (imagens, guias, cartilhas).



- A Unidade 3 apresenta-se como curso de atualização relacionado ao conteúdo teórico e à prática. Sendo assim, o aluno reconhece a realidade e terá informações para acompanhar as discussões com outros profissionais (desta forma, ele não se sente sozinho).
- Nas questões avaliativas, baseadas no conteúdo do livro, o aluno já tem um *feedback* (se ele acertou, se a resposta não é a mais adequada e o porquê). O profissional tem de tentar atingir a nota mínima, que é 60. Se ele precisar, pode ainda tentar novamente. Além disso, o curso prevê uma avaliação do aluno: qual sua opinião sobre o curso ou o que pode ser feito para melhorar.
- O Módulo de Apresentação permite ao tutor conhecer quem é o profissional de saúde que está realizando o curso, para que este tutor possa orientar o profissional da melhor forma (personalizada).
- Devido a todas estas estratégias, o curso possui completude de 60% a 70% de seus inscritos.

Gisélida Vieira

UFSC

- No que se refere a colocar o curso no ar e o atendimento ao profissional durante a realização do curso, quando a produção está no final da edição dos módulos no ambiente virtual, damos seguimento a outras atividades que apoiarão o aluno diretamente. Por isso, a seleção de tutores é muito importante.
- Sendo assim, foi lançado um edital para que os profissionais interessados em tutoria se inscrevessem. É necessário ter uma formação específica.
- Foram selecionados cinco tutores com formação em Enfermagem, que trabalham na Atenção Básica. Depois da seleção, os tutores são treinados e capacitados. Eles fazem todos os módulos até que estejam preparados para receber os alunos no ambiente virtual.



- A tutoria e a secretaria acadêmica do curso têm acesso e atendimento 100% disponível. Entram em contato para resolver dificuldades e minimizar a desistência no curso. Isto quer dizer que, por mais que seja um curso a distância, o aluno pode realizar efetivamente o curso.
- Para divulgação do curso usamos o *hotsite*. A ferramenta está disponível para que o profissional tenha uma prévia do material, resumo dos módulos, explicação sobre o processo de inscrição (cadastro bem rápido e simples). O segundo passo seria a inscrição direta no curso, conforme necessidade do profissional, para termos um panorama geral de todos que estão realizando o curso. Disponibilizamos, também, informação sobre a certificação imediata e *on-line*. Logo a seguir, apresenta-se a equipe técnica.
- O fluxo apresenta-se da seguinte forma: o profissional de saúde se inscreve, o tutor entra em contato com o aluno, dá as boas-vindas ao curso e o acompanha até o final. Além disso, existem várias ferramentas de acompanhamento para verificar se o aluno leu todo o conteúdo. Por isso, dizemos que não tem como o aluno fugir da gente.
- Uma possibilidade para o futuro é a especialização na área, já com a participação de profissionais de saúde com outro nível de informação.

APRESENTAÇÃO DA PESQUISA COM A OUVIDORIA DO SUS – “SAÚDE DO HOMEM, PATERNIDADE E CUIDADO”

Michelle Leite da Silva e Cicero Ayrton Brito Sampaio

CNSH/DAPES/SAS/MS

- Sobre os resultados preliminares da Pesquisa “Saúde do Homem, Paternidade e Cuidado”, temos nos dados coletados mais de 4 mil homens entrevistados. E, assim que concluirmos a competência do ano de 2014, teremos a divisão por estado.



- A pesquisa atingiu 10 mil homens e é autorreferida (alguns dados foram questionados). Na divisão por estado, São Paulo possui mais de 700 homens entrevistados. A faixa etária está entre 30 e 39 anos (43%). Conforme perfil do homem, 45% são casados.
- No que se refere à informação de raça/cor, 54% dos homens identificaram-se como de cor parda. Em relação à escolaridade, 36% deles possuem nível médio. No que se refere à renda familiar, 65% deles ganham entre 1 e 2 salários mínimos.
- Após análise do projeto-piloto, avaliamos que precisávamos melhorar algumas perguntas, como, por exemplo, se o homem costuma ir ao serviço de saúde. Nesse contexto, realizamos também uma capacitação dos teleatendentes, com o objetivo de aproximá-los do tema da Pnaish.
- Sobre o questionamento em relação à ida ao serviço de saúde, 63% dos homens relatam que estão indo ao serviço para cuidar de sua saúde. Relatam também que costumam usar a Unidade Básica de Saúde (UBS) como porta de acesso (60% deles). Daqueles que não procuram o serviço de saúde, em torno de 50% informaram que nunca precisaram.
- Quando perguntados se já receberam orientação sobre camisinha, vasectomia, anticoncepcional, gravidez, parto no serviço de saúde (planejamento familiar), 64% informaram estar recebendo informação.
- No que se refere à internação nos últimos 12 meses, 94% relataram que não foram internados. Por isso, quando procuram os serviços de saúde, geralmente já estão em estado avançado das doenças.
- Em relação a participar da consulta de pré-natal com a parceira, 27% responderam que não participaram, dos quais 79% informaram que a ausência se deveu à necessidade de trabalhar. Destaca-se o desconhecimento da lei que garante ao homem acompanhar sua parceira por pelo menos dois dias durante o momento do pré-parto, parto e pós-parto, independentemente da empresa fazer parte do Programa Empresa Cidadã. Por isso, há a necessidade de se trabalhar as questões trabalhistas relacionadas à saúde do homem.



- Dos 73% que participaram da consulta de pré-natal com a parceira, 58% informaram que o profissional de saúde dava instruções e informações à mãe/à gestante. Esperamos que com as oficinas do guia consigamos ampliar o olhar destes profissionais de saúde, para realizar também o pré-natal dos parceiros.
- Nestas consultas, 18% responderam que realizaram exames: 71% de exames de HIV e apenas 43% de exames para sífilis. Importante destacar que a sífilis é um problema de saúde pública. Sobre a atualização do cartão de vacina, 66% relataram que não atualizaram este documento. E as vacinas dificilmente faltam nos postos de saúde.
- Sobre a participação em atividades como palestras, rodas de conversa, cursos sobre cuidados com o bebê durante o pré-natal de parceira, 82% relataram não participar de alguma atividade. Dos 18% que participaram, 83% relataram que as atividades ocorreram nos serviços de saúde.
- No que se refere ao acompanhamento do nascimento do filho/filha, apenas 47% acompanharam a parceira durante o parto. Entretanto, 33% relataram que o serviço de saúde não permitiu seu acompanhamento durante o momento do parto. Entre as razões para o impedimento do acompanhante, 32% responderam que o serviço não permite homens. Sendo assim, existe um desconhecimento em relação à Lei do Acompanhante, que permite que a mulher possa escolher quem lhe fará companhia no momento do parto. Percebemos, assim, que a realidade dos serviços é diferente.
- Sobre a informação da licença-paternidade, 52% responderam que tiraram esta licença. Daqueles que não tiraram, 52% trabalhavam por conta própria e, portanto, não podiam parar de trabalhar e tirá-la.
- No que se refere às atividades de cuidados diários com a criança e com as atividades domésticas, 84% disseram que dividem estas atividades diárias com suas parceiras. Entretanto, 95% informaram que as atividades se resumem ao lazer e a brincar com os bebês.
- Infelizmente, não conseguimos apresentar o resultado fechado da pesquisa realizada no ano 2014.



