



## SAÚDE E MASCULINIDADE: UMA CALAMIDADE NEGLIGENCIADA

Manoel Guedes de Almeida<sup>1</sup>  
Tayná Maria Gonçalves Varão Silva<sup>2</sup>  
Maiara Carvalho Nogueira<sup>3</sup>  
Bruna Rodrigues Barbosa<sup>4</sup>  
Antonio Allan Camilo Oliveira Silva Sales<sup>5</sup>  
José Ivo dos Santos Pedrosa<sup>6</sup>

**Resumo:** O presente trabalho retrata a saúde do homem sob a ótica da identidade masculina. Através de revisão bibliográfica integrativa como metodologia, aborda a *masculinidade* em sua dialética com a saúde do homem e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), considerando suas dificuldades e perspectivas de implementação em um Sistema de Saúde que pouco dialoga com aspectos socioculturais na elaboração de ações em saúde.

**Palavras-chave:** Saúde dos Homens, Masculinidade, Políticas Públicas, Identidade de Gênero.

### INTRODUÇÃO

A Conferência Internacional de População e Desenvolvimento ocorrida na cidade do Cairo em 1994 assinalou a importância do homem nas discussões de gênero. Entretanto, o estudo do homem nunca conquistou prestígio social, descaracterizando-o enquanto gênero e o desvinculando de seu espaço e tempo.

Na dialética saúde-doença, a questão bem se delimita sob o prisma da promoção da saúde ao passo que junta em um rodo coeso e dinâmico os conceitos de qualidade de vida, cidadania e direitos humanos como construtores de um ambiente social saudável. Seriam os serviços de saúde, em especial a atenção básica na figura da Estratégia Saúde da Família (ESF), os disparadores desse processo. No entanto, inserir o homem nos serviços de saúde é um desafio que parte da construção da masculinidade (GOMES, 2007; PINHEIRO, 2002).

Com vistas a minimizar o vazio existente entre o homem e os serviços de saúde, foi

---

<sup>2</sup> Universidade Federal do Piauí - UFPI; [taynamaria@gmail.com](mailto:taynamaria@gmail.com)

<sup>3</sup> Universidade Federal do Piauí - UFPI; [mai.cn@hotmail.com](mailto:mai.cn@hotmail.com)

<sup>4</sup> Universidade Federal do Piauí - UFPI; [brbmed@hotmail.com](mailto:brbmed@hotmail.com)

<sup>5</sup> Universidade Federal do Piauí - UFPI; [allancsalles@hotmail.com](mailto:allancsalles@hotmail.com)

<sup>6</sup> <sup>1</sup> Universidade Federal do Piauí - UFPI; [jvpedrosa@ufpi.com.br](mailto:jvpedrosa@ufpi.com.br)

criada no Brasil a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH, 2008). Segundo Carrara (1996, 2004), as políticas de saúde voltadas para "populações específicas" provêm de um contexto histórico em que muito teve a participação de médicos e sanitaristas, os quais perceberam as prerrogativas que diferenciavam os gêneros. Desse modo, inserir o homem nas discussões de gênero e coadunar essas discussões em políticas do campo da saúde coletiva tornou-se imprescindíveis à efetividade das ações em saúde. Nesse contexto, o presente trabalho objetiva abordar a *masculinidade* em sua dialética com a saúde do homem e Políticas Públicas em Saúde (PPS) destinadas ao grupo.

## **METODOLOGIA**

Este trabalho trata-se de uma revisão bibliográfica integrativa nas bases de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Google Scholar através dos descritores Homem, Masculinidade, Gênero, Identidade, Promoção da Saúde, Equidade e Políticas Públicas, agrupados ou isoladamente com o objetivo de responder à questão “como a masculinidade é encarada pelas políticas públicas em saúde?”.

Revisão integrativa é uma metodologia de pesquisa que permite a síntese e incorporação de conhecimentos e a elaboração de estratégias de aplicabilidade prática. Permite, além disso, a inclusão de trabalhos de diversas metodologias, que podem contribuir para a resolução da pergunta-chave. Desse modo, aglutina o conhecimento atual sobre uma temática específica, de modo a permitir identificação, análise e síntese de vários trabalhos que versem sobre a mesma temática (SOUZA et. al. 2010).

