

**MINISTÉRIO DA SAÚDE  
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ**

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

# **PERFIL DA SITUAÇÃO DE SAÚDE DO HOMEM NO BRASIL**

**Brasília, 2012**

# INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) foi lançada em 2009 pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2009a), tendo como objetivo a promoção de ações de saúde que possibilitem a apreensão da realidade dos homens entre 20 e 59 anos de idade nos seus diversos contextos. A implantação da PNAISH foi gradativa, conforme transferência de recurso financeiro do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais/ Municipais. Em 2009, foram contempladas as vinte e sete Unidades da Federação (UF) e 26 municípios, em 2010 foram 54 municípios e em 2011 mais cinquenta e dois municípios.

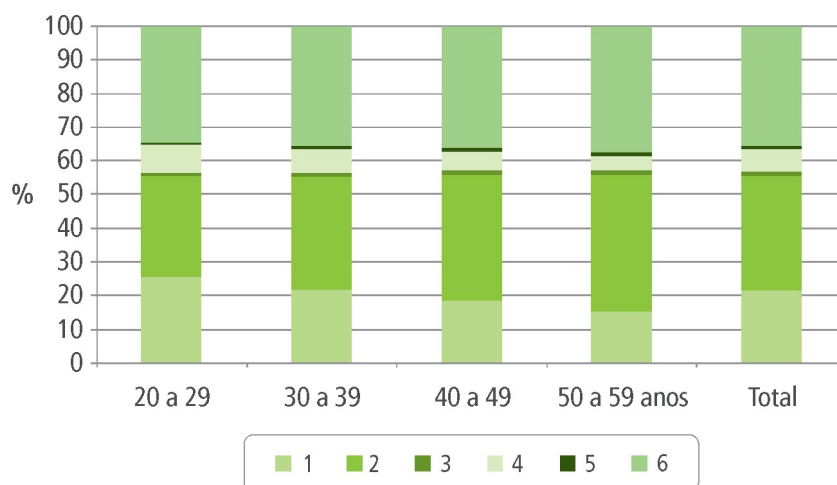
Essa política vem ao encontro da equidade de gênero que se faz presente na agenda mundial há mais de duas décadas, sendo o Brasil um dos países pioneiros em instituir a Saúde do Homem enquanto área técnica do governo federal. As diferenças de morbi-mortalidade entre homens e mulheres são amplamente conhecidas: os homens morrem mais cedo, morrem principalmente por causas externas (acidentes e violências), são mais suscetíveis às doenças cardiovasculares, possivelmente pelos comportamentos de risco mais frequentes, procuram menos os serviços de saúde, por limitação de tempo e, principalmente, pela falsa autopercepção da sua infalibilidade física e mental.

O desafio que se coloca, na implantação e expansão da PNAISH, se contextualiza nas diferenças de gênero e nas formas como essas questões são trabalhadas em cada município e como definem a linha de base da saúde do homem. A maioria dos municípios reproduziu, em seus planos de ação, a matriz de planejamento do Plano Nacional (BRASIL, 2009b), porém sem definição de metas (MOURA et al., 2012), condição indispensável para a implantação de qualquer política pública, que deve ser fundamentada nas necessidades da população e ter como objetivo a alteração positiva da realidade.

A PNAISH, enquanto linha de base epidemiológica, parte de dados dos sistemas oficiais de registro das ocorrências em saúde, disponibilizados pelo banco de dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS), enquanto parâmetro inicial para definição de metas. Dentre os eventos vitais, os registros sistemáticos da morte e do nascimento são os mais antigos. Posteriormente, foram incluídos registros sobre doenças e, mais recentemente, sobre comportamentos de risco e proteção. No entanto, são poucos os estudos de base populacional sobre a saúde do homem que possibilitem outras incorporações.

