

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

RENATA GOMES SOARES

**VIOLÊNCIA E MASCULINIDADE: ESTRATÉGIAS PARA
SENSIBILIZAÇÃO E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA NA POPULAÇÃO
MASCULINA**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília.

Orientadora: Prof. Dra. Muna Muhammad Odeh

BRASÍLIA
2019

RENATA GOMES SOARES

**VIOLÊNCIA E MASCULINIDADE: ESTRATÉGIAS PARA SENSIBILIZAÇÃO
E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA NA POPULAÇÃO MASCULINA**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília.

Orientadora: Prof. Dra. Muna Muhammad Odeh

Aprovada em 26 de fevereiro de 2019.

BANCA EXAMINADORA

Profa Dra. Muna Muhammad Odeh – Orientadora/UNB

Profa Dra. Maria Paula do Amaral Zaitune, DSC/FS – Membro/UNB

Profa Dra Larissa Polejack Brambati – IP- Membro/UNB

Dra Juliana Garcia Pacheco – SES-DF Caps II Paranoá– Membro externo

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, por estar sempre me acompanhando esse encorajando no trilho da vida, mesmo com todas as dificuldades existentes durante esse tempo de mestrado, sempre tive força para lutar pelo objetivo de concluir essa etapa da minha vida.

A minha família por todo o apoio e compreensão nessa nova conquista que eu resolvi me debruçar, acreditando sempre na minha capacidade de estar crescendo e adquirindo mais conhecimento.

A minha orientadora, professora Muna Muhammad Odeh, por estar sempre acompanhado e dando força e entusiasmo para a composição desse trabalho.

A toda a equipe da Coordenação Nacional de Saúde do Homem/DAPES/SAS/MS pelo apoio, paciência e momentos de trocas.

Aos meus amigos do mestrado com os quais foram compartilhados todos os momentos difíceis desse tempo juntos.

E a todos que, de alguma forma, me ajudaram nesse momento que para mim é muito importante e gratificante.

“Mas, em todas essas coisas somos mais do que vencedores por meio daquele que nos amou”. A Bíblia (ROMANOS 8:37)

RESUMO

Este trabalho busca compreender as interfaces do referencial de gênero com as estratégias de prevenção de violência masculina propostas por estudos realizados no campo da saúde no Brasil. Trata-se de um estudo com a revisão de literatura abrangendo o período entre 2009 e 2018, por meio de 13 artigos com abordagem qualitativa enfocando estudos empíricos que apresentaram ações e propostas relativos ao tema da violência na população masculina brasileira. Os resultados apontaram que fatores socioculturais do que é ser homem, como a masculinidade é construída de maneira longitudinal perpassando os ciclos de vida é o que repercute em comportamentos de risco que levam os homens a situações de violência tanto como autor ou vítima. Neste sentido, estratégias de prevenção a violência precisam estar atentas para compreensão do como os homens constroem a sua relação com o cuidado de si e com os outros. O estudo conclui que os parâmetros históricos, econômicos e socioculturais que demarcam as relações de gênero no Brasil estão diretamente relacionados a violência na população masculina. Com base nisso, estratégias que abordam a violência precisam englobar ações de prevenção assim como propostas de sensibilização em particular de profissionais de saúde, para garantir a construção do exercício de múltiplas formas de expressar a masculinidade, minimizando sua vinculação a situações de risco.

Palavras Chaves: violência; gênero; homem

Soares, Renata Gomes. Masculinities in focus: violence prevention strategies in the male population. 2019. 76p. Dissertation (Professional Master's Degree) - Faculty of Health Sciences - Postgraduate Program in Collective Health, University of Brasilia, Brasília-DF, 2019.

ABSTRACT

This work aims to understand interfaces between the conceptual framework of gender and strategies of prevention of male violence proposed by studies carried out in the field of health in Brazil. The study is an integrative review covering the period between 2009 and 2018, totaling 13 articles based on qualitative methods focusing on empirical studies that discuss interventions and proposals that addressed violence among the Brazilian male population. The results pointed out that socio-cultural factors that inform what it is to be a man, including notions of masculinity, are constructed longitudinally across the life cycle, which is reflected in risk behaviors that lead men to situations of violence both as author and victim. In this sense, violence prevention strategies need to be attentive to understanding how men construct their relationship with caring for themselves and others. The study concludes that the historical, economic and socio-cultural parameters that demarcate gender relations in Brazil are directly related to violence in the male population. Based on this, strategies that address violence need to include preventive measures as well as proposals to raise the awareness of health professionals in particular, in a manner as to ensure possibilities to exercise multiple ways of expressing masculinity, minimizing in this manner its association to risk exposure.

Keywords: violence, gender; men

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Tipologia da Violência. 1.1 Considerações acerca da Temática.....	21
Tabela 2. Barreiras de acesso a população masculina no setor saúde. 2.3 Saúde do Homem na Pnaish e Violência.....	26
Tabela 3. Estratégias de acesso dos homens nos serviços de saúde. 2.3 Saúde do Homem na Pnaish e Violência.....	27
Tabela 4. Processo de delimitação de artigos. 3.4 Análise dos dados – Categorização dos Estudos Selicionados.....	42
Tabela 5. Características dos estudos incluídos na revisão de literatura.3.4 Análise dos dados.....	42

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Principais causas de mortalidade na população masculina de 20 a 59 anos.

1.1. Considerações Iniciais Acerca da Temática.....17

Gráfico 2. Números de artigos encontrados por categorizações das violências encontradas nos artigos.3.5.Análise dos Resultados.....46

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO.....	12
1.1	CONTEXTUALIZANDO A SAÚDE DO HOMEM NO BRASIL.....	13
2.	REFERENCIAL TEÓRICO	18
2.1	AS INTERFACES DA VIOLÊNCIA E DA SAÚDE: GÊNERO E MASCULINIDADES.....	19
2.1	GÊNERO E VIOLÊNCIA	23
2.2	SAÚDE DO HOMEM NA PNAISH E VIOLÊNCIA.....	26
2.3	POLÍTICAS E VIOLÊNCIA.....	30
2.4	PREVENÇÃO DE VIOLÊNCIA.....	34
2.5	OBJETIVOS DO ESTUDO	36
2.5.1	OBJETIVO GERAL.....	36
2.5.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	36
3.	METODOLOGIA	37
3.1	TIPO DE ESTUDO	38
3.2	O ESTABELECIMENTO DO PROBLEMA DE REVISÃO	39
3.3	SELEÇÃO DA AMOSTRA.....	39
3.4	ANÁLISE DE DADOS - CATEGORIZAÇÃO DOS ESTUDOS SELECIONADOS.....	41
3.5	ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	45
3.6	INTERPRETAÇÃO DOS DADOS.....	47
4.	AÇÕES E ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO DE VIOLÊNCIA.....	50
5.	A REVISÃO INTEGRATIVA COMO ESPAÇO DE GERAR EVIDÊNCIA PARA MELHORIA DE POLÍTICAS PÚBLICAS	52
6.	CONSIDERAÇÕES FINAIS: APRESENTANDO A SÍNTESE DA REVISÃO INTEGRATIVA	55

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	60
8. APÊNDICES	66
APÊNDICE A - FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA	67
APÊNDICE B – CARTAZ DE PREVENÇÃO DE VIOLÊNCIA	69
APÊNDICE C – CARTAZ DE PREVENÇÃO DO SUICÍDIO	70
APÊNDICE D – PORTARIA N° 1944 INSTITUI A PNAISH	72

O lugar de fala deste trabalho

Este trabalho surgiu a partir de inquietações minhas suscitadas no cotidiano do mundo de trabalho como Técnica responsável pelo eixo de Prevenção de Violências e Acidentes da Coordenação Nacional de Saúde do Homem (CNSH) do Ministério da Saúde (MS), desde maio de 2012.

Estas inquietações remetem ao fato das intervenções relacionadas à violência do homem realizadas dentro do MS se limitarem a ações de apoio a mulher vítima informadas por protocolos a exemplo da Ficha de Notificação de Violência. Neste sentido, a Política Nacional de Saúde do Homem (Pnaish) de 2009, não integra o fluxo que compõe o mencionado protocolo fazendo com que tivesse pouco diálogo intersetorial que favorecesse uma abordagem relacional de gênero.

1. Introdução



1.1 CONTEXTUALIZANDO A SAÚDE DO HOMEM NO BRASIL

A Pnaish, instituída pela Portaria 1.944 de 27 de agosto de 2009, que consta no Anexo XII da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017, visa trabalhar com as questões relacionais de gênero com foco na promoção e prevenção à saúde e tem como um dos cinco eixos prioritários de trabalho a prevenção de violências e acidentes na população masculina que será o foco deste estudo.

O foco da Pnaish é a população masculina com faixa etária de 20 a 59 anos, o que abarca atualmente 55 milhões de pessoas da população, idade em que os homens estão mais vulneráveis à violência, sendo essa a maior causa de mortalidade, evidenciada no sistema de informação do DATASUS/MS (2018).

A CNSH do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPES) do MS, trabalha em cinco grandes eixos direcionados a população masculina como mostra o Guia de Saúde do Homem para Agentes Comunitários de Saúde (2016), sendo eles: Acesso e Acolhimento; Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva; Doenças Prevalentes, Paternidade e Cuidado; e Prevenção de Violências e Acidentes. Esse último eixo mencionado é o eixo ao qual esse estudo vai focar. A lógica da Coordenação é trabalhar, na medida do possível, a articulação de ações possíveis entre eles, com a ênfase de direcionar as ações sempre para o cuidado integral da saúde do homem. A população masculina precisa ser vista por ela mesma e pelos trabalhadores da saúde, como sujeitos do cuidado e que precisa ser acolhida e encaminhada dentro da rede como usuária permanente.

A Pnaish tem como diretriz promover ações de saúde que contribuam para uma melhor compreensão das realidades singulares do masculino 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. Tem por objetivo de facilitar e ampliar o acesso com qualidade da população masculina às ações e aos serviços de assistência integral à saúde da RedeSUS, mediante a atuação nos aspectos socioculturais, sob a perspectiva relacional de gênero, contribuindo de modo efetivo para a redução da morbimortalidade e a melhoria das condições de saúde.

A CNSH/DAPES/MS desenvolveu seu processo de trabalho nos 5 eixos temáticos do guia citado, da seguinte forma:

I) Acesso e Acolhimento: Tem por objetivo sensibilizar os trabalhadores da saúde e os homens quanto à necessidade de buscarem os serviços de atenção básica, e serem atendidos e cuidados com qualidade, evitando a procura pela assistência especializada quando alguma doença já estiver instalada, considerando as peculiaridades sociais, econômicas e culturais da população masculina.

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 de saúde, por meio de realização de ações voltadas para a educação em saúde que sejam capazes de propiciar mudanças na ambiência física dos serviços e de comportamento nos trabalhadores, na comunidade e nos usuários, considerando as peculiaridades sociais, econômicas, regionais e culturais do público.

II) Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva (SSSR): Tem como objetivo abordar as questões sobre a sexualidade masculina, nos campos psicológico, biológico e social, bem como respeitar o direito e a vontade do indivíduo de ter, ou não, filhos.

Diz respeito ao direito da saúde sexual e saúde reprodutiva, sua relação com os conceitos ditados pela sociedade, os 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 vontade individual de planejar a constituição, ou não, da sua família ou entidade familiar deve também ser levada em consideração, assim como a vulnerabilidade da saúde sexual masculina a doenças e agravos, tanto no campo biológico quanto no psíquico.

III) Paternidade e Cuidado: Tem como objetivo envolver ativamente o homem em todo o processo de planejamento reprodutivo, gestação, parto, puerpério e desenvolvimento infantil, proporcionando oportunidades para criação de vínculos mais fortes e saudáveis entre pai, mãe e filhos.

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

IV) Prevenção de Violências e Acidentes: Tem por objetivo orientar ações voltadas para a redução da morbimortalidade da população masculina por causas externas como: acidentes por transporte, acidentes de trabalho, violência urbana, violência doméstica e familiar, e suicídio. Com exceção da violência sexual e das violências que ocorrem no âmbito doméstico e familiar, os homens, especialmente os jovens negros de camadas empobrecidas, são mais vulneráveis à violência.

Neste contexto, um importante desafio assumido pela Pnaish é somar suas ações às de outras coordenações e setores organizados do Governo Federal, relacionados à vigilância em saúde e justiça, transportes, entre outros, que abordem a prevenção, promoção, tratamento e reabilitação de situações de violência e acidentes em todos os níveis de atenção, principalmente nos serviços ofertados pelas equipes da atenção básica em saúde.

V) Doenças prevalentes na população masculina: tema que se refere, dentre outros aspectos, à prevenção e promoção da saúde junto aos segmentos masculinos por meio de ações educativas, 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 um grande percentual das causas de mortes, atingindo as camadas mais pobres e os grupos mais vulneráveis. Como determinantes sociais destas doenças, são apontadas 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.

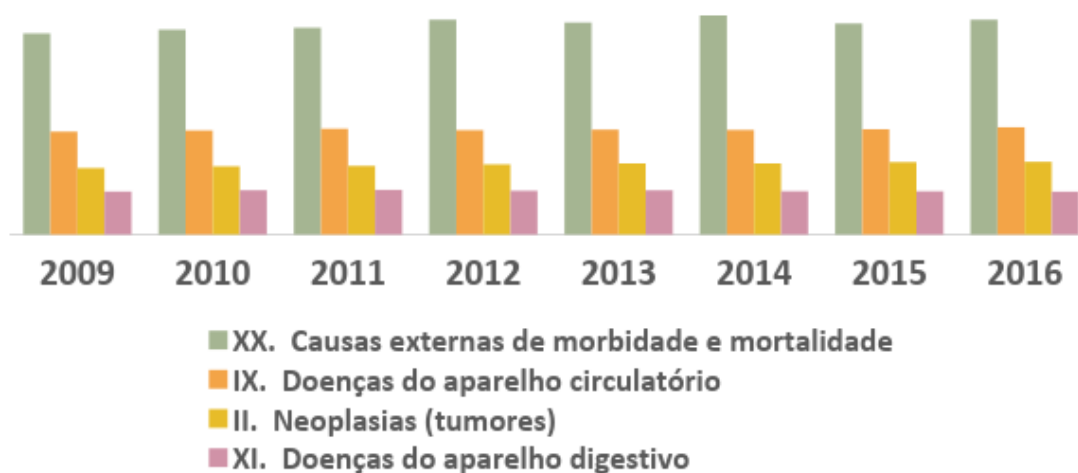
Os homens apresentam mais fatores comportamentais de risco do que as mulheres segundo o Sistema de Informações Sobre Mortalidade (2018), o SIM, o que determina maior morbimortalidade por doenças crônicas. A partir dessa perspectiva, a Pnaish tem buscado elaborar e executar um amplo projeto que fortaleça e dissemine seus preceitos e diretrizes, evidenciando os fatores de risco e proteção e a influência das questões de gênero no adoecimento por doenças crônicas.