PAINEL 2: TROCA DE EXPERIÊNCIAS EXITOSAS EM SAÚDE DO HOMEM

EXPERIÊNCIA EXITOSA 1

“O caminho terapêutico para o exercício da paternidade: a experiência da Maternidade Carmela Dutra para o estabelecimento de vínculo a partir do enfoque de rede” – Rio de Janeiro/RJ – Márcio L. Ferreira

Na Maternidade Carmela Dutra, três diretores(as) sensibilizados(as) procuraram ampliar seus olhares para garantir o cuidado às mulheres e a suas crianças. E se questionaram como se relacionam com a presença do homem e com o exercício da paternidade nos cenários da maternidade.

O modelo de gestão compartilhada da maternidade dá-se pelos profissionais de saúde de vínculo público. A maternidade procurou compreender o cuidado em rede. E tivemos um momento de transição para que tudo isso acontecesse.

Não é possível pensar no cuidado aos homens sem pensar os sistemas de informação, os indicadores de qualidade e o financiamento. Uma unidade orçamentária precisa saber que não faltarão condições de trabalho.

A “Unidade de Saúde Parceira do Pai” centra-se em uma abordagem feminista e de igualdade de gênero. Embora nenhuma maternidade detenha este título, uma vez que este foi destinado apenas às Unidades Básicas de Saúde, no passado, nós realizamos discussões internas, em um modelo de gestão participativa, para definir quais caminhos poderíamos trilhar para implantar uma política pública centrada no tema.

Tomaram-se como pontos de partida as orientações presentes em uma Cartilha elaborada por alguns membros do Comitê Vida, da Secretaria Municipal do Rio de Janeiro, dirigida à Atenção Básica, a *Cartilha Unidade de Saúde Parceira do Pai*. Então, buscou-se avaliar o que já fazíamos na maternidade há alguns anos.



Esta Cartilha apresenta os principais pontos a serem observados em uma avaliação das Unidades Básicas de Saúde do município, com o objetivo de selecionar as que desenvolviam práticas de Valorização da Paternidade Consciente.

O resultado da comparação entre o que fazíamos e o preconizado na Cartilha surpreendeu-nos.

No esforço de buscar um atendimento que não fosse centrado apenas no cuidado realizado pela mulher, a Maternidade Carmela Dutra envolveu não só os profissionais de saúde, mas também os profissionais da portaria, os administrativos e de segurança, para o acolhimento na instituição.

Além de todos os cuidados, o próprio símbolo da maternidade foi modificado, substituindo a silhueta de uma mulher que abraçava um recém-nascido, por outra com duas pessoas e um recém-nascido, para não apresentar a ideia de cuidado centrado no feminino e ampliar o atendimento direcionado a todos os tipos de família.

Neste contexto, o desafio da Maternidade era desnudar e diminuir a invisibilidade dos homens. Por isso, o acolhimento das famílias desde o ambulatório, incluindo um cuidado direcionado a todos (respeitando o direito da mulher de escolher quem vai acompanhá-la).

E, neste cenário, o que queremos com os homens? Precisávamos de um indicador palpável para oferecer cuidados aos homens. Sendo assim, incluímos no acolhimento a consulta pré-natal e o pré-natal do pai ou parceiro. Tivemos o envolvimento dos enfermeiros, obstetras, médicos clínicos, dentistas, assistentes sociais e nutricionistas do ambulatório.

E, a partir deste trabalho, ouvimos muitos homens relatarem que não queriam ter filhos (gravidez não planejada). Mas, em sua maioria, demonstravam muitas preocupações com suas parceiras, o momento do parto e o cuidado aos seus filhos/ filhas. São estas as estratégias que fazem com que os homens se percebam grávidos, aquelas que permitem



que sejam ouvidos. Além disso, estas ações ajudam na redução da violência contra a mulher e a criança.

Criamos o Espaço H, que se caracteriza pelo encontro de grupos de homens, para ouvir o que eles entendiam sobre aquele momento que estavam vivendo. A partir dessas escutas, foi possível ajudá-los a participar do nascimento de seus filhos. Antes, tínhamos um processo de trabalho que afastava os homens do serviço de saúde.

A Lei do Acompanhante garante a participação da pessoa de escolha da mulher no pré e pós-parto e durante o trabalho de parto (inclusive na cesárea).

A presença do acompanhante nos partos fisiológicos acompanhados por enfermeiras obstétricas já acontecia na maternidade naturalmente. Neste modelo de cuidado, os acompanhantes são convidados a colaborar com o empoderamento da mulher. Colaboram em suas caminhadas, ofertam líquidos, realizam massagens, as levam ao banheiro, recebem seus filhos(as) com suas parceiras e apoiam o contato pele a pele. Muitas vezes, também lhes é oferecida a possibilidade de cortar o cordão umbilical em tempo oportuno, sob supervisão da enfermeira obstetra.

Entretanto, encontramos entraves para garantir este acompanhante no momento do parto por cesárea. A sala de cirurgia é um local do poder médico e de resistência de alguns anestesistas. Foi necessário que se estabelecesse como meta a inclusão dos acompanhantes de escolha da mulher nas salas cirúrgicas. E, para isso, foram realizados diálogos com as chefias e toda a equipe médica e de Enfermagem do Centro Obstétrico, elaborou-se um uniforme de cor amarela a ser usado somente pelo acompanhante, para dar visibilidade a sua presença, colocou-se um banco extra para permanência do acompanhante ao lado da mulher e sensibilizou-se a equipe. Hoje, a presença do acompanhante em nascimentos por cesárea também é uma realidade.

É importante considerar que, por vezes, os profissionais de saúde, em suas histórias de vida e formação, foram expostos às violências e às vezes as naturalizam. Neste caso, na forma de violências obstétricas representadas também pela negação do direito à presença do acompanhante. Atualmente, algo incomum na maternidade.



Nos outros setores, tivemos menos resistência, tendo em vista a participação dos homens no pré-natal, no parto normal acompanhado pela enfermagem obstétrica há muitos anos. Sendo assim, é feito um convite ao pai para participar do nascimento de seu filho (procedimento que permite aos homens ressignificarem seu papel).

O Alojamento Conjunto era um local historicamente destinado à mãe e seu filho. Secundarizando a presença do pai. No entanto, nesta maternidade, na qual o pai não é visita, percebe-se importante mudança na caracterização deste setor.

Nele, além de contar com a presença do acompanhante de escolha, a mulher pode contar com a presença concomitante do pai, das 8h às 22h. Ou, se preferir, eleger o seu parceiro como acompanhante e tê-lo por perto nas 24 horas. Muitos pais cuidam de seus filhos(as) colocando-os para arrotar depois da mamada, caminhando pelo corredor, levando-os para receber a dose da vacina BCG-ID, ou para realização do teste do coraçõzinho.