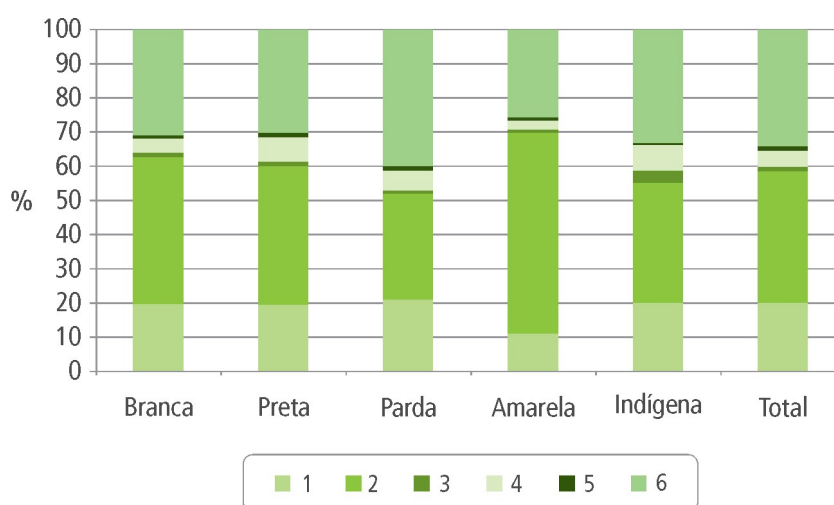
Nesse sentido, este trabalho tem como finalidade descrever, numa perspectiva de gênero, dados de mortalidade e morbidade, em geral, e de fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis, em particular, a partir de informações das fontes oficiais.

**Figura 46.** Proporção (%) de internações hospitalares por causas externas pelo Sistema Único de Saúde em homens de 20 a 59 anos de idade, segundo grupo de causas externas por faixa etária. Brasil, 2010.



(1 = acidentes de transporte, 2 = quedas, 3 = intoxicações, 4 = agressões, 5 = lesões autoprovocadas voluntariamente, 6 = demais causas externas).  
 Fonte: Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS). Acessado em 03/06/2012.

**Figura 47.** Proporção (%) de internações hospitalares por causas externas pelo Sistema Único de Saúde em homens de 20 a 59 anos de idade, segundo grupo de causas externas por raça/cor. Brasil, 2010.



(1 = acidentes de transporte, 2 = quedas, 3 = intoxicações, 4 = agressões, 5 = lesões autoprovocadas voluntariamente, 6 = demais causas externas).  
 Fonte: Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS). Acessado em 03/06/2012.

## Padrão de Atendimento

Uma das principais diferenças de gênero se refere aos cuidados com a saúde, o que fica evidente ao se comparar a concentração de consultas por habitante entre o sexo masculino (0,06) e o feminino (4,3). Isso representa mais de 235 milhões de consultas para as mulheres, ou seja, uma concentração 71 vezes maior que a dos homens. Surpreendentemente, a concentração de consultas entre os homens cai ligeiramente com o aumento da idade, enquanto o inverso acontece com as mulheres, cuja concentração aumenta de duas para 8,4 consultas, respectivamente na faixa etária de 20 a 29 anos e de 50 a 59 anos de idade, o que chega a 168 vezes mais do que os homens dessa mesma faixa de idade. Essa situação – descaso com a própria saúde – leva os homens a procurarem os serviços de saúde primordialmente em casos extremos, o