Como critério de inclusão, foram utilizados trabalhos, publicados em periódicos brasileiros ou em livros em língua portuguesa ou espanhola. Como critério de exclusão, fora considerada, através de busca ativa, o distanciamento da questão norteadora do presente trabalho. Tendo em vista a escassez de trabalhos sobre a temática em questão, optou-se por não utilizar período de publicação como critério de inclusão/exclusão.

Utilizamos o desenho de ensaio, entendido como o exercício crítico de procura, de caráter exploratório, acerca de um tema ou objeto de reflexão com o objetivo de construir novas formas de abordagem ou de olhares sobre o assunto (TOBAR E YALOUR, 2001).

Para apresentação, síntese e análise dos dados, optou-se por abordagem descritiva, de modo a possibilitar observar, descrever, classificar e comparar dados.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Foram selecionados 11 trabalhos nas bases assinaladas e utilizando os critérios de inclusão e exclusão pré-estabelecidos segundo a relação com a pergunta-norteadora. Destes, 2 (18,18%) foram publicados na base Lilacs e 9 (81,82%) na base Scielo. As informações

colhidas foram confrontadas com a Política Nacional de Atenção Integral da Saúde do Homem (PNAISH).

Na base Scielo, foram encontrados artigos de 2003 (11,11%), 2005 (22,22%), 2008 (11,11%), 2009 (11,11%), 2010 (11,11%) e 2011 (11,11%). No Lilacs, os dois artigos encontrados são dos anos 2003 e 2005.

### ***Do contexto geral***

Entender a saúde do homem requer a elaboração de várias abordagens, geralmente apropriadas por campos diferentes do conhecimento. Se, por um lado, parte da construção da identidade de gênero masculino, por outro lado há se de entender como o produto dessa construção, no caso da saúde *strictu sensu* dialoga com os problemas mais prevalentes no gênero, criando pontos concretos e metodologias de intervenção efetivas (FIGUEREDO, 2008).

Aqui se situa um problema frequente nos artigos encontrados: a inapetência ou a falta de propósito em abarcar a ponte entre as ciências humanas, campo onde geralmente se situam as discussões sobre masculinidade, e as ciências biológicas ou biomédicas, onde a homem é entendido ou como máquina-homem ou como corpo cartesiano onde recaem determinadas doenças e que guarda determinado risco relativo de convalescência e morte.

Este constitui o maior nó na saúde do gênero masculino. Como efetivamente construir pontes entre os saberes das ciências humanas com saberes da saúde. Ponte por onde trafeguem políticas públicas e ações em saúde, veiculadas pelas unidades de saúde do Sistema Único de Saúde em todos os seus níveis de atenção. Desse modo, construir (assim, como um produto da construção humana) a saúde como material cimentante dos aspectos da vida, sejam eles sociais, econômicos ou culturais.

### ***Porque saúde do homem é campo que merece atenção?***

A relativa escassez de estudos brasileiros que têm a saúde do homem como tema traz consigo a necessidade de ampliação do masculino nos estudos de gênero. A partir de 1990, no entanto, gradativamente surgiram estudos que se apropriavam do tema como objeto de estudo.

Estudos epidemiológicos em várias partes do mundo indicam que, embora homens relatem menos agravos à saúde, as taxas de mortalidade e morbidade relacionadas a eles são significativamente maiores que as do sexo oposto (FIGUEREDO, 2008).

Dados coletados pelos autores relacionados Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) relativos ao ano de 2011 mostram que homens estão quantitativamente mais sujeitos à morte em decorrência de eventos violentos, sendo maiores o tempo de internação e a morbidade relacionada.