No cuidado neonatal (casos de bebês prematuros, de internação prolongada, com asfixia perinatal ou malformações), as mulheres relatavam a necessidade de ter os homens participando deste cuidado. E só a criação de vínculo pode propiciar esta aproximação. Neste setor, a presença do pai deu-se de forma natural ao longo dos anos, com amplo apoio de todos os profissionais de saúde.

O contato com o bebê real muito diferente do imaginado pelos pais, a internação prolongada e o medo constante de perda tornam as mães ainda mais vulneráveis frente ao inesperado.

Os pais e as mães participam dos cuidados aos recém-nascidos que apresentam estabilidade clínica. Assim, desde cedo, são incentivados a tocar seus filhos, a apoiar a doação de leite humano, a realizar as etapas do Método Canguru.

O Serviço de Nutrição realiza anualmente o “Café com leite materno”, no qual mulheres doadoras de leite humano e seus parceiros encontram as mães dos recém-nascidos que recebem o leite doado.



Apesar das dificuldades orçamentárias, este serviço também busca caminhos para garantir o acesso às refeições para os acompanhantes, como previsto em lei.

O espaço de convivência na maternidade apelidado como “Paisódromo” é um local no qual os pais descem para dialogar entre eles, com suas parceiras ou elas tomam banho de sol com seus filhos.

Gradativamente, as unidades de saúde estão revendo suas rotinas e criando novas possibilidades para a inclusão dos pais nas ações de cuidado da família.

A proposta de “Unidade de Saúde Parceira do Pai”, dentro das atividades do Movimento de Valorização da Paternidade, conduzido pelo Comitê Vida, tem se mostrado útil para avanços no sentido do estímulo do cuidado paterno. E as mudanças realizadas pelos gestores na maternidade vão ao encontro desta política pública de saúde, incluindo o acompanhante e o pai nos cenários da maternidade e no cuidado ao recém-nascido.

EXPERIÊNCIA EXITOSA 2

“Pré-natal Masculino em Bento Gonçalves” – Bento Gonçalves/RS – Cristiane Wottrich

Em Bento Gonçalves tínhamos uma preocupação com a sífilis aumentando entre as gestantes, a ausência de controle de tratamento dos parceiros, ocasionando reinfecção durante a gestação. E, infelizmente, os serviços de saúde se preocupavam apenas com ações voltadas para a gestante e o bebê. Neste cenário, realizamos duas capacitações e lançamos algumas propostas de trabalho.

Entretanto, encontramos algumas dificuldades: ausência de material educativo orientador do pré-natal do parceiro e o financiamento para ações do programa.

Diante deste contexto, foi elaborado um roteiro que apresentasse os instrumentos de trabalho e a capacitação em todas as unidades de saúde, com diversos assuntos abordados:



paternidade participativa, participação do parceiro no pré-natal, pré-parto, parto, pós-parto e puericultura, acolhimento nos serviços, recomendações para “Unidade de Saúde Parceira do Pai”, Lei do Acompanhante, orientações aos agentes de saúde, educação em saúde, violência doméstica, licença-paternidade etc.

Realizamos uma pactuação com as equipes para aderir ao pré-natal masculino e sua certificação como “Unidade Parceira do Pai”. Na proposta das Unidades de Saúde, envolvemos todos os profissionais das equipes, que passem a orientar sobre a importância da participação do parceiro durante os atendimentos. Oferecemos o que se segue: acolhimento, orientando sobre o pré-natal masculino; fornecimento do roteiro do pré-natal masculino durante o cadastro das gestantes e nas visitas domiciliares por ACS; agendamento de consulta do pré-natal masculino com enfermeira e realização dos testes rápidos; consultas aos sábados e no turno vespertino (horário alternativo para que não prejudiquem seu trabalho), com garantia de atestado médico ao parceiro durante consultas; registro em prontuário da gestante para a participação do acompanhante (ainda não temos prontuário eletrônico); consultas odontológicas e nutricionais; atualização do esquema vacinal; visita ao Centro Obstétrico (para os homens conhecerem o ambiente); convite ao parceiro para participação nos grupos de gestantes; e a inclusão do parceiro na consulta de puericultura.

A *Caderneta do Pré-Natal Masculino* traz uma série de informações sobre o homem: se ele é fumante (é direcionado ao grupo de tabagismo), informação vacinal, testes rápidos para HIV/aids, hepatites e sífilis. Criamos uma caderneta pequena, que cabe na carteira deste homem.

Realizamos, também, o monitoramento das unidades de saúde para acompanhar o pré-natal, as palestras, as consultas masculinas, controle do PSA (encaminhamos para a enfermeira da unidade de saúde realizar busca ativa) e atendimento odontológico. Ofertamos ainda grupos de gestantes e relato dos pais nestes espaços. De março a setembro, foram capacitadas 22 equipes, totalizando 194 funcionários.



Além de todas essas ações, levamos informações às empresas, inclusive sobre o pré-natal masculino.

EXPERIÊNCIA EXITOSA 3

“Ampliação do acesso à população masculina adulta por meio da abertura de unidades aos sábados com atendimento exclusivo no Distrito Sanitário Pau da Lima, Salvador-Bahia” – Salvador/BA – Rita Janaína

Sobre o Distrito Sanitário de Pau da Lima, temos seis Unidades Básicas de Saúde sem Estratégia de Saúde da Família e quatro Unidades Básicas de Saúde com Estratégia de Saúde da Família.

O homem é mais acometido pelas doenças e morre mais que as mulheres. Diante desse contexto, elaboramos um projeto para ampliação do acesso da população masculina adulta à Atenção Básica, com a oferta de serviços aos sábados e atendimento exclusivo.

A meta do projeto era garantir 12 Unidades Básicas de Saúde com atendimento diferenciado (uma por Distrito Sanitário). O distrito de Pau da Lima decidiu implantar o horário estendido aos sábados, atuando mensalmente em todas as dez unidades de saúde.

Decidimos pela abertura dos serviços aos sábados devido à maior frequência do público masculino. Neste cenário, propomos também o atendimento exclusivo. Entretanto, a mulher que chega ao serviço também é acolhida.

As Unidades Básicas de Saúde com Estratégia de Saúde da Família realizam o atendimento em um sábado a cada mês, e as Unidades Básicas de Saúde sem Estratégia de Saúde da Família fazem o atendimento em um sábado a cada dois meses (pretendemos ampliar o atendimento para uma vez ao mês no ano de 2017).

Em relação ao fluxo de entrada deste homem, realizamos o acolhimento desde a portaria do serviço. O acolhimento acontece com uma roda de conversa com os homens,



na qual apresentamos temas como: introdução à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem; gênero; pactos para vida; sexualidade; direitos; paternidade. Focamos ainda nos agravos prevalentes na população masculina e alertamos para a higiene e para a sífilis. Realizamos também aferição da pressão arterial.

