

Fundação Presidente Antônio Carlos FUPAC/UBÁ
Graduação em Psicologia

**PRESSÕES SOCIAIS E NORMAS DE MASCULINIDADE: IMPACTOS
NA SAÚDE MASCULINA.**

Social pressures and masculinity norms: impacts on men's health.

Lucas Fernandes dos Santos¹; Lucas Vander Campos¹, Samuel Freitas de Castro²

¹ Discente do curso de graduação em Psicologia da Fundação Presidente Antônio Carlos – FUPAC/Ubá, Minas Gerais.

² Psicólogo. Docente da Faculdade Presidente Antônio Carlos-FUPAC.

RESUMO

O artigo explora o impacto do estigma associado à masculinidade tradicional na saúde dos homens, ressaltando como a construção histórica de valores força, autossuficiência e resistência emocional impedem, que homens busquem apoio e expressem vulnerabilidades. A pressão social para evitar fragilidades resulta em subdiagnóstico de transtornos mentais, agravamento de sintomas e maior risco de suicídio entre homens. A falta de políticas públicas que abordem as especificidades masculinas na saúde mental perpetua essa resistência cultural. Este estudo defende a necessidade de reavaliar os estereótipos de masculinidade e promover políticas que incluam o autocuidado e a expressão emocional como partes essenciais para o bem-estar masculino. Incentivar novos modelos de masculinidade pode melhorar a qualidade de vida dos homens.

Palavras-chave: Masculinidade tradicional; Saúde mental masculina; Estigma social.

ABSTRACT

This article explores the impact of the stigma associated with traditional masculinity on men's mental health, highlighting how the historical construction of values such as strength, self-sufficiency and emotional resilience prevent men from seeking support and expressing vulnerabilities. Social pressure to avoid fragility results in underdiagnosis of mental disorders, worsening of symptoms and a higher risk of suicide among men. The lack of public policies that address male specificities in mental health perpetuates this cultural resistance. The article argues in favor of the need to re-evaluate masculinity stereotypes and promote policies that include self-care and emotional expression as essential parts of men's well-being. Encouraging new models of masculinity can improve men's quality of life and reduce suicide rates.

Keywords: traditional masculinity; men's mental health; social stigma.

Correspondência

Nome: Lucas Fernandes dos Santos

Nome: Lucas Vander Campos

E-mail: lucas.fernandes.1991@gmail.com

E-mail: lucasvander campos@gmail.com

INTRODUÇÃO

A masculinidade na pós-modernidade é tratada de forma hegemônica como um reflexo do homem que apresenta um padrão de reafirmação e validação contínua de sua virilidade. Homens que performam esse modelo se distanciam de tudo aquilo que compromete o “universo feminino”, como a expressão de sentimentos, medos e fraquezas. A construção e evolução da masculinidade e da sexualidade masculinas ocorrem por meio do corpo, que é definido pela habilidade de desempenhar funções de liderança e alcançar supremacia.(Connell & Messerschmidt,2013; Friañoia et all,2021).

Nesse contexto, as mulheres se tornam o principal alvo do machismo, embora os homens também sejam afetados por ele em certa medida. Essa influência se dá pela internalização de modelos predominantes de masculinidade, gerando angústias e dificultando a expressão e o reconhecimento dessas emoções (Silva & Melo, 2021).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a definição de saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença. No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS), após sua criação e regulamentação, trouxe avanços importantes, como a consolidação de um sistema universal que busca a equidade e integralidade (WHO, 2010; Ministério da Saúde, 2010). Contudo, ao se aplicar a classificação de gênero à saúde, torna-se evidente a assimetria entre homens e mulheres no que diz respeito à representação e ao estabelecimento de suas relações. A sociedade funciona como um vetor que permeia a produção da subjetividade, o que impacta as interpretações sobre o adoecimento psíquico. Para os homens, adoecer psicologicamente é visto como um fracasso social, pois um homem "doente" é frequentemente excluído da esfera pública e relegado ao espaço privado, associado à monotonia e inatividade (Zanello, Fiuza & Costa, 2015).

A conexão entre homens, violência e saúde traz consequências adversas para sua saúde mental, uma vez que atos violentos são considerados parte integrante da socialização masculina e da expressão da masculinidade. Esses comportamentos afetam a forma como os homens cuidam de sua saúde e de seus corpos, e, apesar de as necessidades de saúde dos homens estarem intimamente ligadas a episódios de violência, elas são frequentemente negligenciadas (Albuquerque, Barros & Schraiber, 2013). Além disso, o sofrimento e o funcionamento narcísico dos homens são influenciados por valores de gênero, o que sublinha a ideia de que a reação ao sofrimento é construída socialmente. Assim, a subjetivação masculina e feminina ocorre de maneiras distintas, resultando em diferentes formas de expressar o adoecimento psíquico (Zanello & Bukowitz, 2011).