No Brasil, como apresenta o SIM (2018), a maior causa de mortalidade masculina são as doenças relacionadas ao aparelho circulatório. Na segunda posição aparecem as causas externas, definidas como traumatismos, lesões ou quaisquer outros agravos à saúde – intencionais ou não – de início súbito e como consequência imediata de violência ou outra causa exógena.

Neste grupo, incluem-se as lesões provocadas por eventos no transporte, homicídios, agressões, quedas, afogamentos, envenenamentos, suicídios, queimaduras, lesões por deslizamento ou enchente, e outras ocorrências provocadas por circunstâncias ambientais, conforme a CID-10 – Classificação Internacional de Doenças.

Ao analisarmos os dados do SIM, de 2009, ano que a Pnaish foi instituída, até 2016, último ano consolidado do sistema em questão, é extremamente preocupante os dados em relação às estatísticas de mortalidade masculina relacionada a causas externas no Brasil, principalmente na faixa etária de 20 a 59 anos, recorte etário da Pnaish. Conforme gráfico 1 abaixo:

Gráfico 1. Principais causas de mortalidade na população masculina de 20 a 59 anos. Brasil, 2009-2016.



Diante desta realidade, uma das abordagens de enfrentar o problema é analisar estas estatísticas com enfoque nas suas causas e as condições que favorecem sua perpetuação.

Agudelo (1990, p.1), conforme citado por Minayo e Souza (1997, p. 520) diz que “a violência afeta a saúde porque ela representa um risco maior para a realização do processo humano: ameaça a vida, altera a saúde e produz enfermidade e provoca a morte como realidade ou como possibilidade próxima”. Ou seja, diante de todos os pontos de reflexão apresentados a violência é uma questão de saúde que necessita ser trabalhado de forma significativa nesse setor.

2. Referencial Teórico



2.1 AS INTERFACES DA VIOLÊNCIA E DA SAÚDE: GÊNERO E MASCULINIDADES

Ao identificar a violência como um problema grave de saúde pública evidencia-se que esse tema ainda precisa ser muito trabalhado em todas as esferas. A violência é uma questão que abrange diversas variáveis e é um determinante social de uma série de agravos à saúde, e impacta de modo diferenciado os diversos grupos sociais, em especial quando analisamos as diferenças entre homens e mulheres na vivência de situações de violência.

Essa temática provoca fortes questionamentos nas várias disciplinas que a abordam. Primeiramente, pela dificuldade de definição. Responder à pergunta “o que é violência?”, leva a pensar nas suas várias formas de expressão, encontradas tanto nas guerras e conflitos étnicos, na violência urbana dos assaltos e homicídios quanto na violência doméstica contra mulheres, crianças e idosos (SOARES FILHO et. al., 2007).

Para Nielburg (1959 apud MINAYO, 2006) a violência e sua natureza são algo de inato da natureza humana no tocante à agressividade. Domenach (1981 apud MINAYO, 2006) atribui a construção da violência como algo-interiorizada. De maneira que essa última concepção leva à ideia de que a violência não pode ser tratada só externo aos indivíduos, o que diferencia da ideia do senso comum que relata ser sempre produzido pelo externo.

Minayo e Souza (1998) examinaram a violência em três campos, como a ciência social, na qual a violência se constitui nas relações socioeconômicas, culturais e políticas, pois se mostra em expressões diferentes nos que querem garantir vantagens e nos que brigam contra a repressão. Tendo as Ciências Sociais papel importante em chamar a atenção para três aspectos que fundamentaram na questão da violência, com autores como Domenach (1981), Boulding (1981) e Matta (1982), de modo a constituir redes que relacionavam a violência individual, de grupo e a do Estado. Já autores como Chesnais (1981), Oliven (1983), Burke (1995) e Cruz Neto e Minayo (1995) chamaram a atenção para as questões culturais, onde a consciência era modelada atualização do uso e costume, naturalizando a violência e criando ideologias que justificam a intolerância social. E por último as ciências sociais trouxeram diretrizes metodológicas, pelos autores Domenach

(1981), Denisov (1986) e Minayo (1990), que acreditavam que ainda faltava a compreensão da violência em sua especificidade.

Do campo da saúde coletiva, como mostram Minayo e Souza (1997), Weisberg trouxe contribuições da epidemiologia para o estudo da violência. Contribuições importantes para a mensuração dos dados e tendências e a busca de fatores de risco e grupos vulneráveis.

E o terceiro campo importante para o tema é a psicologia, tendo como expoente, segundo Minayo e Souza (1997), o autor Vethencourt que apresenta o pensamento de que a violência não advém do individual e trabalha com termos da violência vingativa, expansiva e egocêntrica. Ele fez um estudo com jovens em conflito com a lei na Venezuela e chegou à conclusão que esses jovens jamais se envolveriam com a violência se não fosse as condições de pobreza que vivenciavam. Com isso, o que esse estudo evidenciou foi que a violência não é explicada intrapsíquico e sim por condições sociais. Minayo e Souza (1997) mostram que Guerra, em estudos com pessoas envolvidas com a criminalidade, detectou que há um ego frágil, de pouca integração e que é regido por princípios parciais e arcaicos. Egos que são identificados por se desenvolverem em meios familiares que a figura masculina se mostra fragilizada, seja por relação conturbada ou por ausência de relação. Sendo assim, é importante identificar e ter a compreensão do envolvimento de todos os mecanismos psíquicos. De acordo com Minayo e Souza (1997), alguns autores desse campo até trazem a relação da violência com o Narcisismo como, Costa, Bush e Birman.

Dessa forma, Minayo e Souza (1997), concluem que a violência precisa ser trabalhada urgentemente por vários setores como educação, saúde, serviços sociais, justiça, segurança pública, Ministério Público, poder legislativo e movimentos sociais.

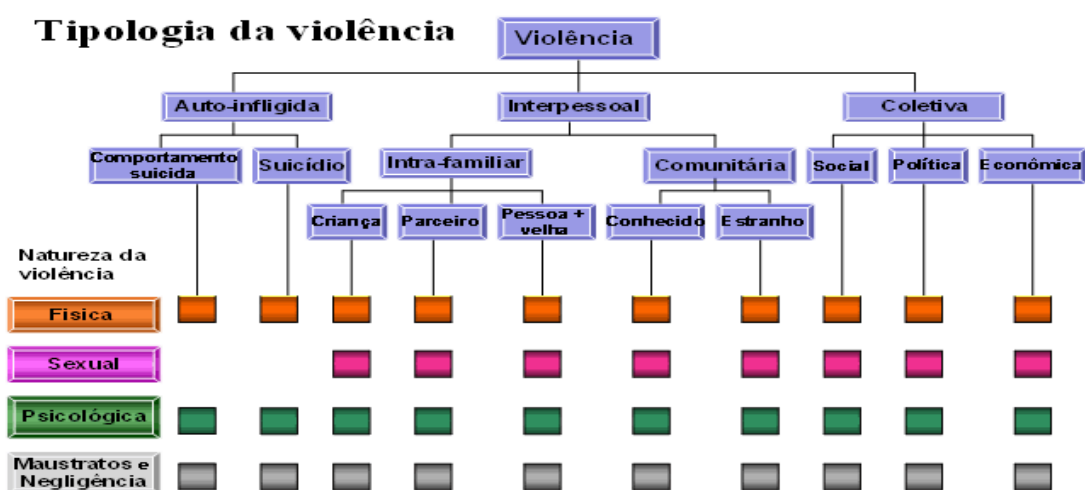
A violência é, portanto, um termo polissêmico que se refere a um conjunto grande de situações diversas e suas expressões concretas aparecem nos mais variados espaços sociais.

Minayo, em seus diversos artigos, sempre coloca a violência como um problema que acompanha a humanidade em toda a sua história, sendo um problema social. Afetando

a saúde de diversas maneiras, como provocando morte, lesões e traumas físicos e um sem-número de agravos mentais, emocionais e espirituais; diminuindo a qualidade de vida das pessoas e das coletividades; mostrando a inadequação da organização tradicional dos serviços de saúde; colocando novos problemas para o atendimento médico; e evidenciando a necessidade de uma atuação muito mais específica, interdisciplinar, multiprofissional, intersetorial e engajada do setor, visando às necessidades dos cidadãos (MINAYO, 2006).

O Relatório Mundial sobre Violência e Saúde publicado pela Organização Mundial de Saúde - OMS – (2004) divide a violência em três amplas categorias, segundo as características daqueles que cometem o ato violento: a) violência autodirigida; b) violência interpessoal; c) violência coletiva. A natureza da violência é reconhecida em quatro modalidades: física, psicológica, sexual e envolvendo negligência, abandono ou privação de cuidados. Conforme tabela 1 abaixo.

Tabela 1. Tipologia da violência



Fonte: World Health Organization. Preventing Violence: a guide to implementing the recommendations of the World Report on Violence. 2004.

Minayo (1994) busca uma definição, afirmando que a violência é um caminho extremado para a resolução de conflitos, “[...] em contraposição, à tolerância e ao diálogo” (Minayo, 1994, p 8.). Pode-se afirmar que a violência ocorre em relações nas quais não existem interações: o diálogo e a linguagem estão distantes ou impossibilitados de ser acessados e compartilhados (SCHRAIBER, et al.,2005b).

A Saúde Pública, por exemplo, é importante por colocar ênfase em ações coletivas. Tem sido comprovado pela literatura que trabalhos coletivos de vários setores, como saúde, educação, serviço social, justiça e políticas, são extremamente importantes e necessários para a solução de problemas antes visto como estritamente no âmbito médicos. Cada setor mencionado desempenha um papel importante na busca de soluções para o problema de violência, principalmente quando se trabalha com questões para a prevenção. A saúde pública foca mais as suas ações na prevenção, acreditando que os comportamentos violentos eles podem ser prevenidos e evitados caso há uma atenção de ações qualificadas para o contexto ao qual está ocorrendo. Quando a saúde pública trabalha com a violência, se baseia de forma rigorosa nos requisitos no método de Dahlberg, L. L. & Krug, E. G., com isso, quando se pensa na solução do problema, se parte de quatro etapas importantes: 1) examinar o maior número possível de conhecimentos básicos sobre todos os aspectos da violência e unir sistematicamente dados sobre a extensão, o objetivo, as características e as consequências da violência a nível local, nacional e internacional; 2) investigar por que a violência ocorre, isto é, realizar pesquisas para determinar causas e fatores correlatos da violência; os fatores que aumentam ou diminuem o risco de violência; os fatores passíveis de serem modificados por intermédio de intervenções; 3) usando a informação acima, explorar formas de prevenção da violência, planejando, executando, monitorando e avaliando as intervenções; 4) levando a cabo, em cenários diversos, as intervenções que parecem promissoras, disseminando amplamente a informação, bem como determinando o custo e a eficácia dos programas.

Segundo Schraiber e Couto (2005), muitos atos de violência mantêm-se invisíveis aos olhos da sociedade, devido à naturalização de práticas de dominação e opressão que fazem parte da estrutura de organizações e instituições sociais. Essa constatação oferece ainda mais relevância aos estudos sobre violência, uma vez que eles dão visibilidade as certas formas de agressão, abusos ou negligência que vão muito além dos assaltos e homicídios, e também ocorrem no cotidiano das pessoas de maneira despercebida ou banalizada.

A violência afeta os grupos sociais de maneira diferenciada, assim como são diferentes os modos pelos quais mulheres e homens vivenciam situações de violência. Estudos comprovam que os homens se envolvem muito mais em atos de violência do que

mulheres. Para Tjaden e Thoennes (1998), os agressores são do sexo masculino em mais de 80% das situações, seja em atos de violência contra mulheres (93,4%) ou em atos de violência contra outros homens (85,9%). A estatística do Registro Civil, divulgada em outubro de 2018, mostra que homens com idades entre 20 a 24 anos tem 11 vezes maior chance de morrer por causas violentas do que as mulheres. Essa pesquisa define causas violentas por exemplo, como homicídios, suicídios e acidentes de trânsito (NETO,2018).

A atenção à saúde do homem de forma integral, como preconizada pela CNSH/MS implica em uma visão sistêmica sobre o processo de violência, indo além do papel de agressor, considerando os aspectos que facilitam que o homem cometa a violência, tentando assim intervir na causa da violência e não no reparo (BRASIL,2008).

A Pnaish considera a violência como um tema importante no atendimento integral ao homem. A violência é uma forma social de poder, sendo uma estratégia de empoderamento do masculino, porém é um ônus que gera muitos danos graves para a saúde física, social e psíquica para si e para os outros.

Ceccheto (2004) percebeu que culturalmente a percepção do uso da violência física pelos homens, podem ser diferentes, pois em alguns contextos pode haver uma valorização e em outros pode ser repudiado. Com isso, percebe-se que há uma influência pelas características culturais locais do que é “ser homem”. É importante ressaltar que além da referência de identidade para os homens, há outros aspectos importantes como classe social, raça/etnia e grupo etário que influencia na relação do homem com a violência.

2.2 GÊNERO E VIOLÊNCIA

É conhecido que os homens sofrem mais violências no espaço público por desconhecidos e/ou amigos, enquanto mulheres as sofrem mais no ambiente doméstico por parceiros íntimos ou familiares (NASCIMENTO, GOMES e REBELLO, 2009). Com isso, torna-se indispensável que as situações de violência sejam estudadas sob a perspectiva relacional de gênero. Diante disso, é necessário se entender o que é gênero.

Joan Scott (1995) definiu gênero como um aspecto construído com base nas diferenças que se percebem entre o sexo masculino e o feminino.

Na construção das identidades de gênero, não apenas as mulheres aprendem a ser femininas e submissas, sendo controladas nisto, mas também os homens são vigiados na manutenção de sua masculinidade. Masculinidade é constituída socialmente por um conjunto de estereótipos e normas compartilhadas nos diversos contextos sociais e culturais. Na construção de gênero, as masculinidades são submetidas a lógicas hegemônicas do que é ser um homem com “H”, assim muitos homens assumem riscos que interferem em suas condições de saúde a fim de tornarem aceitáveis suas performances sociais.

Gênero constitui uma ferramenta muito importante para a análise da tríade Homens, Violência e Saúde. Afinal, é visto “[...] como um fator de grande importância na caracterização dos padrões de morbi-mortalidade masculina” (FIGUEREDO, 2005, p. 107).

A aquisição de atributos masculinos se caracteriza por processos que contém características de violências ou de atos violentos, nas diferentes sociedades e tempos históricos. Criados de forma que reafirme a sua masculinidade, leva-se em consideração que a violência tem um papel fundante da própria masculinidade (NASCIMENTO; GOMES; REBELLO, 2009).