Dentro dos serviços ofertados, encontram-se: laboratório; imunização e atualização da carteira de vacina; testes rápidos com aconselhamento; atividades educativas (Nutrição, Enfermagem, Serviço Social, Odontologia); informações sobre tuberculose, hanseníase e pré-natal do parceiro; Paternidade Cuidadora (Instrução Normativa 2016). Os serviços estão abertos no último sábado do mês.

Realizamos também uma avaliação dos serviços prestados, em duas etapas (com os gerentes e depois com os profissionais de saúde) para detectar quais dificuldades foram encontradas e como poderíamos melhorar.

Aumentamos a divulgação do serviço com a utilização, inclusive, de carro de som. Divulgamos entre as mulheres nos serviços e nos murais das UBS.

Estabelecemos que, ao final do atendimento no sábado, os serviços encaminham as informações do que foi realizado naquele dia.

O sábado foi pensado como iniciativa para aqueles homens que têm dificuldade de liberação do trabalho. Mas nosso objetivo é que eles participem dos serviços também durante a semana. Para isso, é preciso realizar convencimento do empresariado sobre a importância da presença dos homens nos serviços de saúde.



EXPERIÊNCIA EXITOSA 4

“Planejamento Reprodutivo: um cuidado à Saúde do Homem”. Vitória/ES – Marilene Gonçalves França

Estamos trabalhando a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, priorizando alguns eixos. O eixo de Acesso e Acolhimento, trabalhamos com o Agosto Azul para ampliar o acesso, para isso estamos realizando algumas ações, principalmente no sentido de ofertar horários alternativos para atendimento, como no sábado.

Em relação ao eixo de Paternidade e Cuidado, temos unidades de saúde piloto realizando o pré-natal do parceiro.

Em relação ao eixo de Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva, sob o aspecto específico da contracepção, é garantido a todo e qualquer cidadão escolher se quer ter filhos ou não e qual método contraceptivo vai utilizar (paternidade voltada para o direito deste homem de participar de todo o processo de planejamento reprodutivo e direito à garantia de oferta de todos os métodos de contracepção).

Além do uso do preservativo e de outros métodos contraceptivos, o município faz uso da contracepção cirúrgica voluntária masculina, nos termos da Lei n.º 9.263, de 1º de dezembro de 1996.

O desafio era implementar as diretrizes de planejamento familiar no município. Já havia métodos de contracepção para as mulheres e homens, mas foi necessária a reorganização do processo de planejamento familiar e a criação de um serviço de referência para os direitos sexuais e reprodutivos, incluindo a realização de vasectomia. Sendo assim, elaboramos um documento intitulado “Diretrizes e Fluxos do Planejamento Familiar”, baseado nas orientações do Ministério da Saúde.

Em relação ao fluxo de encaminhamento para a esterilização cirúrgica, foi proposta uma consulta de avaliação clínica deste homem e seu encaminhamento posterior para a vasectomia. Foram criadas diretrizes e fluxos, desde o acolhimento de mulheres e



homens nos serviços até todo o caminho que ele vai percorrer, dependendo do método contraceptivo escolhido.

A partir daí, são ofertados grupos educativos para o casal, tanto para as mulheres quanto para os homens, permitindo a explicação dos métodos contraceptivos pelos profissionais do serviço (com posterior encaminhamento). Depois de escolhido o método, é realizada uma consulta de enfermagem e a escuta do desejo do casal.

Caso haja o desejo da esterilização cirúrgica, é realizada além da consulta de enfermagem, consulta psicossocial, encaminhamento para a consulta médica (avaliação física e anamnese).

Foram criados o formulário de avaliação psicossocial, o formulário de encaminhamento para a esterilização cirúrgica e o termo de manifestação de vontade para a vasectomia, que atesta que o homem está esclarecido de todo o procedimento e de todos os riscos.

O fluxo para a realização da vasectomia acontece da seguinte forma: encaminhamento pelo programa de planejamento familiar da unidade de saúde (acolhimento, avaliação psicossocial, consulta do enfermeiro e do médico); encaminhamento pelo sistema de regulação municipal para o serviço de referência; consulta com urologista do serviço (reforço das orientações do método escolhido, avaliação clínica e solicitações de exames para ver se está apto a realizar o procedimento); assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido; e realização da vasectomia.

A vasectomia é um procedimento que pode ser realizado a nível ambulatorial (pequena cirurgia) realizada em torno de 30 minutos. Após, a realização do procedimento, o paciente fica 40 minutos em observação, e depois vai para casa, com todas as orientações da equipe. E após isso tem consulta de retorno.

Foi inserida a aba da saúde do homem em todos os prontuários eletrônicos dos serviços, que permite a pesquisa do histórico de saúde deste homem (a ficha preenchida



fica armazenada dentro do prontuário do paciente). Estamos incluindo também a aba do pré-natal do parceiro.

A reorganização do planejamento familiar nas unidades básicas de saúde foi aberta simultaneamente ao serviço de referência em direitos sexuais e reprodutivos, em setembro de 2015.

O que percebemos com esta ação? Ampliamos a oferta dos métodos contraceptivos, reorganizamos as práticas nos serviços de saúde e despertamos o desejo nos homens de realizar os procedimentos de vasectomia. Além disso, a partir do interesse pelo procedimento, foram ofertadas outras ações importantes para o cuidado da saúde do homem (ações sobre o controle do tabagismo, outros exames, entre outros).

Estamos surpresos com a repercussão, devido ao crescimento da demanda para o procedimento, e entendemos que teremos que avaliar a oferta no serviço.

DEBATE – PAINEL 2 – EXPERIÊNCIAS EXITOSAS 1 A 4

Principais perguntas e respostas dos palestrantes:

- » Qual a fonte dos recursos utilizados para o projeto do “Pré-Natal Masculino em Bento Gonçalves”?
- **Resposta:** O recurso foi de uso próprio. O recurso maior foi de uso humano. O único investimento financeiro foi a confecção das Cadernetas no valor de R\$ 300,00.
- » Sobre a abertura dos serviços aos sábados no projeto “Ampliação do acesso à população masculina adulta por meio da abertura de unidades aos sábados com atendimento exclusivo no Distrito Sanitário Pau da Lima, Salvador/Bahia”, os profissionais recebem folga?
- **Resposta:** Os serviços abrem aos sábados, funcionando no período da manhã (de 8 as 12h). Os funcionários são compensados com uma folga na semana.