Homens tendem a reconhecer menos os sintomas relacionados ao humor, já que esses sentimentos não se conformam às noções dominantes de masculinidade. Em vez disso, eles muitas vezes respondem ao estresse psicológico com comportamentos como abuso de álcool, exagero na tomada de riscos e violência, caracterizando o fenômeno psicanalítico do "*acting-out*". Essa forma de reação, além de prejudicial, faz com que o sofrimento mental passe despercebido pelos profissionais de saúde (Silva & Melo, 2021). Admitir o problema, portanto, torna-se o primeiro e mais difícil passo. Observa-se ainda que a busca por ajuda depende de boas conexões no ambiente familiar, no trabalho e nos esportes; embora os homens, mesmo se vendo como ajudantes, muitas vezes tenham receio de não serem capazes de oferecer o suporte necessário (Silva & Melo, 2021).

Em síntese, o estudo aborda os problemas de saúde mental masculina e seu impacto negativo na vida dos homens. O estigma social em torno da masculinidade pode impedir que muitos busquem ajuda, resultando em diagnósticos tardios e em um risco elevado de suicídio. A associação entre doença mental e fraqueza, combinada com a dificuldade de expressar emoções, tende a levar a um subdiagnóstico, apontando a necessidade de superar essas barreiras e redefinir os estereótipos de masculinidade.

DESENVOLVIMENTO

Padrões de masculinidade: investigando o comportamento dos homens na sociedade.

Ao analisar a evolução da cultura e das interações sociais contemporâneas, é evidente o aumento do interesse e a extensa produção teórica em torno do feminismo e feminilidade, cujo objetivo é proporcionar dignidade e uma participação mais equitativa para as mulheres na sociedade. No entanto, em contraste com esse progresso, a investigação sobre o masculino e suas dinâmicas sociais foi relegada a um segundo plano, perpetuando o machismo sutil e restringindo as definições do que é considerado como comportamento masculino na sociedade (Firmino et al., 2019).

As diversas concepções presentes na sociedade contemporânea sobre o que significa "ser homem" destacam a importância de abordar a masculinidade do ponto de vista psicológico. O interesse por esse tema começou a se disseminar mais amplamente a partir da década de 1960, levando ao surgimento de uma nova área da psicologia conhecida como "psicologia dos homens e da masculinidade". Nessa área, três paradigmas principais foram propostos,

encapsulando as principais pesquisas e abordagens teóricas da época:

PARADIGMAS BIOLÓGICOS E EVOLUCIONISTAS	Enfatizam os processos biológicos e evolutivos que influenciam o comportamento social tanto masculino quanto feminino.
PARADIGMAS DE IDENTIDADE DE GÊNERO	Concebe essa identidade como um resultado natural do processo de desenvolvimento
PARADIGMAS DA TENSÃO DO PAPEL DE GÊNERO	Sugere a construção cultural da masculinidade e a constante tensão gerada pela tentativa de homens de agir de acordo com esse papel socialmente estabelecido.

Fonte: Gurra et al., 2014.

O conceito de masculinidade hegemônica foi introduzido por Raewyn Connell em sua obra *Masculinities* (1995) e descreve um padrão de masculinidade dominante que se impõe sobre outras formas de masculinidade e feminilidade na sociedade. A masculinidade hegemônica, associada a características como heterossexualidade, força física e poder social, é mantida pela subordinação das masculinidades subalternas, que incluem masculinidades que não se alinham aos ideais dominantes, como aquelas ligadas a minorias étnicas, sexuais ou de classes marginalizadas. Essa hierarquia entre masculinidades é uma construção social que reforça o patriarcado e as desigualdades de gênero ao validar algumas expressões masculinas como superiores e marginalizar outras, estabelecendo uma relação de poder que perpetua a desigualdade (Connell, 1995)

A hegemonia de um modelo particular de masculinidade, centrado no homem branco heterossexual e percebido como uma categoria neutra, sem distinções explícitas de gênero e raça, continua a ser predominante na sociedade. Essa representação reforça a ideia de que certos traços masculinos são universais e, ao serem naturalizados, deixam de ser reconhecidos como construções sociais específicas, o que invisibiliza outras expressões de masculinidade. No entanto, a distinção entre masculinidades hegemônicas e subalternas apresenta limites e fronteiras questionáveis, gerando reflexões sobre onde termina a masculinidade dominante e onde começam as variantes subalternas. Esse panorama ressalta a complexidade e a fluidez das construções de gênero e masculinidade na sociedade (Silva, 2015).