Para Connell (1995), masculinidade é

“ao mesmo tempo um lugar nas relações de gênero, as práticas pelas quais homens e mulheres se engajam para ocupar esse lugar e os efeitos dessas práticas nas experiências corporais, na personalidade e na cultural” (CONNELL, 1995, p. 71).

A discussão de gênero, em relação às questões da masculinidade e dos papéis sociais dos homens na sociedade e na própria família, é indispensável quando o tema é violência. A forma como os homens se veem no mundo está diretamente ligada ao exercício da violência como forma de auto-afirmação (NASCIMENTO; GOMES; REBELLO, 2009).

De acordo com Schraiber, Gomes e Couto (2005), existem no mínimo três razões para se colocar a temática de homens e masculinidade nos estudos de saúde e gênero. Sendo elas:

- 1) Estimular cientistas e formuladores de políticas a enfrentar questões das inter-relações entre os gêneros.
- 2) Trazer novas temáticas para os estudos e as políticas em saúde da mulher, além de proporcionar novos olhares de gênero.
- 3) Ressaltar o entrelaçamento entre saúde, cidadania e direitos humanos.

Gomes (2003) e Keijzer (2003) advertem que uma política de saúde integral direcionada para a população masculina poderia primeiramente ser vista como contrário a programas de gênero voltado para a população feminina, porém é exatamente defendendo as questões de gênero que é importante abordar os homens, pois a singularidade de cada e sua diversidade no âmbito das relações que estabelecem. Para as questões da prevenção e promoção é importante assegurar a participação dos homens nas discussões de saúde, pois pode-se identificar ganhos em relação ao enfrentamento (Keijzer, 2003).

Pitanguy (2003) reitera análises que identificam que a violência varia diante do gênero, em duas questões quanto ao público e privado e quanto ao tipo de violência sofrida, como exemplo ele coloca que os homens adultos sofrem principalmente violência física enquanto que as mulheres adultas violência física e sexual.

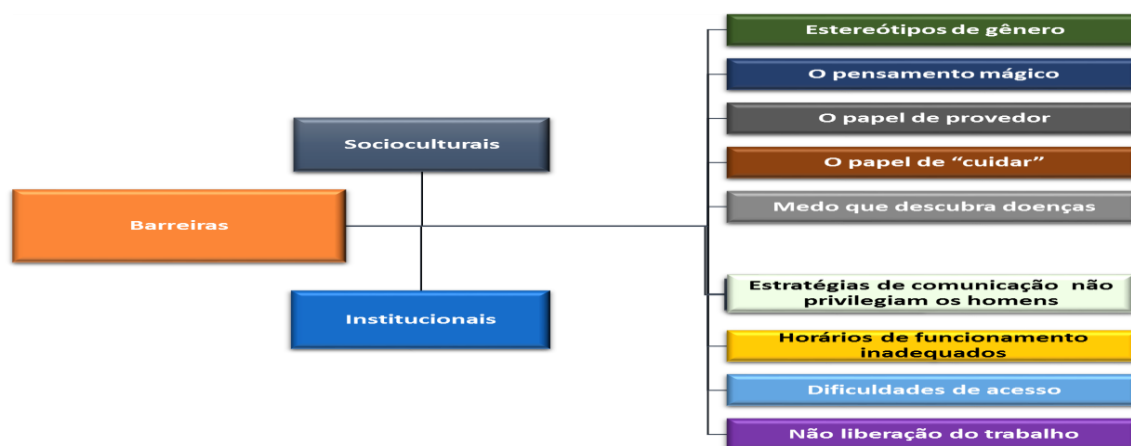
Entende-se que o exercício da violência como forma rudimentar de resolução de conflitos (MINAYO; ASSIS; NJAINE, 2011) opõe-se às possibilidades de diálogo e de cuidado de si e de outrem. Neste sentido, uma dimensão promissora é a relação de cuidado que o homem possui com si e com os outros, pois se entende que a partir disto estaria mobilizando dinâmicas socioeconômicas e culturais que interrogam sobre as raízes de práticas de violência e as abordagens possíveis para sua prevenção.

Com isso, é importante refletir sobre as dificuldades de acesso dos homens aos serviços de saúde, principalmente porque no imaginário social de gênero, incluindo os dos profissionais de saúde, os espaços de saúde não condizem com uma ambiência que o homem se sinta inserido.

2.3. SAÚDE DO HOMEM NA PNAISH E VIOLÊNCIA

A Coordenação Nacional de Saúde do Homem do Ministério da Saúde enfatiza em seus materiais educativos e apresentações que existem duas barreiras que distanciam o homem da saúde, da relação com autocuidado, que são as barreiras institucionais e as barreiras socioculturais, conforme Tabela 2 abaixo.

Tabela 2 – Barreiras de acesso a população masculina no setor saúde.



Fonte: Coordenação Nacional de Saúde do Homem-CNSH/DAPES/SAS/MS

As barreiras institucionais resultam de impedimentos de natureza das instituições que compõem o universo da vida diária de homens a exemplo de: a dificuldade de liberação do trabalho pelo fato de ser homem, da aceitação de atestado de comparecimento nas empresas; falta de preparo por parte de profissionais de saúde na legitimação das queixas de saúde apresentadas pela população masculina. Ainda nas barreiras institucionais constam fatores em relação a ambiência dos serviços de saúde que privilegiam a mulher e a criança, ambientes de saúde na cor rosa, com adesivos infantis, propiciando o pensamento de que não é um espaço dele ou para ele. No que tange às barreiras institucionais precisa-se melhorar as estratégias de comunicação para que os

homens consigam se ver como sujeitos de cuidado nos serviços de saúde, ampliar ou traçar horários de atendimentos alternativos, facilitar a marcação de consultas e fornecer documentos que justifiquem a ausência desse homem no trabalho.

Quanto às barreiras socioculturais são em relação ao pensamento mágico de que homem não adocece, homem é forte, é o provedor, o medo de descobrir doenças. Todos esses aspectos mencionados são empecilhos para a ida de um homem ao serviço de saúde. O pensamento relacionado ao homem nesses aspectos, é uma questão de cultura a qual se reforça a questão da masculinidade hegemônica, dificultando ações direcionadas a população masculina e forçando a gestores e profissionais de saúde de que para a formulação de ações para essa população precisa-se ter uma atenção voltada para esses aspectos conforme as características locais, culturais, principalmente quando se tratar de ações de prevenção.

Como estratégias para estimular o acesso dos homens aos serviços de saúde básica a Coordenação Nacional de Saúde do Homem do Ministério da Saúde sugere conforme tabela 3 abaixo:

Tabela 3 – Estratégias de acesso dos homens nos serviços de saúde

Realizar visitas e atendimentos domiciliares	Considerar aspectos culturais para a construção de ações locais	Escuta qualificada
Rodas de conversa	Ampliação do horário de atendimento	Capacitação da equipe de saúde, inclusive do ACS
Melhorar a ambiência física das UBS	Respeitar a orientação sexual e expressões de cada um	Disponibilizar consultas de emergência

Fonte: Coordenação Nacional de Saúde do Homem-CNSH/DAPES/SAS/MS

Essas estratégias são baseadas para superação das barreiras que dificultam o acesso do homem ao serviço de saúde, mencionadas anteriormente. Estratégias que precisam ser pensadas e elaboradas conforme a cultura local, conforme os homens vivenciam a sua masculinidade. Esses aspectos precisam ser vistos como uma orientação

da prática do cuidado da população masculina, só assim poderemos mudar o cenário, confirmado com dados estatísticos alarmantes.

Exemplos dessas estratégias são: as ampliações de horários das Unidades Básicas de Saúde para período noturno ou a abertura no sábado para que o homem tenha mais acesso; vincular a ida do serviço de saúde do homem a inscrições de campeonatos típicos da cidade voltados para a saúde; rodas de conversas com temas relevantes e chamativos para a população masculina, não ter Unidades Básicas de Saúde rosas ou somente com temas infantis; incluir o homem na ambiência dos serviços de saúde; parcerias junto a outros setores com a perspectiva da saúde, como por exemplo articulação com a Secretaria de Portos, onde eram realizados Circuito de Saúde nos Portos. Esses são exemplos que já acontecem em alguns lugares do território brasileiro que vem sendo implantadas para a inserção do homem no sistema de saúde, conscientizando a importância do cuidado com si.

As práticas de violência no universo masculino estão refletidas nos dados do último ano consolidado disponível no Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM, que são extremamente preocupantes onde persistem os altos índices de mortalidade em específico entre homens jovens negros. Vale ressaltar que as causas externas ocupam tal importância na mortalidade masculina há cerca de duas décadas, enquanto entre as mulheres este grupo é a quinta causa de mortalidade. A situação torna-se ainda mais complexa quando analisados os dados relativos à mortalidade por causas externas de pessoas do sexo masculino, pois se constata que as agressões são a principal causa externa de morte nesse público. Em segundo lugar no ranking vêm os acidentes de trânsito (BRASIL, 2018).

A violência medeia a relação dos homens com sua própria saúde em dois grandes contextos situacionais: de um lado, nas relações de sociabilidade entre homens, que adquirem conformações extremamente perversas e nas quais o recurso à violência se justifica e se banaliza; de outro lado, na esfera doméstica, espaço das relações afetivo-sexuais, em que a assimetria de poder e a dominação do polo masculino se expressam em atos violentos contra as(os) parceiras(as). Para ambas as situações mencionadas, a abordagem de gênero deve ser buscada. Assim, seja no contexto mais doméstico ou não, a compreensão explicativa da violência deve ser situada no fato de que ela tem um

enraizamento profundo na construção de sua identidade social para os homens, considerando-se o referente de masculinidade hegemônica socialmente construído. A prática da violência é, então, reforçada no processo de socialização dos homens, podendo ser considerada como um elemento fundante dessa formação identitária requerendo ao longo da vida uma reafirmação cotidiana, em termos da reiteração de masculinidade (NASCIMENTO; GOMES; REBELLO, 2009). Percebe-se que as brigas de rua, assim como as várias formas de dominação sobre as parceiras íntimas dão legitimidade à masculinidade, tanto no plano das práticas – enquanto ocorrências – quanto no plano simbólico – enquanto narrativas. Pode-se dizer que há uma naturalização dos padrões de comportamento agressivo dos homens, sendo, muitas vezes, justificados por razões biológicas e fisiológicas. Assim, baseados na revisão de diversos estudos socioantropológicos Nascimento, Gomes e Rebello (2009) afirmam que há “[...] um ‘ethos’ masculino que associa violência à própria construção da masculinidade”. (NASCIMENTO; GOMES; REBELLO, 2009, p. 13)

O fato de a violência ocupar um lugar crítico na análise do perfil da saúde do homem nos remete a questão do exercício da masculinidade, que tem sido associado a gênese e a perpetração de práticas violentas nas sociedades globalmente.

Em relação aos espaços onde os homens vivenciam as diversas formas de violência, Harwell e Spence (2000) afirmam que apenas 13% das situações de violência física sofridas por homens ocorrem no ambiente doméstico, enquanto 87% ocorrem no espaço público, com inversão em relação à violência sofrida pelas mulheres, as quais vivenciam mais episódios de violência dentro de casa do que na rua.

Apesar disso, Reed et. al. (2009) afirmam que há inter-relações entre as vivências de episódios de violência na rua e dentro de casa.

Schraiber (2012) disse que em uma de suas pesquisas com os homens, “Na percepção de terem sido violentos na vida, independentemente de indicarem contra quem o teriam sido, observamos padrão similar de resposta, com 69,6% não considerando terem sido violentos e 30,4% afirmando terem sido violentos” (SCHRAIBER, 2012, p.797).

Esta breve contextualização da questão de violência no âmbito da população masculina brasileira sob enfoque de gênero objetivou sublinear a relevância de se trabalhar ações de sensibilização e de prevenção partindo de uma abordagem de saúde pública. Isto implica em múltiplas abordagens como, por exemplo: ações intersetoriais; mobilização em nível comunitária; a elaboração de dinâmicas preventivas individuais e em nível coletivo; o fortalecimento das políticas públicas em nível do cotidiano (no sentido de norma para a prática).

2.4 POLÍTICAS E VIOLÊNCIA

Dahlberg, L. L. & Krug, E. G. (2006) colocam no artigo ‘Violência como um problema global’, a necessidade de avaliar o impacto e até mesmo monitorar a violência vários dados de informações como 1) descrição do volume e impacto da violência; 2) compreensão dos fatores que aumentam o risco de haver vítimas e agressores violentos; 3) conhecimentos da eficácia dos programas de prevenção da violência. Os dados de mortalidade, são apenas um dos tipos possíveis de informação que descrevem o volume do problema. Contudo, há a necessidade de outros tipos de informações para uma compreensão melhor do contexto e das instâncias da violência. Dados como: dados relativos a doenças, danos e demais condições de saúde; dados auto-relatados sobre atitudes, crenças, comportamentos, práticas culturais, ações contra vítimas e exposição à violência; dados da comunidade sobre características da população, níveis de renda, educação e desemprego; dados criminais relativos às circunstâncias das ocorrências e agressores violentos; dados econômicos relativos aos custos de tratamento e serviços sociais; dados indicando o peso econômico sobre os sistemas de saúde e possível economia obtida nos programas de prevenção; dados sobre política e legislação.

Diante de todos esses aspectos da violência na saúde, houve o reconhecimento de que as violências e os acidentes exercem um grande impacto social e econômico, principalmente na saúde pública, e que as intervenções pautadas na prevenção e na promoção da saúde precisam ser trabalhadas e ampliadas. Então, o Ministério da Saúde (MS) lançou, em 2001, a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências.

Para a estruturação dessa Política, a partir de 2006, o Ministério da Saúde estruturou o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) no âmbito do SUS. Atualmente a notificação de violência está inserida no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), permitindo assim a elaboração de relatórios e a sistematização dos dados. O Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), é constituído por dois componentes, um de Vigilância contínua (VIVA SINAN), que é responsável pela captação de dados de violência interpessoal/autoprovoçada em serviços de saúde e outro de Vigilância sentinela que por meio de pesquisa por amostragem em serviços de urgência e emergência a cada três anos.

A partir da publicação da Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011, a notificação de violência passou a ser notificação compulsória, universalizando a notificação para todos os serviços de saúde e fazendo ser um instrumento obrigatório e de suma importância para proteção.

A notificação de violência para saúde no sentido técnico é a comunicação de ocorrência de determinada doença ou agravo, para assim as medidas de intervenção serem tomadas baseadas em informações pertinentes. Os responsáveis pela notificação são estabelecimentos locais e depois de sistematizadas passam a compor o sistema de informação próprio que no caso é o SINAN.

O Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) é constituído por dois componentes: 1) Viva/SINAN que é composto pela vigilância contínua de violência doméstica, sexual e/ou outras violências interpessoais e autoprovoçadas e a 2) Viva Inquérito – por inquérito sobre violência e acidentes em serviços sentinelas de urgência e emergências em municípios selecionados. Em 2008, o MS desenvolveu um aplicativo de entrada de dados no Sinan referente às violências (Brasil, 2011^a). A partir de 2009 houve uma integração do “Módulo Violência” ao SinanNet para haver uma padronização da notificação, pois antes do Sinan o município elaborava e preenchia a sua própria ficha de notificação, o que gerava uma heterogeneidade e desarticulação (Assis et al., 2002).

Por meio do preenchimento da notificação, há o conhecimento da magnitude da violência, sua tipologia, gravidade, perfil das pessoas envolvidas sejam vítimas ou autores da violência, localização de ocorrência, entre outras características dos eventos de

violência. A Portaria nº 1271, em 2014, estabeleceu que a notificação tinha que acontecer de maneira imediata e semanal (BRASIL, 2014), ainda em 2014 o MS publicou outra versão da ficha de notificação.

As tipologias de violências de casos suspeitos ou confirmados atualmente registradas na ficha de notificação são: violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação às violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoa com deficiência, indígenas e população LGBT.

Importante destacar então que em caso de violência extrafamiliar/comunitária cujas vítimas sejam adultos (20 a 59 anos) do sexo masculino o registro na ficha de notificação não se aplica. Essa modalidade de violência pode ser monitorada por meio de outros sistemas de informação e do componente do Viva Sentinela (inquérito). Essa questão acaba trazendo prejuízo para a visualização no campo da saúde que o homem é além de o maior autor de violência, a maior vítima quando se refere à violência extrafamiliar/comunitária, a qual não é registrada pelo SINAN.

No instrutivo do SINAN elaborado pelo Ministério da Saúde é enfatizado que o SUS busca implantar a atenção integral e humanizada às pessoas em situação de violência de forma intersetorial, interinstitucional, multiprofissional e interdisciplinar no âmbito de políticas sociais e do sistema de proteção e garantia dos direitos humanos. Os fluxos de referência e contra referência são estabelecidos conforme a rede local, porém envolvendo serviços de saúde, assistência social, educação, os órgãos de garantia de direitos e proteção, de responsabilização e de organizações governamentais e não governamentais (BRASIL, 2011).

Ainda há muitos pontos a serem trabalhados na ficha de notificação e um desses pontos é o registro da ficha de notificação de violência extrafamiliar em homens. Os dados epidemiológicos para esse tipo de violência não são vistos pela saúde de forma prioritárias devido a marcos legais que o embasam e isso evidencia a falha de não haver uma prioridade para quando o homem é geralmente a maior vítima de violência.

A violência como fenômeno sócio histórico, político e econômico no Brasil tem ocupado um espaço amplo tanto nos registros oficiais de dados como nas pesquisas e nas produções científicas. São estas as bases nos quais este trabalho se fundamenta para melhor compreensão deste fenômeno, para em seguida subsidiar na formulação de propostas de estratégias prevenção capazes de responder a situação crítica da violência entre a população masculina no Brasil.

Um ponto importante quando precisa haver uma articulação nos trabalhos existentes sobre algumas ações na saúde, é a estruturação da rede e a pactuação de fluxos na rede de atenção no caso de pessoas em situação de violência. As redes ganham força na área da saúde como uma forma de atuação conjunta de serviços ou pessoas presentes na sociedade. Estão organizadas dentro das políticas públicas, como arranjos organizacionais em um contexto de regionalização, regulamentada pelo Decreto 7.508 de 2011, que define rede de atenção como um conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde (BRASIL, 2011).

Conhecer o território de atuação, realizar diagnóstico de serviços e conhecer como o fluxo é organizado é importante para a definição e construção de redes. De forma resumida, Oliveira, Delziovo e Lacerda (2014) trazem que para a estruturação de uma Rede de Atenção a Pessoas em situação de violência são necessárias ações como: diagnóstico do território e dos serviços disponíveis; reconhecimento e clara definição dos papéis profissionais que atuam na rede; construção, articulação e pactuação de fluxos ou linhas de cuidado com claros mecanismos de referência e contra referência; mecanismos formais que assegurem a manutenção da rede (decretos, portais e protocolos); sensibilização e capacitação permanente de todos os profissionais para a atenção em rede; e protocolos, guias, cartilhas, disponíveis para o aprendizado e divulgação da rede para a população.

Dessa forma segue o desafio para os profissionais que trabalham com a violência no setor saúde fazerem uma articulação intrasetorial e intersetorial para se trabalhar de forma qualificada essa temática complexa e multidisciplinar.

2.5 PREVENÇÃO DE VIOLÊNCIA

Diante de todas essas informações e contextualização da violência na saúde e de todos os instrumentos elaborados pelo setor saúde, identifica-se que a violência não é um problema somente criminal, diante disso a saúde vem com um papel importante principalmente em relação a prevenção.

Destaca-se três tipos de prevenção:

I. Prevenção primária

Tem como objetivo principal combater a violência antes que ela aconteça. Atua na raiz do problema.

Exemplos: Trabalhos realizados de forma cultural, propagandas de televisão, post nas redes sociais trazendo para o conhecimento de formas de prevenção, programas educacionais nas escolas, materiais educativos tanto para a população quanto para os profissionais de saúde.

II. Prevenção secundária

Consiste em medidas voltadas aos indivíduos predispostos a praticar um delito.

Tal forma que a prevenção opera a curto e médio prazo, uma vez em que age quando e onde ocorre o crime. A função primordial da prevenção secundária, portanto, é agir sobre os grupos de risco, erradicando seu caráter potencializador do problema.

Exemplos: Trabalhos de grupo em Unidades Básicas de Saúde, rodas de conversas em locais que tenham muitos homens como em construção civil por exemplo.

III. Prevenção terciária

É o acompanhamento integral tanto da vítima como do agressor em centros especializados multidisciplinar, procurando evitar a sua reincidência. Opera através de programas de reabilitação e ressocialização.

Exemplo: No Distrito Federal a Secretaria de Saúde fornece atendimento individual e em grupo para autores de violência sexual de crianças e adolescentes encaminhados pela justiça para que sejam atendidos para a não reincidência. O trabalho com esses autores é para que haja a consciência de seus atos e diálogo ampliado tanto com outros homens como com vítimas de violência.

Esses tipos de prevenção podem ser utilizados em conjunto ou isoladamente e podem também cada um na sua área de desempenho completar um ao outro.

Para uma atenção mais qualificada em relação à prevenção na violência precisa-se olhar além da situação de violência. Marchewka, disse:

“O infrator não é o único protagonista do fato delitivo, visto que outros dados, variáveis e fatores configuram esse acontecimento. Os programas de prevenção devem ser orientados seletivamente para todos e cada um deles: espaço físico, habitat urbano, grupos de pessoas com risco de vitimização, clima social.” (MARCHEWKA, 1997, p.136).

Ao se focar na população masculina esse aspecto de prevenção é muito importante nesse ponto, pois o homem tem essa relação ambígua com a violência, ele perpassa de autor de violência para a vítima de violência, dependendo assim do contexto ao qual é vivida.

As interfaces entre masculinidade, violência e relações de gênero conforme apontamos até aqui são indispensáveis para compreensão da complexidade do fenômeno de violência nas formas que se traduz no cotidiano dos indivíduos e do coletivo. Abordagens e propostas de sensibilização e de prevenção da violência na população masculina têm sido evidenciadas em pesquisas e projetos diversos no Brasil e internacionalmente o que tem configurado uma base de dados cuja validação como corpo de evidência buscamos examinar neste trabalho.

2.6 OBJETIVO DO ESTUDO

2.5.1 Objetivo Geral

Compreender a influência da perspectiva de gênero na elaboração/construção de estratégias de prevenção de violência na população masculina.

2.5.2 Objetivos Específicos

- Realizar levantamento bibliográfico de artigos sobre o tema violência e masculinidade utilizando como percurso metodológico a revisão integrativa da literatura brasileira;
- Identificar estratégias já adotadas de prevenção da violência com foco no homem;
- Analisar como as questões socioculturais advindas da construção da masculinidade influenciam na elaboração de estratégias de ações para a prevenção da violência.

3. Metodologia



3.1 TIPO DE ESTUDO

Este trabalho propõe-se a realizar uma revisão integrativa, com a finalidade de sintetizar resultados obtidos a fim de aprofundar o referencial teórico-conceitual sobre violência e masculinidade no campo da saúde, de maneira sistemática, ordenada e abrangente. Conforme é proposta por Ganong, na década de 1980, o método se baseia em publicações já concluídas na temática em questão para o conhecimento de conclusões evidenciadas. O trabalho teve como base a Política Nacional de Atenção Integral de Saúde do Homem e a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências com o enfoque na Ficha de Notificação de Violência elaborada pelo Ministério da Saúde. Com isso, esse trabalho pretende contribuir para o aprimoramento e a elaboração de ações de prevenção de violências na população masculina.

A revisão integrativa propicia o conhecimento da evolução de estudos e informações a respeito do tema da violência com o foco no homem tanto autor e/ou como vítima de violência.

Broome (2000) destaca que a revisão integrativa da literatura se baseia em uma técnica de pesquisa que os estudos são compilados e analisados. A técnica deve ser rigorosa e sintetizada tendo relevância específica na área de saúde.

Foi realizada revisão integrativa da literatura tendo como critério artigos com base em abordagens qualitativas com enfoque em estudos de campo, trazendo experiências concretas de ações estratégicas com a população masculina trabalhando o tema da violência, permitindo assim somar dados teóricos e empíricos proporcionando um conhecimento maior sobre a temática em questão. Para a construção desta revisão integrativa, foi operacionalizado o percurso metodológico próprio a esta metodologia.

Para a construção desta revisão integrativa, que envolveu a produção do conhecimento acerca da violência na população masculina, foi operacionalizado o percurso metodológico por meio das etapas descritas a seguir.

Ao trabalhar a revisão integrativa para elaboração desse trabalho foram definidas as seguintes etapas: Estabelecimento do problema; Seleção da amostra, após a definição

dos critérios inclusos e excluídos; Caracterização dos estudos; Análise dos resultados; Apresentação e discussão dos achados, evidenciados no estudo de Nogueira (2009).

3.2 ESTABELECIMENTO DO PROBLEMA

O estabelecimento do problema na revisão integrativa começa na escolha de um problema, para assim poder se formular hipóteses ou a questão norteadora da pesquisa que no caso essa é a que se contempla nesse trabalho. Esta etapa da revisão integrativa é muito importante para o direcionamento do estudo e tem que estar embasada com o raciocínio teórico já aprendido pelo pesquisador. Deve ser elaborada de forma clara e específica.

Inicialmente para direcionar esta revisão foi elaborada a seguinte questão norteadora: “O que nós informa a literatura sobre estudos empíricos que buscaram implementar estratégias de sensibilização e de prevenção de violência na população masculina?”.

3.3 SELEÇÃO DA AMOSTRA

Após ter a questão norteadora na revisão integrativa o próximo passo é a seleção da amostra, para a realização desse trabalho, utilizou-se a Scientific Electronic Library Online (SciELO) e a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), considerando-se as publicações em língua portuguesa, entre janeiro de 2009 a dezembro de 2018. A determinação desse período se deu devido ao ano de 2009 ter sido o ano que a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (Pnaish) foi instituída. Partimos do pressuposto de que uma nova Política Nacional comumente resulta num interesse em pesquisar o tema e aprofundar o conhecimento sobre intervenções e experiências empíricas relacionadas. Ademais, tendo considerado o intervalo de quase uma década (2009-2018) apostamos na garantia de uma revisão mais robusta.

Whintemore e Knalf (2005) enfatizam que a seleção dos estudos para a avaliação crítica é de extrema importância, para se obter a validade interna. Esta etapa é

extremamente ligada a anterior, pois a busca é direcionada com a pergunta orientadora, pois assim é identificado quais os estudos que serão selecionados nos bancos de dados.

A busca de literatura realizou-se durante o período de outubro de 2018 a novembro de 2018. E, como palavras chaves, foram utilizados “violência” AND “gênero” AND “homem”. As produções científicas analisadas foram provenientes de artigos originais. O local de produção ficou restrito à Saúde Pública, ambiental e ocupacional e Políticas e Serviços de Saúde. Teve como questão principal da busca a seguinte pergunta: Quais as estratégias de prevenção da violência implementadas e relatadas na literatura no tocante da população masculina considerando aspectos de gênero no Brasil?

Critérios de inclusão:

- (1). Estudos realizados no Brasil de 2009 a 2018 de natureza qualitativa permitindo captar a dimensão descritiva;
- (2). Produzidos em português, como o objetivo do estudo é elaborar estratégias de prevenção, as questões socioculturais precisavam dar foco para o Brasil e estudos de língua portuguesa.
- (3). Que tratam da violência e aspectos da masculinidade;
- (4). Utilizando o método de pesquisa qualitativa, realizada em campo, isto é, estudos empíricos.

Critérios de exclusão:

- (a) Estudos quantitativos;
- (b) Publicações referentes a revisão bibliográfica;

Como a violência é um tema com múltiplas dimensões socioculturais, a pesquisa qualitativa favorece uma compreensão mais aprofundada das formas nas quais está se manifesta e se estabelece, como é perpetuada e quais ações tem sido propostas na literatura no âmbito da sensibilização e da prevenção.

Tendo esses aspectos contemplados a revisão integrativa desta forma, propicia um conjunto de evidências empíricas abrangendo um leque de cenários geográficos e de locais de prática suficientes para nortear a questão de pesquisa aqui levantada.

A terceira etapa da revisão foi a categorização dos estudos selecionados. Se baseando nas informações dos estudos selecionados, reunindo as informações mais importantes diante do objeto da pesquisa em um instrumento (BEYEA e NICOLL, 1998). Sendo o objetivo organizar e sistematizar as informações, construindo assim um banco de dados sucinto e claro para a facilidade do acesso e manejo dessas informações.

3.4 ANÁLISE DOS DADOS - CATEGORIZAÇÃO DOS ESTUDOS SELECIONADOS

Esta etapa define o que será extraído de informações dos estudos selecionados. O revisor nessa etapa tem como objetivo organizar e consolidar as informações, formando um banco de dados em um instrumento elaborado para reunir e sintetizar as informações chaves (BEYEA e NICOLL, 1988).

Dos 36 artigos pesquisados nas bases mencionadas, foram analisados 13, sendo estes compatíveis com os critérios estabelecidos (ver Tabela 4).