- » Sobre o projeto “Planejamento Reprodutivo: um cuidado à Saúde do Homem”, em Vitória/ES, não estamos deixando de dar atenção ao casal que quer ter filhos, focando apenas no casal que não quer filho?
- **Resposta:** Deparamos-nos com uma limitação grande no que se refere às situações de infertilidade e de reprodução assistida. Hoje, o município não tem esses serviços, inclusive com dificuldade de referência em nível estadual. Nossos serviços que ofertam DIU há orientação de concepção e os usuários são encaminhados para este serviço. Se houver identificação desta demanda, eles são encaminhados para outros serviços fora do município pelo sistema regulação.
- » Sobre o projeto do “Pré-Natal Masculino em Bento Gonçalves”, quais outros exames são ofertados no pré-natal masculino especificamente?
- **Resposta:** Ofertamos exames básicos, como o hemograma, colesterol, triglicérides, tipagem sanguínea. Se for identificada alguma alteração, e, se for o caso, o médico realizará uma investigação no retorno do paciente.
- » Sobre a abertura dos serviços em um sábado por mês no projeto “Ampliação do acesso à população masculina adulta por meio da abertura de unidades aos sábados com atendimento exclusivo no Distrito Sanitário Pau da Lima, Salvador/Bahia”, há previsão de ampliação para outros dias durante o mês? E em relação aos exames disponibilizados, como se dá o custeio destes exames (ou os recursos propostos anteriormente têm condições de suprir esta necessidade)?
- **Resposta:** Pretendemos que os serviços possam abrir todos os meses. No projeto de ampliação em Pau da Lima, também temos uma unidade de Centro de Atenção Psicossocial (Caps), que ainda não havia sido incluída neste projeto (já temos agendada reunião para alinhar e definir o envolvimento dos Caps na saúde do homem). Não pensamos em abrir sábado durante todo o dia, porque temos maior frequência nas unidades pela manhã. Além disso, a ideia é que o homem se conscientize de sua saúde e passe a frequentar os serviços nos horários regulares. Não foi necessário ampliar a cota de exames porque os exames mais específicos são realizados no sistema vida e nos centros especializados.



Sobre o projeto “O caminho terapêutico para o exercício da paternidade: a experiência da Maternidade Carmela Dutra para o estabelecimento de vínculo a partir do enfoque de rede”, no Rio de Janeiro/RJ, quantas unidades de saúde são certificadas, quais são os custos? Existe catalogação dos sentimentos destes homens?

- **Resposta:** Em geral, temos indicadores brutos sobre como este homem consegue ressignificar a paternidade. No ambulatório, utilizamos a questão disparadora (em geral, uma pergunta aberta) para permitir que eles falem sobre si mesmos (abrir a possibilidade para que falem sobre tudo). A Maternidade Carmela Dutra não é uma instituição de ensino, mas colabora com ele, porque temos a preocupação de formar para o SUS. Será divulgada, em breve, uma pesquisa científica com a análise dos discursos destes homens (os dados serão apresentados no ano de 2017). Não temos financiamento para a saúde do homem. Isto foi questionado à direção da Maternidade, pois hoje o financiamento independentemente dos procedimentos. Desta forma, poderemos gerar também indicadores de qualidade próprios da saúde do homem.

Principais temas destacados:

- » No que se refere às masculinidades e paternidades, é importante considerar a adoção, os pais homoafetivos, respeitando-se todas as expressões de afetos.
- » O cuidado é sempre visto como prevenção de doenças (por exemplo, a alimentação, a realização de atividades físicas). Importância desta concepção de promoção da saúde na perspectiva de desconstruir o “homem forte”.
- » Importância de se levar em consideração o tema da saúde do homem na atenção básica, na rede ampliada e também na atenção hospitalar.



Considerações finais:

Marilene Gonçalves França

“Planejamento Reprodutivo: um cuidado à Saúde do Homem”. Vitória/ES

- É preciso pensar nas masculinidades e na pluralidade dos homens quando pensarmos no planejamento sexual e reprodutivo. Ainda temos muito a caminhar.
- Diante de algumas discussões realizadas na implementação do pré-natal do parceiro, olhares novos já vêm refletindo nas ações, mas precisamos avançar bastante.
- Em relação à clínica ampliada, ela está colocada para todos os profissionais de saúde. Nosso olhar precisa ser ampliado para focar neste homem, como projeto singular, que tem suas especificidades. Hoje, ainda há uma resistência para o exame físico do homem (existem alguns paradigmas e algumas barreiras). Quando realizamos um olhar na singularidade do sujeito, conseguimos pensar na perspectiva da clínica ampliada, independentemente de quais necessidades apareçam.

EXPERIÊNCIA EXITOSA 5

“Jornada de Ações de Saúde do Homem no Complexo Prisional do Curado” – Recife/PE – Helton Bruno Feitosa

Este projeto visou garantir o acesso da população masculina, assim como o direito às ações de saúde para as pessoas privadas de liberdade.

Foram realizadas jornadas de saúde no sistema prisional com diversas áreas envolvidas. Esta ação levou em consideração a dificuldade de acesso do profissional de saúde ao sistema prisional. O objetivo era garantir o acesso da população privada de liberdade à saúde, considerando suas principais morbidades dentro do sistema prisional.



A I jornada foi realizada no presídio Frei Damião de Bozzano. Tivemos a presença de 30% dessa população (salão cheio), em um total de 621 pessoas (um foi chamando o outro).

Levamos as atividades básicas: aferição da pressão arterial, medição da glicose, ações de saúde bucal, atualização do cartão vacinal, orientação sobre tuberculose. Havia 11 homens deficientes físicos, condição adquirida no momento que foram presos ou dentro do presídio.

Realizamos também testes rápidos para HIV e sífilis. Nesta ação, conseguimos que 50 pessoas participassem, apesar da resistência de muitos em razão do preconceito. Contamos com a participação da equipe do Consultório na Rua, assim como um grupo de teatro para cuidado da saúde do homem.

A II Jornada teve a participação de 250 homens. Realizamos testes rápidos para HIV, sífilis, hepatites, tuberculose, hanseníase. Neste grupo, havia nove transexuais e travestis. Realizamos também uma conversa sobre saúde LGBT.

O acesso desta população deveria acontecer na rotina de saúde. Entretanto, a equipe não consegue garantir este acesso em espaço de tempo tão curto e com uma população tão grande. Os principais fatores de morbidade nesta população são hipertensão e diabetes.

A atuação da equipe multiprofissional foi também importante para diminuir o preconceito dentro do presídio, pelos próprios profissionais que trabalham com esta população, como seguranças.

Diante deste contexto, é importante realizar ações integradas preventivas, curativas e de reabilitação. Ao final da ação, muitos profissionais de saúde relataram, inclusive, a mudança de percepção sobre a temática da saúde prisional.

Importante citar que as estratégias estimulam o cuidado com essa população, permitindo também que a equipe da Secretaria Municipal de Saúde tivesse um novo olhar sobre o tema, ou seja, a ação acabou se desdobrando em outras ações.