O modelo hegemônico de masculinidade, caracterizado por ideais de invulnerabilidade, força e virilidade, pode atuar como uma barreira cultural para o autocuidado masculino e para

a adoção de medidas preventivas de saúde. A resistência dos homens em cuidar de si mesmos pode ser atribuída a essas normas culturais que associam o cuidado com a saúde a características femininas, desafiando a ideia convencional do que significa "ser homem". Essa resistência pode resultar em comportamentos de risco, como práticas sexuais desprotegidas, que não apenas colocam os homens em situações de vulnerabilidade, mas também podem afetar a saúde das mulheres. Portanto, a desconstrução dos estereótipos de gênero e a promoção de uma masculinidade mais saudável e inclusiva são fundamentais para abordar essas questões e melhorar os resultados de saúde para todos. (Cunha et al., 2012)

Desenvolvido há duas décadas, o conceito de masculinidade hegemônica influenciou profundamente o pensamento atual sobre gênero, homens e a estrutura social. Tal conceito estabelece ligações entre o campo crescente dos estudos masculinos, preocupações populares sobre o comportamento másculo e juvenil, além das perspectivas feministas sobre o patriarcado e as construções sociais de gênero. No entanto, também tem sido alvo de críticas sérias de diversas perspectivas, entre elas, a sociológica, psicológica, pós-estruturalista e materialista (Messerschmidt & Connell, 2013).

A masculinidade subalterna é a prática da masculinidade que é subordinada ou periférica à noção principal da masculinidade em uma determinada sociedade. Essas masculinidades não estão em conformidade com o conceito cultural dominante de masculinidade e, como resultado, são frequentemente desconsideradas, estigmatizadas ou excluídas. Além disso, são afetadas por fatores como classe social, raça, etnia, orientação sexual e, muitas vezes, desafiam as convenções e expectativas tradicionais associadas a "ser homem". Essa ideia é significativa para compreender as dinâmicas de poder e as lacunas nas relações de gênero (Connell, 1995).

Tradicionalmente, associa-se a força e invulnerabilidade ao homem, enquanto atribui-se fragilidade e sensibilidade à mulher. Isso se reflete na maneira como os serviços de saúde são estruturados, com maior atenção voltada para indivíduos considerados vulneráveis, geralmente associados a estereótipos femininos, o que pode levar à exclusão de homens como beneficiários das políticas de saúde, visto que não são considerados como sujeitos de cuidado, o que contribui para a desigualdade de gênero no acesso aos serviços de saúde. A divisão do cuidado, pautada em gênero, é destacada como uma prática social que perpetua esses padrões, direcionando as intervenções de saúde para determinados grupos, enquanto negligencia outros. Isso evidencia a necessidade de reconhecer e abordar as disparidades de gênero na prestação de serviços de saúde e na formulação de políticas públicas, a fim de promover a equidade e a inclusão de todas as identidades de gênero. Além disso, a masculinidade é conceituada como

um espaço simbólico que influencia a identidade masculina, moldando atitudes, comportamentos e emoções esperados de um homem em uma determinada cultura, havendo variação desses atributos ao longo do tempo e entre diferentes segmentos sociais (Martins & Modena, 2016).

Construções culturais e autocuidado: O impacto da masculinidade na Saúde dos Homens

A construção da masculinidade tradicional no Brasil, permeada por valores culturais que enaltecem a força, invulnerabilidade e autonomia, exerce uma forte influência no comportamento dos homens em relação à saúde. Esse modelo hegemônico, baseado na visão de autossuficiência, desencoraja práticas de autocuidado, como a busca por serviços preventivos de saúde, e favorece a exposição a atividades de risco, incluindo o abuso de álcool, o envolvimento em situações violentas e a negação da própria vulnerabilidade. Em consequência, a resistência em reconhecer sinais de adoecimento e a dificuldade em buscar atendimento médico precocemente contribuem para a piora do quadro de saúde dos homens, elevando os índices de morbimortalidade entre eles (Gomes et al., 2007).