Os artigos analisados são produções de destaque em revistas da área de saúde coletiva, saúde pública, psicologia e de enfermagem. Observou-se que por mais que a saúde pública tenha reconhecido o tema da violência como de interesse e cuidado da saúde, ainda falta evidenciar este interesse nas publicações acadêmicas principalmente quando o foco é a prevenção na população masculina no campo da saúde.

Tendo como base os critérios estabelecidos previamente, os estudos encontrados foram agrupados e analisados. Primeiramente foi elaborado uma tabela descrevendo o processo de delimitação dos artigos (Tabela 4), após essa análise foi elaborada uma segunda tabela para facilitar e organizar a leitura de textos com as características dos estudos incluídos na revisão de literatura, levando em consideração o título dos estudos selecionados, seus autores, o local de publicação e o período ao qual o estudo foi publicado (Tabela 5), como mostra as tabelas abaixo:

Tabela 4 - Processo de seleção de artigos

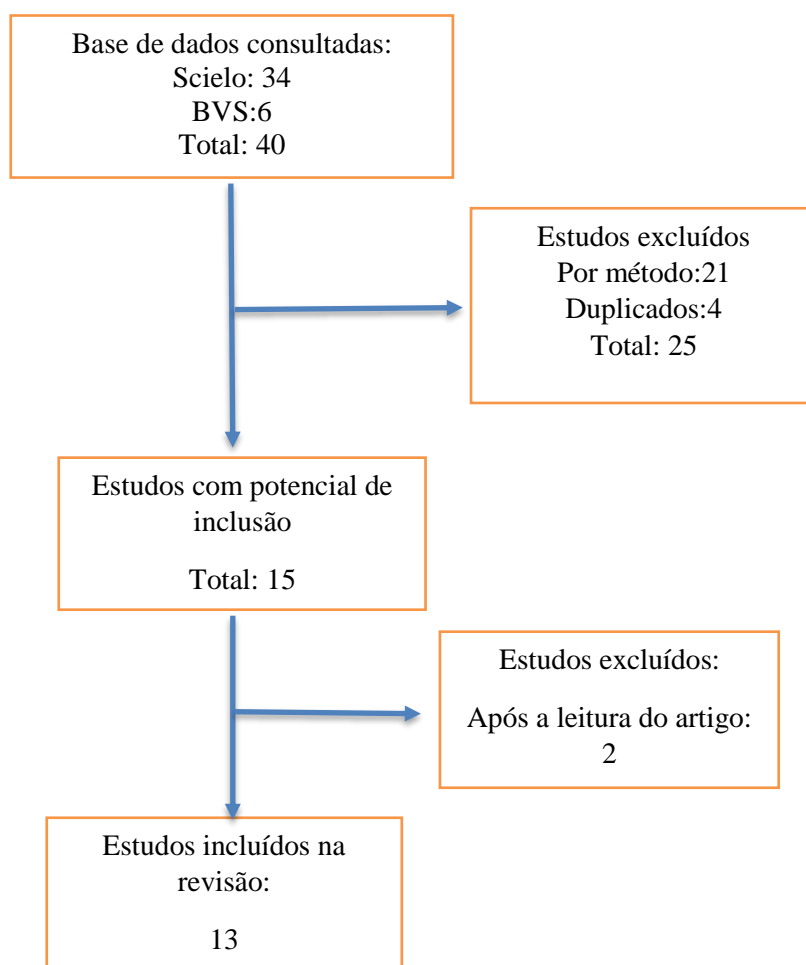


Tabela 5 – Características dos estudos incluídos na revisão de literatura.

Autor (as)	Título	País e Ano	Revista	Tipo de estudo	
Alves, Rejane Aparecida et al .	Homens, vítimas e autores de violência: a corrosão do espaço público e a perda da condição humana.	Brasil 2012	Interface (Botucatu)	Estudo qualitativo	Trabalho em grupo com foco na reconstrução do que é ser homem, com o objetivo de remodelar masculinidades mais flexíveis, saudáveis.
Billand, Jan; Paiva, Vera Silvia Facciolla	Desconstruindo expectativas de gênero a partir de uma posição minoritária: como dialogar com homens autores de violência contra mulheres?	Brasil 2017	Ciência Saúde Coletiva	Estudo etnográfico	Trabalho em grupo com o objetivo de compreender a promoção da equidade de gênero e haver uma desconstrução das expectativas de gênero.

Brilhante, Aline Veras Morais; Nations, Marilyn Kay; Catrib, Ana Maria Fontenelle.	. <i>“Taca cachaça que ela libera”</i> : violência de gênero nas letras e festas de forró no Nordeste do Brasil	Brasil 2018	Caderno Saúde Pública	Estudo qualitativo	Dois grupos focais, trabalhando músicas de forró. Dessa forma, identificou-se que as músicas contribuem para que adolescentes estabeleçam uma relação de pertença com um contexto pautado pela violência contra a mulher.
Costa, Marta Cocco da; Lopes, Marta Julia Marques; Soares, Joannie dos Santos Fachinelli.	Violência contra mulheres rurais: gênero e ações de saúde	Brasil 2015	Escola Anna Nery	Estudo qualitativo	Foram participantes trabalhadores dos serviços de saúde. Reconheceu a necessidade de produzir rupturas nas formas instituídas e arraigadas de cuidado em saúde.
Deeke, Leila Platt et al.	A dinâmica da violência doméstica: uma análise a partir dos discursos da mulher agredida e de seu parceiro.	Brasil 2009	Saúde e Sociedade	Estudo descritivo-exploratória com abordagem qualitativa	Entrevistou-se 30 casais com caso de violência doméstica. Identificou-se a negação do homem do comportamento agressivo; a importância de incluir não só a mulher agredida, mas também seu parceiro.
Maria Rosa, Edinete et al.	A violência que atinge adolescentes e jovens de uma região do Espírito Santo	Brasil 2017	Psicologia Argumento	Estudo qualitativo	Realizou-se 2 grupos focais. O estudo aponta que as soluções para a violência, segundo ambos os grupos, consistem em uma ação mais efetiva e preventiva da polícia.
Nascimento, Elaine Ferreira do; Gomes, Romeu; Rebello, Lúcia Emília Figueiredo de Souza.	Violência é coisa de homem? A “naturalização” da violência nas falas de homens jovens.	Brasil 2009	Ciência Saúde Coletiva	Estudo qualitativo	Foi uma investigação que problematizou a tríade ser homem, juventude e violência, ancorada no modelo hegemônico de masculinidade.

Nascimento, Fernanda Sardelich; Cordeiro, Rosineide de Lourdes Meira.	Violência no namoro para jovens moradores de Recife.	Brasil 2011	Psicologia & Sociedade	Estudo qualitativo	Este estudo trouxe que é importante construir espaços criativos de conversa e troca entre os jovens sobre violência e namoro e o investimento em prevenção e na criação de instrumentos.
Paixão, Gilvânia Patrícia do Nascimento et al	A experiência de prisão preventiva por violência conjugal: o discurso de homens.	Brasil 2018	Texto Contexto Enfermagem	Estudo qualitativo, exploratório-descriptivo	Identificou-se que o apoio social de diferentes instâncias se mostra imprescindível para a autorresponsabilização. As ações de reeducação podem ocorrer em espaços diversos.
Pimenta. Melissa.Mattos	Masculinidades e sociabilidades: Compreendendo o envolvimento de jovens com violência e criminalidade	Brasil 2014	Dilemas: Revista de Estudos de Conflito e Controle Social	Estudo qualitativo	Para trabalhar com jovens inseridos em contexto de violência é necessário entender como representações e expectativas a respeito da imagem de si e do grupo se relacionam para configurar práticas de interação e sociabilidade.
/Santánna, Tatiana Camargo; Penso, Maria Aparecida	A Transmissão Geracional da Violência na Relação Conjugal.	Brasil 2017	Psicologia: Teoria e Pesquisa	Estudo qualitativo	Estudo de caso, de casal que participou de um grupo psicossocial, o que possibilitou mudanças na sua forma de funcionamento e também a construção de outras interpretações sobre sua relação.
Santos, Welson Barbosa; Dinis, Nilson Fernandes	Violência e risco de suicídio na construção das masculinidades adolescentes	Brasil 2018	Caderno Pagu	Estudo qualitativo	Os fragmentos de fala analisados nesta pesquisa subsidiam salientar a necessidade de posicionamentos críticos frente à produção das identidades sexuais e de gênero.
Silva, Anne Caroline Luz Grüttner da; Coelho, Elza Berger Salema; Njaine, Kathie.	Violência conjugal: as controvérsias no relato dos parceiros íntimos em inquéritos policiais.	Brasil 2014	Ciência & Saúde Coletiva	Estudo qualitativo	Chama a atenção para o papel de outros setores como o da saúde, na transformação nos contextos de violência e na redução de morbi/mortalidade que acometem homens e mulheres nas relações de intimidade.

As descrições das ações apresentadas nos artigos evidenciam achados importantes de serem trabalhados ao elaborar estratégias de prevenção e sensibilização de violência com o foco na população masculina. Esses achados são essenciais para evidenciar que os trabalhos realizados com a prevenção precisam focar na questão da construção da masculinidade, da significação do ato da violência para os autores, da questão da reprodução de atos de violento em outras relações, a interação de vários setores afins nas estratégias de prevenção, isto é a intersectorialidade e que somente a os setores saúde ou justiça separadamente não conseguiriam de forma resolutiva abordar de forma satisfatória o problema de violência.

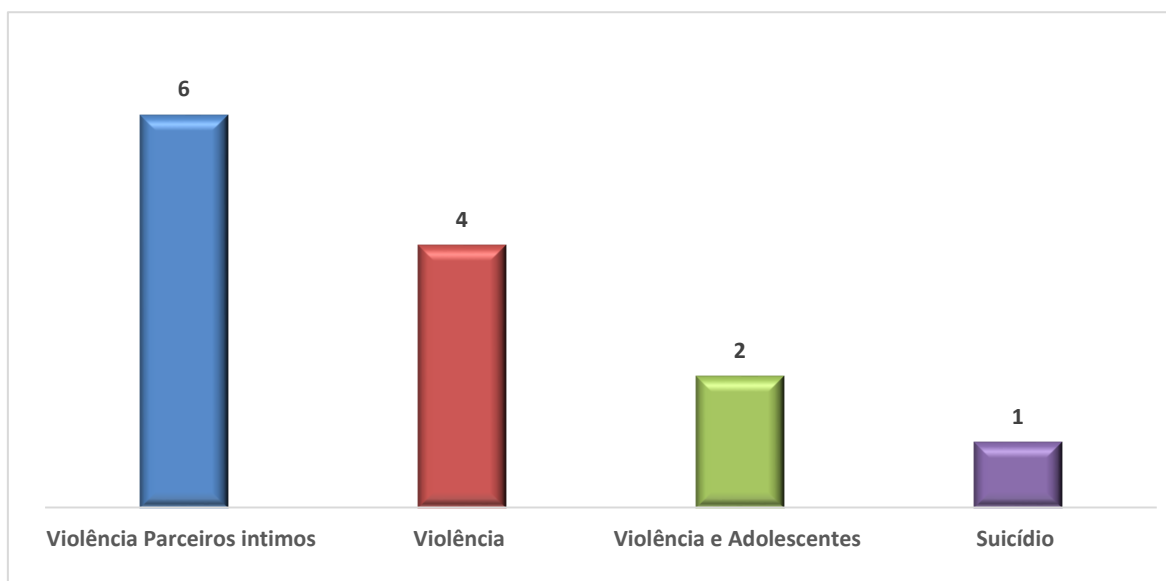
3.5 ANÁLISE DOS RESULTADOS

A quarta etapa da revisão integrativa é a análise dos resultados. Acontece da mesma forma dos trabalhos convencionais, havendo uma análise detalhada. Essa análise é feita de forma crítica, sendo realizada com foco na pergunta norteadora, para uma melhor compreensão dos dados encontrados.

O material empírico deste trabalho qualitativo foi analisado pela técnica de Análise de Conteúdo, que conforme Bardim (2008) enquanto método torna-se um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens.

Dessa forma, ao analisar pelo título e assunto dos artigos selecionados identificamos quatro variáveis para a categorização das violências estudadas, (1) Violência entre parceiros íntimos, a qual se engloba violência doméstica e violência conjugal; (2) Violência, quando o artigo trabalha com a temática violência na sua complexidade não se restringindo a um único tipo; (3) Violência e Adolescentes, quando é direcionado a trabalhos com jovens e adolescentes; e (4) Suicídio (Ver Gráfico 2).

Gráfico 2. Número de artigos por categorizações das violências encontradas nos artigos.



Fonte: Elaboração própria

O gráfico 2 demonstra que a categorização temática nos artigos analisados a violência entre parceiros íntimos aparece como predominante com 6 artigos, seguida 4 do tema violência; 2 apareceram com a temática da violência e adolescentes e 1 suicídio.

Verifica-se que, ao analisar os artigos o homem aparece na maior parte dos estudos sendo analisado no papel de autor da violência e no que se refere a violência entre parceiros íntimos.

O avanço das políticas públicas na assistência a população masculina se deu com a instituição da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Segundo Couto e Schraiber (2005), a partir dos anos noventa, principalmente nesse campo, se intensificam as discussões sobre a relação homem-violência, sobretudo motivadas pelos altos índices de mortalidade por violência entre homens jovens. Embora as políticas e ações públicas de assistência à saúde integral do homem tenham avançado, constata-se dificuldades de acesso da população masculina aos serviços de saúde.

Os artigos selecionados trouxeram com muita propriedade as questões de gênero desde uma perspectiva relacional. As análises realizadas mostram que as questões advindas da masculinidade hegemônica, construídas socioculturalmente, aparecem como

ponto central para ser discutido em qualquer intervenção que seja realizada com os autores de violência.

Outro aspecto importante é como os papéis constituídos socioculturalmente de “o que é ser homem” influenciam para uma aprendizagem da violência. O “ser homem” traz consigo o papel de ser o responsável por ser o provedor; o que não fica doente; o que é o dominador, o forte; o distancia da relação do cuidado consigo e com os outros.

Tais afirmações corroboram a ideia de que os homens assumem muitos hábitos e comportamentos danosos à saúde em seu modo de se comportar e conduzir a vida, expondo-se mais a fatores de risco que geram adoecimentos. Couto (2004, p. 32) destaca “[...] que a exacerbação dos comportamentos de risco pelo homem guarda ligação com o modo como ele se sente – mais próximo ou distante – do referente hegemônico de masculinidade”. Com isso, é possível afirmar que os referenciais identitários masculinos podem levar a agravos à saúde dos homens, em especial à saúde mental.

As questões socioculturais relacionadas a construção da masculinidade, acabam exigindo do homem comportamentos de risco, o que faz com que exponham mais, contribuindo para uma aproximação maior com as situações relacionadas a violência. Embora nas violências relativas às parceiras íntimas os homens sofram muito menos do que perpetrem, os dados mostram que eles se envolvem em muitas situações de violência, de grandes magnitudes e sobreposições, quer como vítimas ou agressores, reiterando estudos sobre masculinidade (SCHRAIBER, et. al. 2012).