DEBATE – PAINEL 2 – EXPERIÊNCIAS EXITOSAS 5

Principais temas destacados:

- » Importância de levar a discussão da saúde para dentro do sistema prisional.
- » Sobre o projeto “Jornada de Ações de Saúde do Homem no Complexo Prisional do Curado” – Recife/PE, como foi colocada a questão da segurança da equipe?
- » Há um grande desafio da articulação intersetorial no que se refere à saúde do campo, da floresta e das águas, principalmente com o movimento social. Como está sendo trabalhada esta questão em relação ao movimento social?
- » No que se refere à população privada de liberdade, ocorre uma articulação interna ao presídio, de responsabilidade da área da Segurança Pública. Nessa articulação, como fica a questão da visita íntima, tendo em vista que se sabe que existe em alguns presídios a previsão de visita em dias separados para a família, para as amantes e para as profissionais do sexo?
- » Em relação aos homens privados de liberdade, quais estratégias foram desenvolvidas para garantir o contato com os filhos (existe legislação que garante proteção às mulheres)?
- » A inter-relação entre a política de saúde do homem e a política de saúde para pessoas privadas de liberdade não é uma tarefa fácil. Ademais, há uma dificuldade de implementação da política de saúde para pessoas privadas de liberdade, já que nem todos os municípios aderiram à política. Sendo assim, como articular com a Atenção Básica para sua implementação?
- » Há um respeito à cultura local nos territórios do presídio, que tem uma lógica de funcionamento própria. No dia de visita dos filhos, o presídio se transforma. Importância de pensar o tema da paternidade (e o controle dos filhos que estão do lado de fora) para homens privados de liberdade.
- » Sobre o projeto “Mensuração das práticas assistenciais para a saúde da população do campo, do homem e do trabalhador rural”, estão sendo realizados trabalhos que levem em consideração a cultura e as especificidades masculinas? Por



exemplo, sabemos que “homens negros falarem para homens negros” é uma estratégia que sensibiliza mais sobre a temática.

- » A perspectiva das caixinhas na saúde precisa ser desconstruída. E as fragilidades nem sempre são nas políticas públicas, mas às vezes ocorrem na própria gestão. Por isso, é importante ampliar esta perspectiva da saúde.
- » Todo o trabalho desenvolvido no projeto “Jornada de Ações de Saúde do Homem no Complexo Prisional do Curado” está valendo a pena, assim como todo o esforço e a dedicação. Está sendo possível o convencimento e a sensibilização de todos os envolvidos, além dos próprios homens. O projeto não requer recurso, mas disposição para sensibilizar e trabalhar, pois o desafio é desenvolver ações tanto em saúde do homem como em saúde prisional.
- » Em Natal/RN, tivemos uma experiência muito boa no presídio feminino. Depois, iniciamos um projeto no presídio masculino. E ao perguntarmos qual o primeiro tratamento que estes homens desejavam, tivemos como resposta a escabiose. Agora, estamos realizando testes de sífilis e HIV e já contamos com profissional médico e dentista.

Respostas e considerações:

Helton Bruno Feitosa

- A articulação com a área de Segurança Pública dá-se de dois a três meses antes da ação. Primeiro, é marcada uma reunião na UBS com a equipe multiprofissional, cuja proposta de ação é explicada.
- Em relação à segurança, ficamos muito atentos. Quando entramos no presídio, somos acompanhados pelos agentes de segurança. Entretanto, depois que entramos, preferimos ficar sem os agentes porque os homens privados de liberdade ficam mais à vontade.



- Em relação à visita íntima, elas acontecem todas as quartas-feiras, mas as pessoas têm que se cadastrar para poderem visitar seus parceiros. Não temos informação sobre visitas íntimas para casal homoafetivo. No domingo, acontece a visita da família.
- Em relação às questões culturais e internas ao presídio, normalmente as equipes da segurança são concessionários privados de liberdade que trabalham no sistema prisional, portanto, por meio deles, sabemos o que é permitido ou não.
- A saúde é vista como um cuidado, ou seja, os homens privados de liberdade sentem que estão tendo atenção e cuidado das equipes de saúde naquele momento. Diferente da educação, que não tem este impacto. Por isso, contamos com a presença e participação voluntária deles nas ações.



ANEXO – PRINCIPAIS
AVANÇOS E
DIFICULDADES PARA
TRAÇAR ESTRATÉGIAS
NA GARANTIA DA
INTEGRALIDADE DA
ATENÇÃO À SAÚDE
DO HOMEM



COORDENAÇÃO MUNICIPAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM DE MACEIÓ/AL		
Avanços	Dificuldades	Estratégias e proposições
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Incremento na Política Municipal de Atenção à Saúde Integral do Homem em Maceió/AL. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Garantia dos recursos financeiros e do apoio logístico. ▪ Falta de institucionalização e formalização da Política no âmbito do organograma funcional da gestão municipal. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Disseminação da Política por meio de seminários, palestras, rodas de conversas, mesas de debate nas faculdades e universidades, lojas comerciais, clubes esportivos, presídios, canteiros de obras, associações sociais, na busca de parcerias e doações.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Implantação de horário diferenciado na Unidade de Saúde do VII Distrito Sanitário, onde reside grande quantidade de homens de raça parda e na faixa etária de 20 a 59 anos, incluindo ações de promoção e prevenção, levando em consideração, principalmente, as causas externas. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Forma de acolhimento dos usuários por agendamentos de consultas, exames para apoio ao diagnóstico. ▪ Forma de regulação da média complexidade e referência e contrarreferência na ausência de implantação do prontuário eletrônico e fila única dos Sisreg. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Recursos humanos dispostos a trabalhar no horário diferenciado. ▪ Unidade de saúde como projeto-piloto e observatório, para subsidiar não só ações estratégicas para o fortalecimento da Pnaish, como também apoiar o planejamento e a organização dos serviços para a operacionalização dos princípios dessa política.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Implantação do Programa de Pré-Natal Masculino nas 63 UBS dos 8 Distritos Sanitários de Maceió, sensibilizando os técnicos destas unidades para o acolhimento e acompanhamento do homem que acompanha a gestante. ▪ Atingida meta de acolhimento de 22 mil homens por ano na faixa etária de 16 a 59 anos de idade. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ausência de divulgação do programa, falta de insumos e desinteresse por parte da gestão na institucionalização do programa. ▪ Falta de informações e indicadores de saúde que assegurem o conhecimento e o monitoramento das ações, com o objetivo de ajudar no planejamento e na organização dos serviços e efetivar os princípios da Política. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Utilização das reuniões distritais de planejamento e estruturação das redes e linhas de cuidados para inserir a Política Municipal de Atenção à Saúde Integral do Homem. ▪ Parcerias com o Conselho Municipal de Saúde e ouvidoria local. ▪ Parceria com coordenação de saúde da mulher no que se refere à logística, protocolo de fluxos, pactuação de exames de rotina e consulta conjunta.