Estudos sobre a saúde masculina apontam que a masculinidade hegemônica no Brasil está ligada a uma série de expectativas sociais e culturais que, historicamente, desvalorizam a importância do autocuidado e reforçam a visão de que a saúde é uma responsabilidade feminina. Essa construção social do papel masculino restringe o envolvimento dos homens com práticas de promoção de saúde e dificulta o seu acesso aos serviços de atendimento primário, que, tradicionalmente, são mais acessados por mulheres e crianças (Vieira et al., 2013). Por isso, os serviços de saúde ainda não atendem completamente às necessidades dos homens, deixando muitas vezes de reconhecer as particularidades dessa população e de propor estratégias de atendimento que considerem as dinâmicas culturais envolvidas (Moreira et al., 2016).

A criação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), em 2009, representou um marco na tentativa de incluir os homens nos serviços de saúde de maneira mais abrangente. A PNAISH foi uma iniciativa pioneira na América Latina e uma das primeiras do mundo a focar na saúde masculina com o objetivo de reduzir a morbimortalidade por causas evitáveis e promover o acesso a serviços de saúde de forma ampla e inclusiva (Knauth et al., 2012). A política busca, sobretudo, entender as particularidades da saúde masculina e combater as barreiras culturais e estruturais que distanciam os homens dos serviços de saúde. No entanto, apesar do seu potencial, a PNAISH enfrenta limitações em sua implementação, frequentemente

priorizando o tratamento de doenças, especialmente aquelas associadas à sexualidade, como a disfunção erétil, o que gera críticas em relação à medicalização da saúde masculina e ao seu enfoque predominantemente assistencial (Vieira et al., 2013).

As barreiras para o autocuidado e a busca por atendimento médico entre homens refletem uma masculinidade que valoriza a resistência, minimiza a vulnerabilidade e, em última análise, compromete a saúde masculina. Essa postura cultural contribui para uma negligência persistente ao autocuidado. A resistência masculina ao cuidado pode ser compreendida em cinco aspectos principais: fatores biológicos que afetam a saúde; desigualdades sociais que limitam o acesso aos recursos; comportamentos incentivados pelas expectativas de gênero; menor frequência com que os homens buscam serviços de saúde; o tipo de cuidado oferecido pelos profissionais, que nem sempre considera as especificidades masculinas. Esses elementos, somados, evidenciam diferenças significativas nos padrões de adoecimento e mortalidade entre homens e mulheres (Vieira et al., 2013).

A pressão para provar a virilidade e manter uma imagem de autossuficiência faz com que muitos homens evitem os serviços de saúde, a não ser em situações graves, gerando uma sobrecarga no sistema de saúde e elevando os custos sociais, pois o atendimento acaba sendo feito apenas em estágios mais avançados de doenças, o que amplia o sofrimento dos pacientes e das suas famílias (Gomes et al., 2007).

A relação dos homens com os serviços de saúde revela-se complexa, especialmente no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS), onde predominam ações voltadas para a saúde materno-infantil e a saúde dos idosos. O sistema de saúde tem se adaptado lentamente para incluir o atendimento masculino, mas o modelo de masculinidade ainda vigente, que afasta o homem do cuidado preventivo e da APS, precisa ser reavaliado (Moreira et al., 2016). Em um estudo de Vieira et al. (2013), observou-se que os homens tendem a acessar os serviços de saúde principalmente em situações de emergência ou para o tratamento de doenças crônicas na idade avançada, o que acentua a mortalidade precoce em quase todas as faixas etárias masculinas.

A introdução de políticas de saúde voltadas especificamente para os homens, como a PNAISH, destaca a importância de uma mudança cultural que reconheça a necessidade do autocuidado masculino. Essa política também evidencia uma resposta governamental ao aumento da vulnerabilidade dos homens a doenças cardiovasculares, neoplasias e problemas de saúde mental, além de causas externas, como acidentes e agressões (Knauth et al., 2012). Contudo, a transformação cultural é um processo longo, que exige campanhas de conscientização e educação que abordem o autocuidado como uma responsabilidade universal,

independente do gênero (Moreira et al., 2016)

Uma estratégia interessante no contexto da saúde masculina é o incentivo ao envolvimento dos homens durante o pré-natal de suas companheiras. Essa abordagem visa não apenas a promover a saúde sexual e a paternidade responsável, mas também pode facilitar o engajamento masculino com os serviços de saúde em uma etapa crítica da vida familiar. Ao participar desse processo, os homens se familiarizam com a prática do autocuidado, desenvolvendo uma percepção mais positiva sobre a busca por atendimento médico e o acompanhamento preventivo de saúde. No entanto, essa ação é insuficiente se o modelo de atendimento não for ampliado para incluir outras esferas da vida masculina, além das questões de paternidade e da saúde sexual (Moreira et al., 2016).