3.6 INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

Nos artigos selecionados, o tipo de violência que mais aparece traz a perspectiva relacional entre o homem autor de violência e a mulher como vítima caracterizada pela violência doméstica contra a mulher. Tal fato estabelece um contexto complexo de ser analisado, pois o autor da violência não se vê como o agressor e também coloca a relação de afeto e poder como uma justificativa de seus atos.

Autores como Couto e Schraiber (2005, p.700) afirmam que a violência é utilizada muitas vezes como ferramenta para “[...] recolocar elementos associados à honra, autoridade e poder na relação, quando esta é questionada ou está em crise”. Deste modo, a violência é uma maneira de se reaproximar da masculinidade hegemônica e pode representar, diante de desvantagens sociais ou econômicas, outra forma de reiterar essa masculinidade. Por exemplo, homens das chamadas classes populares compensariam a sua marginalização socioeconômica por meio da exacerbação da virilidade e da agressividade.

É necessária uma quebra de paradigmas de que o homem para mostrar a sua virilidade, aspecto de muita importância para ele, têm a necessidade de ser o forte, o valente, o que precisa se colocar em situações de risco. Isso já é tão enraizado na cultura do masculino, que os autores de violência não se percebem como os praticantes de violência e acabam colocando a culpa no outro em relação à vitimização, esse aspecto é evidenciado em todos os artigos analisados onde o foco é o autor.

Devido à complexidade de formulação de estratégias de prevenção com foco no homem/masculinidades, a leitura desses artigos encontrados com experiências de campo, evidencia a necessidade de estudos e trabalhos de ações mais exitosas no campo da saúde em relação a homens e violência e reflete sobre alguns pontos importantes que precisam ser contextualizadas nessas estratégias.

4. Ações e Estratégias de Prevenção de Violência



As experiências e relatos de projetos de intervenção encontradas nos artigos trazem realizações de trabalhos em grupo em que se coloca o homem em exercícios de empatia, em situações de violência, além de trabalhar com as questões advindas do cuidado. Consideram que espaços em grupo que os homens possam externalizar os seus sentimentos e pensamentos, podem contribuir para a reflexão de expressão de várias masculinidades. Os homens mostram a violência em praticamente todas as suas relações sociais, mesmo não afirmando esse comportamento.

No que segue encontra-se uma síntese das experiências empíricas relatadas nesta revisão integrativa que precisam ser evidenciadas em estratégias elaboradas:

No artigo *Violência é coisa de Homem? A Naturalização da Violência nas falas de homens jovens* (NASCIMENTO; GOMES; REBELLO, 2009), é apontado que há a necessidade de envolver os homens jovens como protagonistas da construção de um olhar a partir de outras perspectivas do que é ser homem; reconstruindo novos sentidos para a desnaturalização da violência como pertença do masculino, construindo a possibilidade de ser homem numa perspectiva do cuidar de si e dos outros, tornando a vida e as relações mais saudáveis e com menos riscos.

Já no artigo *A dinâmica da Violência doméstica: uma análise a partir dos discursos da mulher agredida e de seu parceiro* (DEEK et al. 2009), sugere-se incluir nas ações de prevenção de violência doméstica não só a mulher agredida no caso a vítima, mas também seu parceiro, o autor da violência. Com isso, há como trabalhar os fatores que repercutem a produção da violência doméstica a partir de ambas as percepções, não atribuindo somente à mulher o papel de relatora do circuito de violência que se estabelece na relação do casal.

O artigo *Transmissão Geracional da Violência na Relação Conjugal* (SANT'ANNA e PENSO, 2017), já traz que participar de grupo psicossocial possibilita mudanças na sua forma de se comportar e também construir outras formas de interpretação sobre uma relação.

Outra questão considerada como importante no artigo *Violência no namoro para jovens moradores de Recife* (NASCIMENTO e CORDEIRO, 2011) é a construção de

espaços criativos de conversa e troca entre os jovens sobre violência e namoro. Colocando como fundamental o investimento em prevenção e na criação de instrumentos que permitam aos jovens reconhecer, enfrentar e opor-se às diferentes formas de violência.

O artigo Violência conjugal: as controvérsias no relato dos parceiros íntimos em inquéritos policiais (SILVA; COELHO; NJAINE, 2014, aponta a ausência de políticas públicas de atenção a violência conjugal e poucas intervenções setoriais, a justiça fica com o papel de punir e coibir as agressões. Então, a saúde tem um papel importante na prevenção dessas violências e de suas consequências.

Destaca-se também no artigo Violência e risco de suicídio na construção das masculinidades adolescentes (SANTOS e DINIS, 2018), os embates sociais entre poder e resistência oportunizam a criação de formas de sociabilidade, de política e de identificação que desvinculam o sujeito, dos discursos dominantes da biologia, da natureza, da normalidade e promovem significados de vida diferentes para o sujeito que vivencia esses momentos.

E o artigo, Desconstruindo expectativas de gênero a partir de uma posição minoritária: como dialogar com homens autores de violência contra as mulheres? (BILLAND e PAIVA, 2017), que pontua que é necessário dialogar com os homens e principalmente entre homens, para que haja uma ampliação de consciência acerca do desencontro entre suas experiências pessoais e as expectativas que orientam suas relações com mulheres, criando assim, espaços de socialização dos homens.

*4. A revisão integrativa como
espaço para subsidiar a
melhoria de Política Públicas*



Trazendo o que foi discutido até o momento sobre a prevenção de violência na população masculina com os materiais formais do Ministério da Saúde em relação a vigilância, podemos identificar que ainda precisamos avançar muito nas ações e estratégias sinalizadas em políticas públicas em relação a contemplar de forma integral e de todos os sexos instrumentos já utilizados, pois como vimos o homem permeia nas situações de violência como autor e como vítima, porém em relação a violência o tipo que mais o acomete que é a violência extrafamiliar/violência urbana, o homem não é notificado. Não existem marcos legais, como o Estatuto da Criança e do Adolescente, Estatuto da Pessoa Idosa, Lei Maria da Penha, dentre outros que proteja o homem na forma legal para haver uma notificação, porém como já sinalizado no estudo a notificação é um instrumento importante na saúde para ser utilizado como base de ações para a prevenção e promoção de saúde. A ficha é intersetorial e precisa ser trabalhada dessa maneira.


O Ministério da Saúde aponta a importância, de escutar, acolher e apoiar, pois o reconhecimento do sofrimento ou abuso do usuário já é a abertura do caminho para o suporte, fazendo assim toda a diferença na vida da pessoa em situação de violência (BRASIL, 2010c).

IV) Prevenção de Violências e Acidentes: Tem por objetivo orientar ações voltadas para a redução da morbimortalidade da população masculina por causas externas como: acidentes por transporte, acidentes de trabalho, violência urbana, violência doméstica e familiar, e suicídio. Com exceção da violência sexual e das violências que ocorrem no âmbito doméstico e familiar, os homens, especialmente os jovens negros de camadas empobrecidas, são mais vulneráveis à violência.

Neste contexto, um importante desafio assumido pela PNAISH é somar suas ações às de outras coordenações e setores organizados do Governo Federal, relacionados à vigilância em saúde e justiça, transportes, entre outros, que abordem a prevenção, promoção, tratamento e reabilitação de situações de violência e acidentes em todos os níveis de atenção, principalmente nos serviços ofertados pelas equipes da atenção básica em saúde.

Reforçando o trabalho feito pela Coordenação Nacional de Saúde do Homem do Ministério da Saúde no eixo de prevenção de violência da população masculina, que é o foco desse trabalho a CNSH tem desenvolvido ações para a sensibilização de profissionais de saúde e gestores, como Curso a distância disponibilizados em plataforma de fácil acesso como a UNASUS com módulos de vários tipos de violência e que trazem vários aspectos importantes de ser trabalhado quando se atendem homens em situações de violência. A CNSH também em parceria com a Universidade Federal de Santa Catarina elaborou o Curso a distância Homens e Mulheres em situação de violência por parceiros íntimos, com o objetivo de capacitar mais de 3500 profissionais. Outra ação que tem sido desenvolvida é a elaboração de materiais sobre prevenção de violência, como o cartaz Violência não é coisa de homem, disponibilizado no site do Ministério da Saúde (consta no Apêndice B). Tem participado de grupos de trabalhos ou comitês cuja a temática de violência é o foco, como o Comitê de Prevenção de Suicídio, instituído em 2017 pela Portaria nº 3479 GM/MS que tem como objetivo a elaboração de um Plano Nacional de Prevenção de Suicídio. Além de participação e organização de eventos com discussões na temática de violência.

*6. Considerações finais:
Apresentando a síntese da revisão*



Neste estudo, realizou uma revisão integrativa dos descritores violência, gênero e homem, do ano de 2009 até 2018, tendo como referência a seguinte questão “O que nós informa a literatura sobre estudos empíricos que buscaram implementar estratégias de sensibilização e de prevenção de violência na população masculina?” Tal questionamento foi a base para o alcance do objetivo deste estudo.

Compuseram o estudo 13 artigos, utilizou-se a Scientific Electronic Library Online (SciELO) e a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), considerando-se as publicações em língua portuguesa, entre janeiro de 2009 a dezembro de 2018. A determinação desse período se deu devido ao ano de 2009 ter sido o ano que a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (Pnaish) foi instituída. No entanto, foi na busca desses artigos que foi identificado poucos artigos cujo a temática fosse direcionada para a população masculina e com as características selecionadas por esse estudo para a inclusão na revisão. Dessa forma, parece que ainda é necessário aprofundamento teórico a respeito da relação do homem com a prevenção e principalmente quando são ações de violência.

Estes achados mostraram a importância de os serviços de saúde reconhecerem a violência como uma necessidade de saúde negligenciada, principalmente na atenção à saúde do homem, o que solicita o desenvolvimento de tecnologias leves, a exemplo da educação permanente para a intervenção sobre essas situações complexas, visando à diminuição do impacto dessas sobre a saúde da população masculina.

O entendimento da violência como um problema que também precisa ser trabalhado na saúde é fundamental para que as reflexões aconteçam de forma a alcançar todo o público que de fato há uma necessidade do homem de ser percebido como sujeito de uma atenção voltada para a prevenção. Os homens se distanciam do cuidado com a saúde desde cedo e isso dificulta a sua relação com a prevenção. E como trabalhar com a violência tem a sua complexidade e envolve mais do que o biológico, surge o foco em questões socioculturais acaba que os profissionais de saúde e gestores precisam estar sensibilizados para um olhar nessa perspectiva.

Os dados de violência relacionados aos homens estão cada vez mais altos, o que mostra a necessidade da saúde trabalhar com enfoque na prevenção e promoção do cuidado. E todos esses aspectos destacados neste estudo levam à constatação da

necessidade de produções em outras áreas de conhecimento como a sociologia, educação, direito, entre outras de modo a abarcar este fenômeno multifacetado.

Assim como também têm apontado diversos autores brasileiros aqui citados, torna-se importante aprofundar o conhecimento acerca do modo como os referenciais identitários de gênero ditam hábitos e comportamentos diferenciados para homens e mulheres, sobre o cuidado da saúde e de seus próprios corpos. Levando-se em conta as exigências da masculinidade hegemônica e as interações entre homens e violência, pode-se considerar tais exigências socioculturais como geradoras de “[...] comportamentos danosos à saúde, fazendo emergir fatores de risco importantes para o adoecimento” (SCHRAIBER; GOMES; COUTO 2005a, p. 9), o que aumenta a vulnerabilidade na saúde dos homens. Uma das questões de maior importância, nesse sentido, é exatamente a dos agravos à saúde mental. O estudo destes, em associação com experimentar violências, tem sido bem apontado para as mulheres em pesquisas nacionais e internacionais (ELLSBERG et. al., 2008; LUDERMIR, 2008; DEVRIES et. al., 2011). Mas são escassos estudos semelhantes sobre homens no Brasil.

Os artigos analisados apontam que para trabalhar com a população masculina há uma necessidade de desconstrução do que é “ser homem”, para a possível construção do exercício de várias formas de expressar a masculinidade, que não precisa estar vinculada a situações de risco.

O presente estudo possibilitou mais conhecimento acerca da importância das questões advindas de gênero, no caso com o olhar focado para as características da masculinidade do local a qual as intervenções serão realizadas são muito importantes para uma melhor compreensão e eficácia das ações propostas. As ações de prevenção necessárias de serem trabalhadas como estratégicas diante dos pontos apresentados como importantes nesses artigos encontrados foram: os trabalhos em grupo, a sensibilização dos profissionais de saúde e gestores em trabalhar com os autores de violência na saúde, realizações de campanhas publicitárias focadas nessas temáticas e rodas de conversas com homens para a reflexão das questões das masculinidades.

Identifica-se ainda que é necessário avançar muito ainda em relação a estudos e experiências de trabalho com foco da violência na saúde, principalmente em relação a

população masculina. Destaca-se ainda que as políticas públicas envolvidas nessa temática, principalmente a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, instituída pelo Ministério da Saúde, são essenciais para a formulação de ações estratégicas com maior impacto para a população masculina, visando trabalhar os homens em seus diferentes papéis na violência.

Nesse sentido esse trabalho pretende estimular e propor elementos de estratégias de prevenção de violência para população masculina, considerando que é um fato de pouco estudo. Os homens são construídos socioculturalmente somente como aquele que pratica a violência deixando de ser visto muitas vezes como o que mais sofre a violência também. Precisa-se ter um olhar diferenciado para os aspectos advindos de uma sociedade muitas vezes enraizadas de machismo, o que dificulta direcionar as questões para a homem que precisa ser visto também como um ser que necessita de cuidado e uma atenção integral. O acolhimento nos serviços de saúde em relação a população masculina precisa-se de ter uma atenção maior, pois os aspectos socioculturais são mais difíceis de serem quebrados diante de todo o preconceito advindos de anos de uma sociedade. Precisamos olhar a mulher como vítima de um homem que precisa ser tratado e escutado para que assim não cometa mais violência. Esse homem por muitas vezes é culpabilizado juridicamente e não recebe nenhum tipo de auxílio para que essa violência não permeie pela sua vida sempre. A saúde tem um papel fundamental nesse processo e trabalhando de forma multidisciplinar e intersetorialmente os resultados são ainda mais positivos.