De 11268089 internações, 40,86% são representados por homens, enquanto mulheres representam 59,14% do total assinalado. Apesar de o número de internações relacionado ao sexo feminino ser quantitativamente maior, a qualidade dessas internações varia constitutivamente. Os dados coletados apontam que homens, quando sob internação hospitalar, estão sujeitos a maior tempo de permanência que mulheres (7,3 e 4,3 dias, respectivamente), o possibilita intuir sobre a gravidade das lesões ou agravos-base. Quando se observa a taxa de mortalidade geral em ambiente intra-hospitalar para o mesmo período observado, o sexo masculino apresenta taxa de 4,95 ao passo que o sexo feminino apresenta-se com taxa de 2,85 (SIH/SUS).

Homens também acessam em menor monta os serviços de saúde, sobretudo para ações de promoção e prevenção da saúde. Em geral, as idas aos serviços de saúde são relacionadas à doença já estabelecida, sendo a dor a principal queixa relacionada à doença, considerada o principal motivo para a ida ao ambiente médico. Estudos também apontam a preferência dos homens por serviços de saúde de maior complexidade, como hospitais, serviços de urgência, além de farmácias (PINHEIRO et. al. 2002; NASCIMENTO et. al. 2011).

Essas características epidemiológicas trazem à luz o problema grave de saúde no qual o sexo masculino se encontra, mas não apenas. Traz consigo a necessidade de construção da dialética gênero-masculinidade e sua inserção no campo da saúde pública, ao passo que é determinante do processo saúde-doença de homens.

### ***Saúde e masculinidade***

Quando se admite que o processo de adoecimento seja construído socialmente, afirma Figueredo (2008), é admissível que mulheres e homens vivam sob as mesmas condições sociais de desigualdade em saúde. Por outro lado, quando se amplia a visão da saúde para a subjetividade nas relações de produção de cuidado, distinguem-se marcadamente os dois gêneros, mesmo que com limites ora mais ora menos definidos.

A apropriação do termo Gênero pelo movimento feminista a partir da década de 1970 levou paulatinamente à expropriação de características ligadas ao gênero masculino, impulsionados pelo movimento eminentemente social inquietador à época. No entanto, nos anos que se seguiram buscou-se a distinção entre os termos sexo e gênero como uma tentativa de fugir ao determinismo biológico ensejado pelo primeiro termo.

Nesse contexto, Gomariz (1992) afirma que sexo é determinado biologicamente e se relaciona às características sexuais humanas. Vale de Almeida (2000) afirma, de forma elaborada, que gênero, ao contrário, seria a elaboração cultural do sexo. Nesse contexto,

podem-se haver gêneros distintos social e culturalmente construídos. Trazendo para a discussão da masculinidade quanto ao ponto de inflexão representado pelos dois conceitos, seria o homem desprovido de gênero, limitando-se à definição de *sexo masculino*?

A incorporação da temática pelo campo das ciências social trouxe novas questões ao conceito de homem e a dialética sexo-gênero masculino tornou-se mais imperativa, sobretudo pelas provocações do campo da saúde como reflexo da epidemiologia alarmante que caracteriza o grupo. Para este campo, sexo se relaciona mais intimamente com o conceito de corpo biológico, ao passo que gênero está relacionado às ideias e pensamentos de personalidade orientadores de ações. Como afirma Butter (1987), em citação por Figueredo (2008), o gênero é a forma de comunicação do corpo com o mundo.

A ampliação da perspectiva de gênero tem ampliado consideravelmente as possibilidades de intervenção sobre aspectos da saúde de homens ao passo que contribui sobremaneira para a redução das iniquidades sociais e culturais e suas consequências desastrosas para a saúde.

A dificuldade maior reside em articular de forma efetiva ações em saúde sob a ótica da construção identitária masculina. A superação do modelo biomédico da saúde frente a outra forma de entender as relações entre indivíduo, saúde, doença e coletividade leva a novas abordagens teóricas e desenvolvimento de novas metodologias e políticas em saúde que abarquem conceitos antes ignorados.

Estudos mostram que homens retardam ao máximo a ida aos serviços de saúde, o fazendo apenas quando não conseguem mais lidar por si com o problema ou agravo. A literatura aponta o trabalho como principal causa apontada para esse adiamento. No entanto, outro ponto geralmente apontado é a *maior capacidade física masculina*, o que lhes proporciona um sentimento de invulnerabilidade frente aos processos patológicos (SCHRAIBER *et. al.*, 2010; GOMES, 2003).