A compreensão do conceito de gênero como uma construção social e cultural pode ajudar a desvendar as expectativas que limitam a experiência masculina de saúde. A masculinidade é performativa, moldada por atos e comportamentos que são reforçados pelas normas sociais, de modo que questionar essas normas abre espaço para um novo entendimento da saúde masculina. As trocas simbólicas nas relações entre homens e mulheres, também oferecem uma base para repensar o envolvimento dos homens nos cuidados de saúde, ao indicar que o apoio e o incentivo à saúde masculina podem ser fortalecidos por meio de interações sociais e trocas simbólicas que ultrapassem os papéis tradicionais de gênero. (Butler, 1990, apud Moreira et al., 2016).

Portanto, os desafios à promoção da saúde masculina no Brasil exigem políticas públicas que abordem as especificidades das necessidades dos homens e incentivem uma cultura de autocuidado e prevenção, buscando diminuir as desigualdades de gênero e promover o bem-estar integral de todos os cidadãos. Com o apoio da PNAISH e de outras políticas focadas em saúde masculina, é possível avançar em direção a um modelo de saúde mais inclusivo e sensível às diferenças culturais e de gênero que influenciam as práticas de autocuidado (Gomes et al., 2007; Knauth et al., 2012).

Desafios na atenção à saúde Masculina: A ausência de políticas específicas

A adesão dos homens aos serviços de saúde é notoriamente baixa, o que parece ser influenciado tanto por questões de gênero quanto por fatores psicossociais e culturais. Esse fenômeno se explica, em parte, pela persistência de estereótipos de masculinidade, que desencorajam a busca por cuidados preventivos ou intervenções precoces. Além disso, fatores

como o estigma associado à vulnerabilidade e o papel tradicionalmente atribuído ao homem como provedor reforçam a ideia de autossuficiência, dificultando o engajamento em ações de saúde. Esse cenário revela que o público masculino ainda não ocupa o foco central das políticas de saúde vigentes. De fato, a maioria dos órgãos normativos internacionais e gestores de saúde global têm dedicado pouca atenção à população masculina, resultando em políticas incipientes em países como o Brasil (Paula et al., 2022).

Dada a menor expectativa de vida dos homens, o aumento das taxas de morbimortalidade e a crescente necessidade de serviços de saúde de qualidade que atendam às suas especificidades, é essencial investigar as políticas de saúde existentes tanto em nível nacional quanto internacional voltadas para esse grupo populacional. A falta de cuidados de saúde direcionados aos homens enfatiza a urgência de desenvolver estratégias eficazes e abrangentes para abordar suas necessidades de saúde de maneira adequada e inclusiva (Carrara et al., 2009).

A taxa de mortalidade masculina no Brasil apresenta índices expressivos, refletindo questões sociais, econômicas e comportamentais. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a expectativa de vida dos homens é significativamente menor que a das mulheres. Em 2022, a esperança de vida ao nascer para homens era de 72,6 anos, enquanto para mulheres era de 79,8 anos (IBGE, 2023). Essa diferença reflete, entre outros fatores, comportamentos de risco mais frequentes entre os homens, além de uma menor busca por cuidados preventivos de saúde.

Adicionalmente, o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde aponta que causas externas, como homicídios e acidentes de trânsito, são responsáveis por uma grande parcela das mortes masculinas, especialmente entre jovens de 15 a 29 anos. Esses fatores, combinados com doenças crônicas como doenças cardiovasculares, hipertensão e diabetes, elevam a taxa de mortalidade entre homens, especialmente em áreas com maiores índices de vulnerabilidade social (Ministério da Saúde, 2023).

Para enfrentar esse quadro, políticas públicas voltadas à saúde integral do homem foram estabelecidas, como a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), que visa ampliar o acesso e a adesão dos homens aos serviços de saúde, enfatizando a prevenção e a promoção da saúde. No entanto, a efetividade dessas políticas ainda encontra barreiras culturais e institucionais, que limitam a redução significativa dos índices de mortalidade masculina (Brasil, 2009).