Como a violência é colocada por muitos autores como uma questão sociocultural, pequenas mudanças nas atitudes da sociedade que o homem violento é inserido fará grande diferença em relação a forma de se cuidar e cuidar dos outros. Uma paternidade ativa, por exemplo, é um aspecto fundamental em relação ao cuidado. Abordar as barreiras institucionais significa melhoras na forma como os profissionais de saúde são sensibilizados para o atendimento de pessoas em situação de violência faz a diferença no encaminhamento, na prevenção e na promoção em relação a saúde. Ações específicas pensadas localmente provavelmente irão trazer resultados positivos e significantes na vida dos sujeitos e da sociedade como um todo, já que qualquer tipo de violência respinga em todos a sua volta.

Ainda no âmbito institucional, a ficha de notificação de violência é um instrumento muito importante e que requer uma atenção no trabalho com a prevenção, pois com os dados da ficha podemos fazer um monitoramento e uma avaliação do que realmente está acontecendo e quais os aspectos necessários de se trabalhar naquele contexto. Outro ponto importante de ser destacado na ficha de notificação é que sendo um instrumento já mencionado nesse estudo como de grande valia, pois é por meio dele que as informações em relação a violência são extraídas e a partir dos dados as políticas de saúde se baseiam, é extremamente importante uma nova versão dessa ficha com a inclusão de dados de homens no contexto de violência extrafamiliar/urbana. Com os dados sendo também de análise nas bases de dados da saúde pode-se direcionar e formular estratégias de prevenção mais direcionadas.

A Coordenação Nacional de Saúde do Homem/DAPES/SAS/MS trabalha muito com os aspectos de gênero em suas ações.

As diferenças nos padrões de comportamento de risco/proteção entre homens e mulheres sustentam a necessidade de planejamento e desenvolvimento de estratégias de educação em saúde, voltadas para os homens, além de reforçar a necessidade de sensibilização deles para o entendimento da sua própria fragilidade e responsabilidade com sua saúde.

Diante do exposto, a Coordenação Nacional de Saúde do Homem - CNSH, responsável pela condução da PNAISH, tem desenvolvido diferentes ações, como campanhas, elaboração de materiais educativos e gráficos, seminários, oficinas, encontros e capacitações voltadas para a organização dos serviços, além da sensibilização da sociedade, de profissionais, dos usuários do SUS, e de gestores (as), além da qualificação de profissionais de saúde sobre o tema.

7. Referências bibliográficas



ALVES, Rejane Aparecida. et al . Homens, vítimas e autores de violência: a corrosão do espaço público e a perda da condição humana. **Interface (Botucatu)**, Botucatu , v. 16, n. 43, p. 871-883, Dec. 2012 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832012000400002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23.11.2018

BILLAND, Jan; PAIVA, Vera Silvia Facciolla. Desconstruindo expectativas de gênero /a partir de uma posição minoritária: como dialogar com homens autores de violência contra mulheres?. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 22, n. 9, p. 2979-2988, Sept. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002902979&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23.11.2018

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem : princípios e diretrizes**. Brasília, DF, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Guia de Saúde do Homem para Agentes Comunitários de Saúde**. Rio de Janeiro, RJ, 2016. Disponível em: <<https://central3.to.gov.br/arquivo/369121/>> Acesso em: 05.11.2018

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Perfil da morbimortalidade masculina no Brasil**. Brasília, DF, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Viva: Vigilância de Violências e Acidentes: 2013 e 2014**. Brasília, DF, 2017.

CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 10a rev. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1997. vol.1. 5. Organização Mundial da Saúde.

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

COSTA, Marta Cocco da; LOPES, Marta Julia Marques; SOARES, Joannie dos

Santos Fachinelli. **Violence against rural women: gender and health actions**. Rio de Janeiro , v. 19, n. 1, p. 162-168, Mar. 2015 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452015000100162&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23.11.2018

DAHLBERG, Linda L.; KRUG, Etienne G.. Violência: um problema global de saúde pública. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 11, supl. p. 1163-1178, 2006 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232006000500007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23.11.2018

EDINETE, Maria Rosa et al. A violência que atinge adolescentes e jovens de uma região do Espírito Santo. **Psicologia Argumento**. v. 32, n. 77, nov. 2017. Disponível em: <<https://periodicos.pucpr.br/index.php/psicologiaargumento/article/view/19721/19045>>. Acesso em: 23.11.2018

FIGUEIREDO, Wagner. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 10, n. 1, Mar. 2005. p. 105-109.

FILHO, Adauto Martins Soares et al . Análise da mortalidade por homicídios no Brasil. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 16, n. 1, p. 7-18, mar. 2007 . Disponível em <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742007000100002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: <23.11.2018>

HARWELL, T.S.; SPENCE, M.R. Population Surveillance for Physical Violence Among Adult Men and Women. **American Journal of Preventive Medicine**. Montana, 1998.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. A violência na adolescência: um problema de saúde pública. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 6, n. 3, p. 278-292, Sept. 1990 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1990000300005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23.11.2018

MINAYO, Maria Cecília de S.. Violência social sob a perspectiva da saúde pública. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 10, supl. 1, p. 7-18, 1994 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1994000500002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23.11.2018

MINAYO, Maria Cecília de Souza; SOUZA, Edinilsa Ramos de. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. **Hist. cienc. saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro , v. 4, n. 3, p. 513-531, Nov. 1997 . Disponível em: <

59701997000300006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23.11.2018

MINAYO, M. C. de S. Violência: um Velho-Novo Desafio para a Atenção à Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro, v. 29, jan/abr 2005. p. 55-63. Disponível em: <<http://www.educacaomedica.org.br/UserFiles/File/2005/violencia.pdf>>. Acesso em: 23.11.2018

MINAYO, M.C. de S. Violência e saúde. Temas em Saúde collection. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006.

MINAYO, M. C. de S.; ASSIS, S.G.; NJAINE, K. (orgs). É possível construir relações amorosas sem violência? In: MINAYO, M. C. de S.; ASSIS, S.G.; NJAINE, K. (orgs). *Amor e violência: um paradoxo das relações de namoro e do 'ficar' entre jovens brasileiros*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2011, pp. 183-205.

MONTEIRO, L.M.; SPIRI, W.C. Indicadores de qualidade e carga de trabalho uma revisão integrativa em enfermagem. **REME – Rev Min Enferm**. 2016. Disponível em: DOI: 10.5935/1415-2762.2016000632. Acesso em: 23.11.2018

MORGADO, Rosana. Impacto da violência na saúde dos brasileiros. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 537-540, June 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000200030&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23.11.2018

NASCIMENTO, Elaine Ferreira do; GOMES, Romeu; REBELLO, Lúcia Emília Figueiredo de Souza. Violência é coisa de homem? A naturalização da violência nas falas de homens jovens. **Ciênc. saúde coletiva**. 2009, vol.14, n.4, pp.1151-1157. ISSN 1413-8123. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000400021>>. Acesso em: 23.11.2018

NETO, João. Mortes violentas atingem até 11 vezes mais homens que mulheres jovens. Agência de notícia do IBGE, 2018. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/22868-mortes-violentas-atingem-ate-11-vezes-mais-homens-que-mulheres-jovens>>. Acesso em: 13.04.2019

NOGUEIRA, M.F. **Produção Científica em bioética a no Campo da Enfermagem: Revisão Integrativa de Literatura**. Dissertação de Mestrado. João Pessoa PPGEnf/UFPB, 2009.

PAIXÃO, Gilvânia Patrícia do Nascimento. et. al. The experience of the preventive detention due to conjugal violence: men's speech. **Texto contexto - enferm.** 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072018000200327&lng=en>. Acesso em: 21.06.2018>.

PIMENTA, M.M. Masculinidades e sociabilidades: Compreendendo o envolvimento de jovens com violência e criminalidade. **Dilemas.** Rio de Janeiro, 2014. Vol. 7, n. 3 p. 701-730. Disponível em: <<https://revistas.ufrj.br/index.php/dilemas/article/view/7239>>. Acesso em: 23.11.2018

REED, E.; SILVERMAN, J.G.; WELLES, S.L.; SANTANA, M.C.; MISSNER, S.A.; RAJ, A. Associations between Perceptions and Involvement in Neighborhood Violence and Intimate Partner Violence Perpetration among Urban, African American Men. **Journal of Community Health.** 2009; n. 34. pp.328-335.

ROSA, Antonio Gomes da. et.al. A violência conjugal contra a mulher a partir da ótica do homem autor da violência. **Saude soc.** Setembro, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902008000300015&lng=en>. Acesso em: 25.11.2018.

SANT'ANNA, Tatiana Camargo; PENSO, Maria Aparecida. A Transmissão Geracional da Violência na Relação Conjugal. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília , v. 33, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010483332018000100508&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23.11.2018

SANTOS, Welson Barbosa; DINIS, Nilson Fernandes. Violência e risco de suicídio na construção das masculinidades adolescentes. **Cad. Pagu**, Campinas, 2013, n. 52. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010483332018000100508&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23.11.2018

SCHRAIBER, Lília Blima; GOMES, Romeu; COUTO, Márcia Thereza. Homens e saúde na pauta da Saúde Coletiva. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 10, n. 1, p. 7-17, Mar. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000100002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23.11.2018

SCHRAIBER, L.B.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; FALCÃO, M. T. C., FIGUEIREDO W. **Violência dói e não é direito: a violência contra a mulher, a saúde e os direitos humanos.** São Paulo: Editora UNESP, 2005b.

SCHRAIBER, Lilia Blima; D'OLIVEIRA, Ana Flávia P L; COUTO, Márcia Thereza. Violência e saúde: estudos científicos recentes. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 40, n. spe, p. 112-120, Aug. 2006 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000400016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23.11.2018

SCHRAIBER Lilia Blima. et. al. Homens, masculinidade e violência: estudo em serviços de atenção primária à saúde. **Rev. bras. epidemiol.** Dezembro, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2012000400011&lng=en>. Acesso em: 23.11.2018

SCOTT, Joan. **Gênero: uma categoria útil para a análise histórica.** SOS Corpo, Recife, 1995.

SILVA, Anne Caroline Luz Grüdtner da; COELHO, Elza Berger Salema and NJAINE, Kathie. Violência conjugal: as controvérsias no relato dos parceiros íntimos em inquéritos policiais. **Ciênc. saúde coletiva.** 2014, vol.19, n.4, pp.1255-1262. ISSN 1413-8123. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014194.01202013>>. Acesso em: 23.11.2018

TRISTAO, Kamila Medani et al . Mortalidade por causas externas na microrregião de São Mateus, estado do Espírito Santo, Brasil: tendências de 1999 a 2008. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 21, n. 2, p. 305-313, jun. 2012 . Disponível em <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742012000200013&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 25.11.2018

TJADEN, Patricia; NANCY, Thoennes. **Stalking in America: Findings From the National Violence Against Women Survey.** Research in Brief, Washington, D.C.: U.S. Department of Justice, National Institute of Justice, 1998.

World Health Organization. Relatório Mundial de Violência e Saúde. Geneva, 2002. Disponível em: <<https://www.opas.org.br/wp-content/uploads/2015/09/relatorio-mundial-violencia-saude.pdf>>. Acesso em: 15.11.2018

8. *Apêndices*



Apêndice A

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL		Nº
Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/interfamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoas com deficiência, indígenas e população LGBT.				
Dados Gerais	1	2 - Individual		
	2	Agravos/Ofensa: VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA		3
	4 - UF	5	Município de notificação	6
	7		8	9
Dados do Paciente/Indivíduo	10	11		
	12	13	14	15
	16	17		
	18	19		
	20	21	22	
	23	24	25	
Dados de Localização	26	27	28	
	29	30	31	
	32	33	34	
	35	36	37	
	38	39	40	
Dados Complementares				
Dados da Pessoa Agravada	41	42		
	43	44		
	45	46	47	
	48	49	50	
Dados da Ocorrência	51	52	53	
	54	55	56	
	57	58	59	
	60	61	62	

Violência	65 Essa violência foi motivada por: 01-Sexismo 02-Homofobia/Lesbofobia/Bifobia/Transfobia 03-Racismo 04-Intolerância religiosa 05-Xenofobia 06-Conflito geracional 07-Situação de rua 08-Deficiência 09-Outros 88-Não se aplica 99-Ignorado		
	66 Tipo de violência 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Tráfico de seres humanos <input type="checkbox"/> Intervenção legal <input type="checkbox"/> Psicológica/Moral <input type="checkbox"/> Financeira/Econômica <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Tortura <input type="checkbox"/> Negligência/Abandono <input type="checkbox"/> Trabalho infantil		
Violência Sexual	67 Meio de agressão 1- Sim 2- Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Força corporal/espáncamento <input type="checkbox"/> Obj. perfuro-cortante <input type="checkbox"/> Arma de fogo <input type="checkbox"/> Enforcamento <input type="checkbox"/> Substância/Obj. quente <input type="checkbox"/> Ameaça <input type="checkbox"/> Obj. contundente <input type="checkbox"/> Envenenamento, Intoxicação <input type="checkbox"/> Outro		
	68 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Assédio sexual <input type="checkbox"/> Estupro <input type="checkbox"/> Pornografia infantil <input type="checkbox"/> Exploração sexual <input type="checkbox"/> Outros		
Dados do provável autor da violência	69 Procedimento realizado 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Profilaxia DST <input type="checkbox"/> Profilaxia Hepatite B <input type="checkbox"/> Coleta de sêmen <input type="checkbox"/> Contracepção de emergência <input type="checkbox"/> Profilaxia HIV <input type="checkbox"/> Coleta de sangue <input type="checkbox"/> Coleta de secreção vaginal <input type="checkbox"/> Aborto previsto em lei		
	60 Número de envolvidos 1- Um <input type="checkbox"/> 2- Dois ou mais <input type="checkbox"/> 9- Ignorado	61 Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida 1-Sim 2-Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Ex-Cônjuge <input type="checkbox"/> Amigos/conhecidos <input type="checkbox"/> Policial/agente da lei <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Namorado(a) <input type="checkbox"/> Desconhecido(a) <input type="checkbox"/> Própria pessoa <input type="checkbox"/> Padrasto <input type="checkbox"/> Ex-Namorado(a) <input type="checkbox"/> Cuidador(a) <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Madrasita <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Patrão/chefe <input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Irmão(ã)	62 Sexo do provável autor da violência 1- Masculino <input type="checkbox"/> 2- Feminino <input type="checkbox"/> 3- Ambos os sexos <input type="checkbox"/> 9- Ignorado
Encaminhamento	63 Suspeita de uso de álcool 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 9- Ignorado <input type="checkbox"/>		
	64 Ciclo de vida do provável autor da violência: <input type="checkbox"/> 1-Criança (0 a 9 anos) 3-Jovem (20 a 24 anos) 5-Pessoa idosa (60 anos ou mais) 2-Adolescente (10 a 19 anos) 4-Pessoa adulta (25 a 59 anos) 9-Ignorado		
Dados finais	65 Encaminhamento: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Rede de Saúde (Unidade Básica de Saúde,hospital,outras) <input type="checkbox"/> Conselho do Idoso <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento à Mulher <input type="checkbox"/> Rede de Assistência Social (CRAS, CREAS, outras) <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento ao Idoso <input type="checkbox"/> Outras delegacias <input type="checkbox"/> Rede de Educação (Creche, escola, outras) <input type="checkbox"/> Centro de Referência dos Direitos Humanos <input type="checkbox"/> Justiça da Infância e da Juventude <input type="checkbox"/> Rede de Atendimento à Mulher (Centro Especializado de Atendimento à Mulher, Casa da Mulher Brasileira, outras) <input type="checkbox"/> Ministério Público <input type="checkbox"/> Defensoria Pública <input type="checkbox"/> Conselho Tutelar <input type="checkbox"/> Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente		
	66 Violência Relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 9- Ignorado	67 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) <input type="checkbox"/> 1- Sim 2- Não 8- Não se aplica 9- Ignorado	68 Circunstância da lesão CID 10 - Cap XX
69 Data de encerramento			
Informações complementares e observações			
Nome do acompanhante _____ Vínculo/grau de parentesco _____ (DDD) Telefone _____			
Observações Adicionais: _____ _____ _____			
Disque Saúde - Ouvidoria Geral do SUS 136 TELEFONES ÚTEIS Disque Direitos Humanos 100 Central de Atendimento à Mulher 180			
Município/Unidade de Saúde _____		Cód. da Unid. de Saúde/CNES _____	
Nome _____	Função _____	Assinatura _____	
Violência Interpessoal/autoprovocada Sinan SVS 15.06.2015			

Apêndice B



Homem: previna-se da violência e acidentes!