Em pesquisa feita pelos mesmos autores através de questionários semi-estruturados, a falta de tempo e o medo de perder o emprego são apontados como fatores determinantes do afastamento do homem dos serviços de saúde. O discurso da masculinidade hegemônica se faz presente durante todas as falas.

A dificuldade de acesso ao sistema de saúde e seu horário de funcionamento também foram apontados como determinantes do mais raro aparecimento de homens em suas unidades de assistência. A frequente falta de profissionais e a dificuldade em marcar consultas e fazer exames no SUS também foram apontadas como fatores que corroboram ao seu afastamento (SCHRAIBER *et. al.*, 2010).

O uso dos serviços de saúde de determinada localidade é determinado por vários fatores. Dentre eles, a disponibilidade, o tipo, a quantidade dos serviços e os recursos, a localização

geográfica, a cultura médica local, dentre outros, são aspectos que influenciam a utilização dos serviços (Wennberg, 1985, citado por PINHEIRO *et. al.*, 2002). Por outro lado, a subjetividade norteadora das ações individuais é determinante do padrão de fluxo nos sistemas de saúde. As desigualdades decorrentes da subjetividade masculina e feminina determinam, pois, padrões diferenciados diante da vida e do adoecimento (PINHEIRO, *et. al.*, 2002).

A negligência com sua própria saúde têm raízes na identidade masculina, onde admitir vulnerabilidade de qualquer tipo é incompatível com o gênero. Isso leva ao quadro de diagnóstico tardio, pior prognóstico e menor sobrevida e qualidade de vida do paciente afetado. Quando questionados, os homens geralmente associam os serviços de saúde da atenção básica como destinados à mulheres e crianças, em parte por sua identidade e em parte por serem as políticas públicas em saúde geralmente direcionadas a esses dois grupos.

### ***Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH)***

Ponto de inflexão na abordagem política da saúde do homem, o PNAISH, instituído em 2008, constitui, antes de tudo, imagem - objetivo ou bandeira de luta da sociedade civil organizada e comunidade científica no sentido de reconhecer a grandiosidade dos agravos que acometem o sexo masculino. Tem, para tanto, o objetivo de promover ações de saúde que considerem a dimensão da masculinidade em seus diversos contextos. Com isso, essa política indica um norte de ações nos serviços de saúde de todo o país.

Em trecho da política, alguns pontos merecem destaque:

*Os homens têm dificuldade em reconhecer suas necessidades, cultivando o pensamento mágico que rejeita a possibilidade de adoecer. Ainda, os serviços e as estratégias de comunicação privilegiam as ações de saúde para a criança, o adolescente, a mulher e o idoso.*

(PNAISH, 2008)

Os dois trechos destacados trazem consigo duas formas de ver o mundo que se somam. A idéia expressa em uma política pública que vise à atenção integral do homem deve, impreterivelmente, considerar a construção de sua identidade de gênero determinante de seu modo de vida. Ao contrário, a política assume o modo de vida masculino como fruto do cultivo de pensamento mágico. Isto diz muita coisa. O produto desses dizeres reverbera em práticas já consolidadas que podem ser observadas na segunda assertiva destacada, que afirma que as ações em saúde privilegiam crianças, adolescentes, mulheres e idosos.

Apesar disso, a política se obstina á mudar foco da assistência aos homens para ações de prevenção e promoção da saúde. No entanto, quando se observa criticamente o decorrer das

estratégias propostas, grande parte delas se restringe a ações de prevenção da saúde relacionadas principalmente ao câncer e violência.

Apesar de entender, a princípio, o homem em sua totalidade, entende por *totalidade* apenas aspectos biológicos relacionados ao adoecimento, desconsiderando tanto a masculinidade como parte do processo ou como substância untadora das partes constituintes desse processo.