Do ponto de vista histórico das políticas de saúde voltadas a "populações específicas",

a recente criação, pelo Ministério da Saúde brasileiro, de um Programa de Saúde do Homem representa um momento significativo no longo processo de medicalização do corpo masculino. Ao longo do último século, médicos e sanitaristas perceberam que certas prerrogativas de gênero tornavam os homens especialmente perigosos (e em perigo) do ponto de vista da saúde pública. Embora não tenham explicitamente focado os homens ou a masculinidade como uma preocupação central, campanhas contra o alcoolismo e as chamadas doenças venéreas buscavam higienizar espaços de sociabilidade predominantemente masculinos, como bares e bordéis, e modificar convenções relativas à masculinidade, como o exercício da sexualidade fora dos limites do casamento. (Carrara et al., 2009)

Embora o acesso e a implementação sejam variáveis e ainda insuficientes em muitos contextos, há também políticas públicas de saúde para homens trans no Brasil. Desde 2013, o Sistema Único de Saúde (SUS) incluiu diretrizes para atender às necessidades de saúde da população trans, incluindo homens trans, com a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBTQIAPN+). Essa política visa combater discriminações e promover o acesso equitativo e integral à saúde, com diretrizes voltadas à sensibilização e capacitação de profissionais e à adequação dos serviços de saúde para atender demandas específicas dessa população, como hormonização e assistência cirúrgica (Brasil, 2013).

Contudo, apesar dos avanços normativos, o acesso a esses serviços ainda enfrenta desafios, como a discriminação nos ambientes de saúde e a falta de preparo de muitos profissionais. Pesquisas revelam que homens trans frequentemente enfrentam barreiras ao buscar atendimento ginecológico e psicológico, além de encontrarem dificuldades para receber suporte adequado durante o processo de hormonização e para realizar procedimentos cirúrgicos. Esse contexto evidencia a importância de políticas contínuas e de capacitação permanente dos profissionais de saúde para garantir a efetividade das ações previstas na política (Castro & Abramovay, 2021).

Políticas públicas são, portanto, um passo essencial para a promoção da saúde integral dos homens trans. Contudo, a implementação plena dessas diretrizes requer não apenas recursos e infraestrutura, mas também uma mudança cultural e educacional que permita a criação de um ambiente de saúde acolhedor e seguro. A sensibilização e o treinamento dos profissionais de saúde são fundamentais para o atendimento integral e o respeito aos direitos dessa população (Brasil, 2013; Castro & Abramovay, 2021).

No entanto, todos esses esforços não foram suficientes para a formulação de estratégias

estatais específicas para a população masculina, pelo menos não com a mesma intensidade que para mulheres e outras categorias sociais. Tampouco se consolidou uma especialidade médica dedicada exclusivamente aos homens. Enquanto a medicina investiu significativamente nos corpos femininos, levando à institucionalização da ginecologia já no final do século XIX a andrologia nunca alcançou um status comparável. Isso indica que o desenvolvimento de uma ciência focada no homem como um sujeito de gênero, e não apenas como representante universal da espécie humana, ainda enfrenta grandes dificuldades para se estabelecer (Carrara et al., 2009).

Nas últimas duas décadas, pesquisadores de diversas disciplinas têm se empenhado em compreender os riscos diferenciados de adoecimento e morte entre homens e mulheres. Historicamente, destacam-se duas contribuições das ciências sociais: o reconhecimento do caráter social do adoecimento em geral e a perspectiva de gênero como uma forma específica de relação entre saúde e sociedade, especialmente no que se refere à saúde das mulheres. Além disso, uma terceira esfera do campo da Saúde Coletiva tem sido fundamental para que a saúde dos homens, sob a ótica das masculinidades, torne-se um tema de destaque nos dias atuais: o crescente debate sobre a promoção da saúde, cuja definição positiva envolve questões de direitos e equidade (Villela, 2005).

Incluir a participação dos homens nas ações de saúde é, no mínimo, um desafio por diversas razões. Uma delas é que, geralmente, a socialização masculina não enfatiza o cuidado de si mesmo e a valorização do corpo no contexto da saúde, nem o cuidado com os outros. Por outro lado, alguns homens, ao se dedicarem ao cuidado de seus corpos, acabam adotando práticas de fisiculturismo extremo, transformando o cuidado de si em um risco para a saúde. A reivindicação de uma política de saúde mais integral para os homens poderia ser vista inicialmente como um movimento contrário aos esforços de promover programas de gênero voltados para a saúde das mulheres. No entanto, é justamente a partir da dimensão de gênero que se justifica também uma abordagem voltada para os homens, pois tanto homens quanto mulheres precisam ser vistos em sua singularidade e diversidade dentro das relações que estabelecem. Compreender essas singularidades permite uma melhor aproximação da relação entre os gêneros, assegurando um conhecimento mais profundo das especificidades de cada um em interação. No que tange às questões de prevenção e promoção da saúde, percebe-se que os efeitos de incluir os homens no debate não se restringem apenas à saúde masculina. Como consequência, há benefícios também para a saúde feminina em temas que só avançam com a participação masculina em seu enfrentamento (Villela, 2005).