Saiba como:



- ☞ Diga não ao machismo.
- ☞ Não seja violento.
- ☞ Converse sobre seus problemas.
- ☞ Peça ajuda em situações de estresse.
- ☞ Evite consumir bebidas alcoólicas e outras drogas.
- ☞ Respeite as leis de trânsito.

**Faça a diferença:
Homem também cuida de si e dos outros.**

SUS  **MINISTÉRIO
DA SAÚDE**

Cidade das Artes - R. S. Mendonça - Jd. Odebrecht

Apêndice C

4 passos para ajudar uma pessoa sob risco de suicídio

CONVERSE

Encontre um momento apropriado e um lugar calmo para conversar. Ouça a pessoa com a mente aberta e sem julgamentos. Você também pode indicar a linha sigilosa para apoio emocional 188 (gratuita em todos os estados brasileiros, calendário em www.cvv.org.br).

ACOMPANHE

Fique em contato para acompanhar como a pessoa está se sentindo e o que está fazendo.

BUSQUE AJUDA PROFISSIONAL

Incentive a pessoa a procurar ajuda profissional e ofereça-se para acompanhá-la a um atendimento em Unidades Básicas de Saúde, CAPS e serviços de emergência (SAMU 192, UPA 24h, Pronto Socorro e hospitais).

PROTEJA

Se há perigo imediato, não a deixe sozinha e assegure-se de que a pessoa não tenha acesso a meios para provocar a própria morte (pesticidas, armas de fogo, medicamentos etc).



Suicídio.

Saber, agir
e prevenir.



Saiba como noticiar o assunto
nos meios de comunicação e
evitar o efeito contágio.



Apêndice D

**Ministério da Saúde**
Gabinete do Ministro**PORTARIA Nº 1.944, DE 27 DE AGOSTO DE 2009**

Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições previstas no inciso II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando que a população masculina apresenta altos índices de morbimortalidade que representam verdadeiros problemas de saúde pública;

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

Considerando a necessidade de organizar uma rede de atenção à saúde que garanta uma linha de cuidados integrais voltada para a população masculina;

Considerando a necessidade de apoiar ações e atividades de promoção de saúde para facilitar e ampliar o acesso aos serviços de saúde por parte dessa população;

Considerando a necessidade de apoiar a qualificação de profissionais de saúde para o atendimento específico da população masculina; e

Considerando a aprovação no âmbito do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e da Comissão Intergestores Tripartite - (CIT), resolve:

Art. 1º Instituir, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.

Parágrafo único. A Política de que trata o caput deste artigo visa promover a melhoria das condições de saúde da população masculina brasileira, contribuindo, de modo efetivo, para a redução da morbidade e da mortalidade dessa população, por meio do enfrentamento racional dos fatores de risco e mediante a facilitação ao acesso, às ações e aos serviços de assistência integral à saúde.

Art. 2º A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, de que trata o artigo 1º desta Portaria, será regida pelos seguintes princípios:

I - universalidade e equidade nas ações e serviços de saúde voltados para a população masculina, abrangendo a disponibilidade de insumos, equipamentos e materiais educativos;

II - humanização e qualificação da atenção à saúde do homem, com vistas à garantia, promoção e proteção dos direitos do homem, em conformidade com os preceitos éticos e suas peculiaridades socioculturais;

III - co-responsabilidade quanto à saúde e à qualidade de vida da população masculina, implicando articulação com as diversas áreas do governo e com a sociedade; e

IV - orientação à população masculina, aos familiares e à comunidade sobre a promoção, a prevenção, a proteção, o tratamento e a recuperação dos agravos e das enfermidades do homem.

Art. 3º A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem possui as seguintes diretrizes, a serem observadas na elaboração dos planos, programas, projetos e ações de saúde voltados à população masculina:

I - integralidade, que abrange:

a) assistência à saúde do usuário em todos os níveis da atenção, na perspectiva de uma linha de cuidado que estabeleça uma dinâmica de referência e de contrarreferência entre a atenção básica e as de média e alta complexidade, assegurando a continuidade no processo de atenção;

b) compreensão sobre os agravos e a complexidade dos modos de vida e da situação social do indivíduo, a fim de promover intervenções sistêmicas que envolvam, inclusive, as determinações sociais sobre a saúde e a doença;

II - organização dos serviços públicos de saúde de modo a acolher e fazer com que o homem sinta-se integrado;

III - implementação hierarquizada da política, priorizando a atenção básica;

IV - priorização da atenção básica, com foco na estratégia de Saúde da Família;

V - reorganização das ações de saúde, por meio de uma proposta inclusiva, na qual os homens considerem os serviços de saúde também como espaços masculinos e, por sua vez, os serviços de saúde reconheçam os homens como sujeitos que necessitem de cuidados; e

VI - integração da execução da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem às demais políticas, programas, estratégias e ações do Ministério da Saúde.

Art. 4º São objetivos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem:

I - promover a mudança de paradigmas no que concerne à percepção da população masculina em relação ao cuidado com a sua saúde e a saúde de sua família;

II - captar precocemente a população masculina nas atividades de prevenção primária relativa às doenças cardiovasculares e cânceres, entre outros agravos recorrentes;

III - organizar, implantar, qualificar e humanizar, em todo o território brasileiro, a atenção integral à saúde do homem;

IV - fortalecer a assistência básica no cuidado com o homem, facilitando e garantindo o acesso e a qualidade da atenção necessária ao enfrentamento dos fatores de risco das doenças e dos agravos à saúde;

V - capacitar e qualificar os profissionais da rede básica para o correto atendimento à saúde do homem;

VI - implantar e implementar a atenção à saúde sexual e reprodutiva dos homens, incluindo as ações de planejamento e assistência às disfunções sexuais e reprodutivas, com enfoque na infertilidade;

VII - ampliar e qualificar a atenção ao planejamento reprodutivo masculino;

VIII - estimular a participação e a inclusão do homem nas ações de planejamento de sua vida sexual e reprodutiva, enfocando as ações educativas, inclusive no que toca à paternidade;

IX - garantir a oferta da contracepção cirúrgica voluntária masculina nos termos da legislação específica;

X - promover a prevenção e o controle das doenças sexualmente transmissíveis e da infecção pelo HIV;

XI - garantir o acesso aos serviços especializados de atenção secundária e terciária;

XII - promover a atenção integral à saúde do homem nas populações indígenas, negras, quilombolas, gays, bissexuais, travestis, transexuais, trabalhadores rurais, homens com deficiência, em situação de risco, e em situação carcerária, entre outros;

XIII - estimular a articulação das ações governamentais com as da sociedade civil organizada, a fim de possibilitar o protagonismo social na enunciação das reais condições de saúde da população masculina, inclusive no tocante à ampla divulgação das medidas preventivas;

XIV - ampliar o acesso às informações sobre as medidas preventivas contra os agravos e as enfermidades que atingem a população masculina;

XV - incluir o enfoque de gênero, orientação sexual, identidade de gênero e condição étnico-racial nas ações socioeducativas;

XVI - estimular, na população masculina, o cuidado com sua própria saúde, visando à realização de exames preventivos regulares e à adoção de hábitos saudáveis; e

XVII - aperfeiçoar os sistemas de informação de maneira a possibilitar um melhor monitoramento que permita tomadas de decisão.

Art. 5º Compete à União:

I - coordenar e fomentar, em âmbito nacional, a implementação e acompanhar a implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem;

II - estimular e prestar cooperação técnica e financeira aos Estados e aos Municípios, visando à implantação e implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, de modo a valorizar e respeitar as diversidades locais;

III - promover, no âmbito de sua competência, a articulação intersetorial e interinstitucional necessária à implementação da Política;

IV - promover ações educativas relacionadas aos estereótipos de gênero;

V - estimular e apoiar a realização de pesquisas que possam aprimorar a Atenção Integral à Saúde do Homem;

VI - definir estratégias de Educação Permanente dos Trabalhadores do SUS, voltadas para a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem;

VII - estabelecer parceria com as diversas sociedades científicas nacionais e internacionais e as entidades de profissionais de saúde cujas atividades tenham afinidade com as ações propostas na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, a fim de possibilitar a colaboração técnica, no âmbito dos planos, programas, projetos, estratégias e atividades dela decorrentes;

VIII - coordenar o processo de construção das diretrizes/protocolos assistenciais da atenção à saúde do homem em parceria com os Estados e os Municípios;

IX - promover ações de informação, educação e comunicação em saúde visando difundir a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem;

X - estimular e apoiar o processo de discussão com participação de todos os setores da sociedade, com foco no controle social, nas questões pertinentes à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem;

XI - apoiar, técnica e financeiramente, a capacitação e a qualificação dos profissionais para a atenção à saúde do homem;

XII - estabelecer mecanismos de monitoramento e avaliação continuada dos serviços e do desempenho dos profissionais de saúde; e

XIII - elaborar e analisar os indicadores que permitam aos gestores monitorar as ações, os serviços e avaliar seu impacto, redefinindo as estratégias e/ou atividades que se fizerem necessárias.

Art. 6º Compete aos Estados:

I - fomentar a implementação e acompanhar, no âmbito de sua competência, a implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem;

II - estimular e prestar cooperação técnica e financeira aos Municípios visando à implantação e implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, de modo a valorizar e respeitar as diversidades locais;

III - acompanhar e avaliar, no âmbito de sua competência, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, promovendo as adequações necessárias, tendo como base o perfil epidemiológico e as especificidades locais;

IV - coordenar e implementar, no âmbito estadual, as estratégias nacionais de Educação Permanente dos Trabalhadores do SUS voltadas para a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, respeitando-se as especificidades locais;

V - promover, na esfera de sua competência, a articulação intersetorial e interinstitucional necessária à implementação da Política;

VI - elaborar e pactuar, no âmbito estadual, protocolos assistenciais, em consonância com as diretrizes nacionais da atenção, apoiando os Municípios na implementação desses protocolos;

VII - promover, junto à população, ações de informação, educação e comunicação em saúde visando difundir a Política;

VIII - estimular e apoiar, juntamente com o Conselho Estadual de Saúde, o processo de discussão com a participação de todos os setores da sociedade, com foco no controle social, nas questões pertinentes à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem;

IX - incentivar, junto à rede educacional estadual, ações educativas que visem à promoção e à atenção à saúde do homem;

X - capacitação técnica e qualificação dos profissionais de saúde para atendimento do homem; e

XI - analisar os indicadores que permitam aos gestores monitorar as ações e serviços e avaliar seu impacto, redefinindo as estratégias e/ou atividades que se fizerem necessárias.

Art. 7º Compete aos Municípios:

I - implementar, acompanhar e avaliar, no âmbito de sua competência, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, priorizando a atenção básica, com foco na Estratégia de Saúde da Família;

II - apoiar técnica e financeiramente a implementação e acompanhar, no âmbito de sua competência, a implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem;

III - implementar, no âmbito municipal, as estratégias nacionais de Educação Permanente dos Trabalhadores do SUS voltadas para a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, respeitando-se as especificidades locais;

IV - promover, no âmbito de sua competência, a articulação intersectorial e interinstitucional necessária à implementação da Política;

V - incentivar as ações educativas que visem à promoção e atenção da saúde do homem;

VI - implantar e implementar protocolos assistenciais, em consonância com as diretrizes nacionais e estaduais;

VII - promover, em parceria com as demais esferas de governo, a qualificação das equipes de saúde para execução das ações propostas na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem;

VIII - promover, junto à população, ações de informação, educação e comunicação em saúde visando difundir a Política;

IX - estimular e apoiar, juntamente com o Conselho Municipal de Saúde, o processo de discussão com participação de todos os setores da sociedade, com foco no controle social, nas questões pertinentes à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem;

X - capacitação técnica e qualificação dos profissionais de saúde para atendimento do homem; e

XI - analisar os indicadores que permitam aos gestores monitorar as ações e os serviços e avaliar seu impacto, redefinindo as estratégias e/ou atividades que se fizerem necessárias.

Art. 8º O processo de avaliação da implantação e implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem deverá ocorrer de acordo com as pactuações realizadas em âmbito federal, estadual e municipal, com destaque para o monitoramento dos indicadores do Pacto pela Vida, a ser realizado pelo Conselho Nacional de Saúde e pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT).

§ 1º A avaliação tem como finalidade o cumprimento dos princípios e diretrizes dessa Política, buscando verificar sua efetividade de modo a permitir a verificação de seu resultado sobre a saúde dos indivíduos e, conseqüentemente, sobre a qualidade de vida da população masculina.

§ 2º Uma avaliação mais detalhada da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem e o seu monitoramento deverão ocorrer no âmbito dos planos, programas, projetos, estratégias e atividades dela decorrentes.

§ 3º Para essa avaliação e monitoramento há de se definir critérios, parâmetros, indicadores e metodologia específicos, objetivando identificar, modificar e/ou incorporar novas diretrizes a partir de sugestões apresentadas pelo Ministério da Saúde, Comissão Intergestores Tripartite, Conselho Nacional de Saúde, Confederações dos Trabalhadores do Brasil, Centrais Sindicais e entidades empresariais, entre outras.

Art. 9º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

JOSÉ GOMES TEMPORÃO

Saúde Legis - Sistema de Legislação da Saúde