COORDENAÇÃO ESTADUAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM DE MINAS GERAIS		
Avanços	Dificuldades	Estratégias e proposições
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Campanha de Atenção Integral à Saúde do Homem, que aborda todas as temáticas envolvidas na saúde do homem (e não apenas o câncer de próstata). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ampliação do horário de atendimento em algumas unidades da Atenção Primária em Saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Incentivo, por meio de capacitações, à implantação de serviços voltados para a população masculina, assim como ao acolhimento e à melhoria dos serviços já existentes.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Abordagem de todos os eixos da Pnaish. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Financiamento específico para ações da saúde do homem. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ajuste do horário de funcionamento das unidades básicas de saúde, por meio de portaria, de forma a melhor distribuir as equipes, sem custo adicional com as horas extras.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Definição de fluxos na Atenção Especializada (CEM). ▪ Garantia de serviços para à saúde do homem (vasectomia, biópsia de próstata, entre outros). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rotatividade dos profissionais de saúde e gestores. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Inclusão de homens como sujeitos nos programas de saúde.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Articulação entre o Programa Rede Cegonha e a saúde do homem na implementação da Estratégia do Pré-Natal do Parceiro. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Elaboração de protocolos, diretrizes clínicas e linhas de cuidado. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sensibilização e capacitação das equipes de saúde.



COORDENAÇÃO ESTADUAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM DE MINAS GERAIS		
Avanços	Dificuldades	Estratégias e proposições
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Garantia do tema “Saúde do Homem” no Plano Estadual de Saúde e/ou na definição da Programação Anual de Saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Extração de dados referente à saúde do homem dos sistemas de informações atuais existentes, para subsidiar os indicadores (em especial indicadores de acesso) relacionados à saúde do homem. ▪ O Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) não permite coletar dados referentes à população masculina, pela falta de BPA individualizados. Em contraposição, o e-SUS permite extrair relatórios consolidados de atendimentos, procedimentos realizados pelas equipes de atenção primária existentes no município, mas não há nesses relatórios informações que identifiquem qual foi a população atendida (homem, mulher, criança entre outros). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Criação de Grupo de Trabalho.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Promoção à articulação com as demais políticas públicas, visando à atenção integral à saúde do homem no estado. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Promoção da articulação intra e intersetorial para apoio à implementação da atenção integral à saúde do homem, ressaltando a importância de articulação junto à área de Educação. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Articular parcerias.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Criação da Cartilha do Pai, como ação do Projeto “Pai Cuidador”. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Falta de referência em saúde do homem municipal. 	<p>—</p>



COORDENAÇÃO ESTADUAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM DE MINAS GERAIS		
Avanços	Dificuldades	Estratégias e proposições
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Apoio às ações e às atividades de promoção em saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Referências técnicas com acúmulo de funções. 	–
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Articulação entre os diferentes níveis de atenção. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Falta de equipe/ coordenação para saúde do homem estadual (atua apenas como uma área técnica que possui uma referência técnica). 	–
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reconhecimento da diversidade na população masculina. 	–	–
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Representação no Comitê Técnico de Saúde Integral da População de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais e Travestis (Comitê LGBT), no estado de Minas Gerais. 	–	–
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Articulação com os Comandos de Saúde nas Rodovias (DSAST). 	–	–
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Divulgação de materiais de apoio e educativos. 	–	–



COORDENAÇÃO ESTADUAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM DE TOCANTINS		
Avanços	Dificuldades	Estratégias e proposições
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Divulgação e implementação da Pnaish e melhoria na qualidade dos serviços já existentes voltados para a população masculina. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Falta de apoio das Secretarias Municipais de Saúde no incentivo dos profissionais das equipes de Atenção Básica para participarem das ações. ▪ Problemas de conexão à internet. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realização de “webconferências” ofertadas aos 139 municípios sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (Pnaish) e sobre Paternidade e Cuidado
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Acesso dos municípios a materiais educativos que visam facilitar o acesso e adesão da população masculina às Unidades Básicas de Saúde. ▪ Orientação quanto ao melhor aproveitamento dos materiais, para que eles sejam anexados em ambientes estratégicos com visibilidade para que a população masculina sintam-se acolhida. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gestores municipais e profissionais da Atenção Básica que não participam dos eventos para os quais são convidados com o objetivo de serem capacitados. ▪ Identificação do profissional com perfil de multiplicador. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Oferta de material gráfico aos 139 municípios do estado, dos quais grande parte são cartazes (sete tipos diferentes com imagens e frases de incentivo à população masculina a cuidar da saúde e a conhecer os serviços de saúde ofertados) para mudar a ambiência das UBS, caracterizando-as, também, como espaços destinados aos homens, e panfletos esclarecendo sobre a Pnaish.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Inclusão do eixo prioritário “Paternidade e Cuidado” na PAS 2017, não desconsiderando os demais eixos. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Não se aplica. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Considerando a necessidade de integração das áreas técnicas da SES (homem, idoso, mulher, rede cegonha, adolescente, criança, alimentação e nutrição), para qualificação da atenção à saúde do homem e sua relação com os ciclos de vida, foram programadas ações intersetoriais de implementação dos <i>Guias do Pré-Natal do Parceiro</i> e de <i>Saúde do Homem para ACS</i>.



COORDENAÇÃO MUNICIPAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM DE RECIFE/PE		
Avanços	Dificuldades	Estratégias e proposições
<ul style="list-style-type: none"> Realização do curso “Paternidade e Cuidado” nos serviços de saúde, voltado aos profissionais de saúde para atendimento do pré-natal do homem. 	<ul style="list-style-type: none"> Dificuldade na logística relacionada ao transporte para podermos acompanhar as ações nos territórios. 	<ul style="list-style-type: none"> Incentivo ao acolhimento dos homens nos serviços de saúde por meio de capacitações e oficinas.
<ul style="list-style-type: none"> Horário estendido e atendimento aos sábados em algumas unidades da atenção primária em saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> Dificuldade de sensibilizar alguns profissionais sobre a importância do pré-natal do parceiro como estratégia de acesso à saúde para os homens. 	<ul style="list-style-type: none"> Incentivar a continuidade das ações do mês de agosto e novembro nos outros meses, de forma contínua e integral.
<ul style="list-style-type: none"> Realização de capacitação dos agentes comunitários e profissionais de saúde sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. 	<ul style="list-style-type: none"> Falta de incentivo financeiro próprio para a Política. 	<p>—</p>



COORDENAÇÃO ESTADUAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM DO MARANHÃO		
Avanços	Dificuldades	Estratégias e proposições
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Acolhimento nos serviços de saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sensibilização de gestores. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sensibilização de gestores e profissionais de saúde.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Qualificação dos profissionais de saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Recurso financeiro insuficiente. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Elaboração de informes e notas técnicas aos gestores.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ações intersetoriais. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Inclusão dos homens em ações de saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rodas de conversas nos municípios com gestores e profissionais de saúde.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Interface com as Redes Temáticas. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Precarização dos serviços prestados (oferta de exames e consultas). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Campanhas educativas.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sensibilização sobre o Pré-Natal do Parceiro. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Implementação no nível municipal. 	-
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Publicação da Lei n.º 10.464, de 7 de junho de 2016, que dispõe de 15 dias de licença-paternidade para o servidor estadual. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Oferta do atendimento ampliado para os homens nas UBS. 	-
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Participação do homem nas Oficinas da Paternidade Responsável. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Material educativo. 	-
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realização da Oficina do Guia do Pré-Natal e da Guia do ACS em quatro municípios. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Formação de Comitê para Pnaish (sociedade científica). 	-
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Inclusão da Pnaish nos instrumentos de Gestão da SES (PES, PGASS, PAS 2016-2019). 	-	-
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Construção do Plano de Trabalho e Avaliação para a Saúde do Homem (PTA). 	-	-
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Construção de Nota Técnica e Informe da Saúde do Homem para gestores. 	-	-