A masculinidade é uma construção prática que define a posição dos homens nas relações de gênero, caracterizada pela existência de uma masculinidade culturalmente dominante que serve como modelo. Essa construção é moldada pelas interações entre homens e mulheres. No entanto, nem todos os homens adotam este modelo como próprio, o que evidencia a coexistência de múltiplas manifestações de masculinidades. Essas manifestações podem incluir características como virilidade, agressividade, ambição, competitividade, coragem e autoridade, entre outras. No contexto da saúde, os estudos de gênero têm historicamente focado predominantemente na saúde da mulher. Somente a partir do final da década de noventa, com o impulso da expansão da epidemia de HIV/AIDS, é que os trabalhos começaram a abordar a interseção entre masculinidade e saúde de forma mais significativa (Figueiredo & Schraiber, 2008).

O conceito de saúde mental envolve uma análise holística do ser humano como um ser biopsicossocial, considerando todas as suas relações interpessoais, com o meio ambiente e consigo mesmo. Nas últimas décadas, houve uma crescente preocupação em equilibrar diversas áreas da vida para alcançar uma mente saudável. Nesse contexto, há uma atenção especial ao impacto do sexo e gênero na saúde mental, dado que certas condições psiquiátricas afetam significativamente mais os homens do que as mulheres, evidenciando um padrão de absenteísmo masculino na busca por serviços de ajuda nessa área. Portanto, as questões de gênero estão cada vez mais presentes na discussão sobre saúde mental, sublinhando a urgência de compreender e abordar a ocorrência do absenteísmo masculino nesse contexto através de ações efetivas (Becker et al., 2021).

CONCLUSÃO

A abordagem do cuidado à saúde masculina tem o potencial de evoluir positivamente ao reconhecer que os homens também têm o direito de cuidar de si mesmos. No entanto, essa atenção pode se desviar do bem-estar integral quando se transforma em um culto excessivo ao corpo, como é observado no fisiculturismo extremo, onde a busca por um corpo ideal pode acarretar riscos à saúde.

Além disso, a demanda por uma política de saúde integral voltada para os homens não deve ser encarada como uma oposição aos programas de saúde destinados às mulheres. Ao contrário, a perspectiva de gênero deve contemplar tanto homens quanto mulheres, reconhecendo as especificidades inerentes às relações sociais. Essa compreensão das

particularidades de cada gênero não apenas contribui para a melhoria da saúde masculina, mas também enriquece o debate sobre a saúde feminina, especialmente ao envolver os homens em questões que impactam ambos os gêneros.

O conceito de masculinidade, por sua vez, está intrinsecamente ligado a atributos e funções que são socialmente construídos, diferenciando homens e mulheres para além dos aspectos biológicos. A pressão para demonstrar virilidade, intensificada por um modelo de dominação masculina e uma visão heteronormativa, limita o envolvimento dos homens com o autocuidado, criando barreiras ao acesso aos serviços de saúde.

Diante desse contexto, é fundamental refletir sobre a ausência dos homens nos serviços de saúde, uma situação que pode ser atribuída à falta de reconhecimento de suas particularidades. Essa ausência não reflete a invisibilidade dos homens como sujeitos, mas sim a ineficácia das políticas de saúde que não os integram como agentes ativos nas ações voltadas à saúde. Esse desafio se torna ainda mais complexo considerando que a atenção primária no Brasil historicamente se concentrou em cuidados maternos e infantis. Essa ênfase, enraizada em uma cultura de assistência predominantemente voltada para as mulheres, pode ter contribuído para a exclusão dos homens do cuidado regular em saúde.