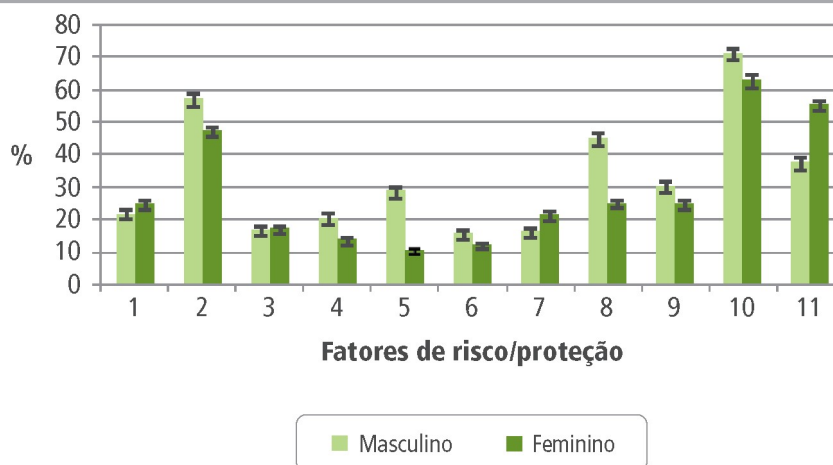
que é refletido pelo maior número de procedimentos diagnósticos (clínico e imagem), comparativamente às mulheres (1,66 versus 0,04), o que significa uma grandeza de mais de 40 vezes. As mulheres mantêm concentração similar de procedimentos por consulta no decorrer do ciclo da vida adulta, enquanto que para os homens há um aumento de 0,48, na faixa de 20 a 29 anos de idade, para 4,72, de 50 a 59 anos.

Já quanto às internações hospitalares, as mulheres apresentam valores maiores (71 por mil habitantes) do que os homens, sendo maior (100,0) entre as mais jovens, o que se associa com a ocorrência de partos. O inverso ocorre com os homens, que apresentam tendência crescente com a idade, chegando a 70,4, quando as mulheres da mesma idade (50 a 59) apresentam 56 por mil habitantes. Apenas na faixa entre 40 a 49 anos, os valores são semelhantes (49 por mil). As maiores proporções de internação entre os homens, relativamente às mulheres, são devidas aos transtornos mentais e comportamentais, causas externas, lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas, doenças do sistema nervoso e doenças da pele e do tecido subcutâneo. As mulheres, por sua vez, além das condições referentes ao parto, internam-se mais devido às doenças do aparelho geniturinário, às neoplasias e às doenças do ouvido e da apófise mastoide. No que se refere às internações por causas externas, observa-se que os homens têm mais internações proporcionalmente por quedas (34,3% versus 20,0% para as mulheres) e acidentes de transporte (21,6 versus 4,0%), enquanto as mulheres sofrem mais internações por agressões (11,0% versus 6,8% para os homens) e lesões autoprovocadas (3,0 versus 0,9%).

## Indicadores de risco e proteção para DCNT

Alguns fatores de risco e proteção para doenças crônicas são mostrados na **Figura 48**. Fica evidente a diferença de comportamentos entre os sexos. Os homens têm mais fatores comportamentais de risco (excesso de peso, tabagismo, consumo abusivo de bebidas alcoólicas, baixo consumo de frutas, legumes e verduras, consumo de carnes com excesso de gorduras, consumo de refrigerantes, não uso de proteção contra radiação ultravioleta) do que as mulheres (atividade física insuficiente, baixo consumo de feijão), o que determinará maior morbidade por doenças crônicas e, conseqüente, mortalidade, caso não morra precocemente. Contrariando o exposto acima, mulheres apresentam mais hipertensão arterial do que os homens, este dado, aliado aos demais fatores, se configura num estereótipo peculiar da masculinidade, na qual o homem se coloca como imune aos perigos, forte no enfrentamento de riscos e como um ser que não necessita de assistência à saúde, pois nunca fica doente.

**Figura 48.** Fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis. Brasil, 2010.



(1 = hipertensão arterial; 2 = excesso de peso; 3 = obesidade; 4 = tabagismo; 5 = consumo abusivo de bebidas alcoólicas; 6 = atividade física suficiente no lazer; 7 = consumo recomendado de frutas, de legumes e de verduras; 8 = consumo de carnes com excesso de gordura; 9 = consumo de refrigerante; 10 = consumo regular de feijão; 11 = proteção contra radiação ultravioleta).

Fonte: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (Vigitel). Acessado em 28/07/2012.