**COORDENAÇÃO ESTADUAL DE ATENÇÃO INTEGRAL
À SAÚDE DO HOMEM DO AMAZONAS**

Avanços	Dificuldades	Estratégias e proposições
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Apoio técnico mais próximo da coordenação nacional à coordenação estadual e, conseqüentemente, maior proximidade da coordenação estadual com a coordenação municipal. ▪ Capacitação dos profissionais das ESFs na atenção primária do estado. ▪ Monitoramento e assessoramento aos gestores municipais. ▪ Empoderamento dos profissionais de saúde das ESFs quanto à Pnaish: o homem enquanto ser integral, que faz parte da família (visibilidade). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Municípios com baixa densidade demográfica, áreas rurais muito extensas com dificuldade de acesso (acervos e/ou produtos de interesse da saúde chegam lentamente por via fluvial). - Acesso do estado aos municípios: - 7 municípios com acesso apenas terrestre. - 55 municípios com acesso terrestre e hidroviário, e/ou acesso aéreo + hidroviário e terrestre. <p>Nota: os acessos hidroviários duram em média de 2 a 30 dias, dependendo do tipo do barco. O acesso terrestre dura de 2 a 8 horas-dia; e o aéreo de 4h a mais (apenas na ida).</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Isolamento e grandes distâncias entre as áreas rurais e municípios, e entre as outras regiões e a capital. - Falta e/ou precariedade (clandestinidade) de aeroportos nos municípios (acesso somente por voos fretados). - Atendimento “fragmentado” da família, priorizando programas por ciclo de vida. ▪ Alta rotatividade de profissionais nos municípios. ▪ Incentivo salarial baixo e desigual entre profissionais técnicos. ▪ Falta de investimento na Educação Permanente. ▪ SMS variam muito em termos de estrutura, recursos e capacidade operativa, com predominância, em sua maioria, de ações assistenciais e menor atuação em atenção primária na área de Gestão. ▪ Centralização de profissionais e tecnologias na capital. ▪ Divulgação maciça do Novembro Azul em relação ao câncer de próstata. ▪ Centralização de profissionais técnicos e tecnologias na capital. ▪ A suspensão (bloqueio) de realização de despesas relativas a deslocamento de servidores, conforme Decreto n.º 36.931, 19/05/2016. ▪ Falta de incentivo financeiro para apoio às capacitações nos municípios e aos encontros regionais para troca de experiências. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Implementação das ações da Pnaish com ênfase na Atenção Primária em Saúde (APS), priorizando a Estratégia Saúde da Família, no âmbito da gestão estadual. ▪ Realização de reuniões intra e intersecretarias e multidisciplinares (secretarias afins) para mobilizar os gestores de saúde e outros afins, por meio de oficinas, dialogando sobre as temáticas da saúde do homem e monitorando e avaliando os resultados. ▪ Fortalecimento da Política nas redes de APS. ▪ Fortalecimento da Política nas redes multimídias. ▪ Capacitação de toda a equipe (do porteiro ao médico) das UBS, quanto à importância da ética e humanização na atenção e no atendimento individual – familiar. ▪ Divulgação e fortalecimento da Política nas Assembleias Legislativas, nas Câmaras, no Controle Social e nos Conselhos de Classe (CFM; COFEN; CFP; CFO e outros). ▪ Incentivo à política de valorização profissional para fixação de RH nos municípios. ▪ Mudança de paradigmas no que concerne à percepção da população masculina em relação ao cuidado com a sua saúde e à saúde de sua família. ▪ Ênfase aos aspectos educacionais nos serviços, que devem ser organizados de modo a acolher e fazer com que o homem se sinta parte integrante deles.



COORDENAÇÃO ESTADUAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM DE PERNAMBUCO

Avanços	Dificuldades	Estratégias e proposições
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realização de Oficinas da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem e seus eixos. Foram realizadas quatro oficinas, nas VII, VIII, IX e XI GERES, entre os dias 11 e 14 de abril de 2016, com apoio da Coordenação Nacional de Saúde do Homem do Ministério da Saúde. Participaram 108 representantes de 28 dos 35 municípios que compõem as regionais. ▪ Realização de oficinas na I, IV e XII GERES, com participação de 112 representantes de 46 municípios em 2015. ▪ Realização da Oficina de Lançamento e Capacitação do <i>Guia do Pré-Natal do Parceiro para Profissionais de Saúde</i> e do <i>Guia de Saúde do Homem para Agente Comunitário de Saúde</i> – Pernambuco. Realizada no dia 24 de agosto de 2016, com apoio da Coordenação Nacional de Saúde do Homem do Ministério da Saúde. Foram capacitados 29 participantes, representantes de 11 das 12 Regionais de Saúde, além de 4 coordenadores municipais de Saúde do Homem (Exu, Ipojuca, Olinda e Recife). ▪ Cursos EaD com temas relacionados à saúde do homem. ▪ Acesso à Coordenação Nacional de Saúde do Homem para apoio que vem sendo prestado à SES/PE, bem como aos municípios. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ausência de financiamento para implementação da Pnaish, contribuindo para que as gestões municipais não priorizem a saúde da população masculina em seus planos municipais de saúde. ▪ Gestores nem sempre capacitados para o desempenho de suas funções e desconhecedores do funcionamento do SUS. ▪ Profissionais de saúde que ainda desconhecem a Pnaish. ▪ Ausência de uma Política Estadual de Saúde do Homem em Pernambuco. ▪ Ausência de estabelecimento de indicadores, bem como de sistemas de informações que subsidiem o monitoramento da saúde do homem. ▪ Rotatividade de profissionais nos serviços, especialmente na atenção primária, fragilizando a implementação da Pnaish. ▪ Ausência de protocolos específicos voltados ao atendimento da população masculina. ▪ Acolhimento ao público masculino de forma inadequada/insatisfatória. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Elaboração da Política Estadual de Atenção Integral à Saúde do Homem no estado. ▪ Pactuação de indicadores sobre desenvolvimento de atividades em saúde voltadas à população masculina, com gestores regionais e municipais. ▪ Pactuação junto às CIR para o envio quadrimestral de relatórios sobre atendimento em saúde à população masculina, bem como sobre os eventos voltados à promoção e prevenção em saúde, com foco no público-alvo da Pnaish.



ISBN 978-85-334-2609-2



9 788533 426092



Organização
Pan-Americana
da Saúde



Organização
Mundial da Saúde

ESCRITÓRIO REGIONAL PARA AS

Américas

DISQUE SAÚDE

136

Quilização Geral do SUS
www.saude.gov.br



MINISTÉRIO
DA SAÚDE