O termo “masculinidade” surge no texto da PNAISH 5 vezes durante a introdução, 2 vezes no diagnóstico e 1 vez no item que trata de violência. “Gênero” aparece apenas 2 vezes na introdução, 1 vez no diagnóstico, é duas vezes associado a álcool e é parte dos objetivos específicos da política, ao ensejar *incluir o enfoque de gênero, orientação sexual, identidade de gênero e condição étnico-racial nas ações educativas*. O termo “Câncer”, surge no texto, como padrão de comparação, no total de 26 vezes.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Neste trabalho, fora abordada a saúde do homem sob a ótica da masculinidade e identidade de gênero, somando para a discussão das ações ensejadas pelas políticas públicas em saúde sobre o assunto, sobretudo a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.

Existem várias barreiras à ação dos serviços de saúde no público masculino. Grande parte delas é condicionada pela construção sociocultural do gênero masculino, que afasta os homens dos serviços de saúde determina maior risco de adoecimento e morte.

Esses aspectos do universo masculino não são abarcados pelas ações dos serviços de saúde, que pouco se adéqua às características do gênero masculino, suas condições de trabalho e modo de vida.

A PNAISH, apesar de considerar uma abordagem integral à saúde, deixa a desejar quanto à sua efetividade por desconsiderar a dialógica das microrelações em âmbito local, onde os papéis sociais orientados pela masculinidade se expressam em sua totalidade. Deixa margem, com isso, à reprodução de práticas em saúde posteriores, segundo uma visão cartesiana do corpo, biológica *strictu sensu*, onde a integralidade se limita à integralidade de sistemas.

Cabe, pois, ampliar a discussão de gêneros assim como se propunha a PNAISH. Mas não apenas, assumir a bandeira de luta por melhores condições de vida e a inclusão do modo de vida masculino para além do combate ao câncer e violência.

## REFERÊNCIAS

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**. Brasília, 2008.

COSTA, R. G. **Saúde e masculinidade: reflexões de uma perspectiva de gênero**. Revista Brasileira de Estudos de População, v.20, n.1, jan./jun. 2003

FIGUEIREDO, W. **Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária**. Ciência & Saúde Coletiva, 10(1):105-109, 2005.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F.; ARAÚJO, F. C. **Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(3):565-574, mar, 2007

GOMES, R. **Sexualidade masculina e saúde do homem: proposta para uma discussão**. Ciência & Saúde Coletiva, 8(3):825-829, 2003.

GOMÁRIZ, E. **Los estudios de género y sus fuentes epistemológicas: peridiozición y perspectivas**. Isis internacional - Ediciones de las mujeres, nº 17, 1992, p. 83-110.

MEIRELLES, R. M, R.; HOHL, A. **Saúde masculina: tão negligenciada, principalmente pelos homens**. Arq Bras Endocrinol Metab. 2009;53/8 899

NASCIMENTO, A. R. A.; TRINDADE, Z. A.; GIANORDOLI-NASCIMENTO, I. F.; PEREIRA, F. B SILVA, S. A. T. C.; CERELLO, A. C. **Masculinidades e Práticas de Saúde na Região Metropolitana de Belo Horizonte - MG**. Saúde Soc. São Paulo, v.20, n.1, p.182-194, 2011

PINHEIRO, R. S.; VIACAVA, F.; TRAVASSOS, C.; BRITO, A. S. **Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil**. Ciência & Saúde Coletiva, 7(4):687-707, 2002

SCHRAIBER, L. B.; FIGUEIREDO, W. S.; GOMES, R.; COUTO, M. T.; PINHEIRO, T. F.; MACHIN, R.; SILVA, G. S. N.; VALENÇA, O. **Necessidades de saúde e masculinidades:atenção primária no cuidado aos homens**. Cad. Saúde Pública, Rio de



Janeiro, 26(5):961-970, mai, 2010

**SOUZA, E. R. Masculinidade e violência no Brasil: contribuições para a reflexão no campo da saúde.** Ciência & Saúde Coletiva, 10(1):59-70, 2005.

**VALE DE ALMEIDA, M. Senhores de si: uma interpretação antropológica da masculinidade.** Lisboa. Ed. Fim de século, 2000.