REFERÊNCIAS

- Albuquerque, F. P., Barros, C. R. S., & Schraiber, L. B. (2013). Violência e sofrimento mental em homens na atenção primária à saúde. *Saúde Pública*, 47(3), 531-539.
- Becker, M. W., França, J. C. E. de, Imhof, L. S., Ferreira, Y. R., & Pinto, L. H. (2021). Absenteísmo da população masculina na assistência à saúde mental: uma revisão narrativa. *Saúde & Coletividade*, 11(62), 5192-5201.
- Botton, F. B. (2007). As masculinidades em questão: Uma perspectiva de construção teórica. *Revista Vernáculo*, (19 e 20), 109-120.
- Burille, A., Gerhardt, T. E., Lopes, M. J. M., & Dantas, G. C. (2018). Subjetividades de homens rurais com problemas cardiovasculares: cuidado, ameaças e afirmações da masculinidade. *Saúde Soc.*, 27(2), 435-447.
- Carrara, S., Russo, J. A., & Faro, L. (2009). A política de atenção à saúde do homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 19(3), 659-678.
- Figueiredo, W. dos S., & Schraiber, L. B. (2011). Concepções de gênero de homens usuários e profissionais de saúde de serviços de atenção primária e os possíveis impactos na saúde da

população masculina, São Paulo, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(Supl. 1), 935-944.

Gomes, R., Nascimento, E. F., Araújo, F. C. (2007). 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* 23 (3) 565 – 574 <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000300015>

Gomes, R., Moreira, M. C. N., Nascimento, E. F., Rabello, L. E. F. S., Couto, M. T., Schraiber, L. B. (2011). Os homens não vêm! Ausência e/ou invisibilidade masculina na atenção primária. *Ciênc. saúde coletiva* 16 (suppl 1) 983 – 992 <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000700030>.

Knauth, D. R., Couto, M. T., & Figueiredo, W. S. (2012a). Saúde dos homens no Brasil: (In)visibilidade na atenção primária. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(10), 2569-2577. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001000004>

Knauth, D. R., Couto, M. T., Figueiredo, W. S. (2012b). A visão dos profissionais sobre a presença e as demandas dos homens nos serviços de saúde: perspectivas para a análise da implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. *Ciênc. saúde coletiva* 17 (10), 2617 – 2626. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001000011>

Levorato, C. D., Marques de Mello, L., Soares da Silva, A., & Nunes, A. A. (2014). Fatores associados à procura por serviços de saúde numa perspectiva relacional de gênero. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(4).

Lima, R. O., & Junior, F. F. L. (2018). Sexualidade e envelhecimento: dilemas do corpo masculino. *Sustinere*, 6(1), 106-133.

Melo, E. A., & Silva, R. P. (2021). Masculinidades e sofrimento mental: do cuidado singular ao enfrentamento do machismo. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(10), 6163-6172.

Moreira, M. C. N., Gomes, R., Ribeiro, C. R. (2016). E agora o homem vem?! Estratégias de atenção à saúde dos homens. *Cad. Saúde Pública* 32 (4), 1 – 10 <https://doi.org/10.1590/0102-311X00060015>.

Moreira, M. R., Gomes, R., Figueiredo, W. S., Schraiber, L. B., & Ângelo, G. C. (2016). As relações de gênero e o cuidado em saúde: contribuições para a análise da política de atenção à saúde dos homens. *Cadernos de Saúde Pública*, 32(4), e00004116. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00004116>

Messerschmidt, J. W., & Connell, R. W. (2013). Masculinidade hegemônica: repensando o conceito. *Revista Estudos Feministas*, 21(1), 241-260

Minayo, M. C. S., Meneghel, S. N., & Cavalcanti, F. G. (2012). Suicídio de homens idosos no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(10), 2665-2674.

Neto, I., Firmino, I., & Paulino, P. R. V. (2019). A construção social do estigma em masculinidade: uma revisão de literatura. *Revista Científica Fagoc Multidisciplinar*, 4, 1-10.

Silva, N. F. (2015). Historicizando as masculinidades: Considerações e apontamentos à luz de

Richard Miskolci e Albuquerque Júnior. *História, histórias*, 1(5).

Silva, S. G. (2006). A crise de masculinidade: Uma crítica à identidade de gênero e a literatura masculinista. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 26(1), 118-131.

Zanello, V., Fiuza, G., & Costa, H. S. (2015). Saúde mental e gênero: facetas gendradas do sofrimento psíquico. *Fractal: Revista de Psicologia*, 27(3), 238-246.

Vieira, K. S., Moura, L. P., & Cavalcanti, J. F. (2013). A política nacional de atenção integral à saúde do homem: a experiência da implantação no município de Recife-PE. *Saúde e Sociedade*, 22(2), 430-442. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902013000200014>

Vieira, K. L. D., Gomes, V. L. O., Borba, M. R., Costa, C. F. S. (2013). Atendimento da população masculina em unidade básica saúde da família: motivos para a (não) procura. *Esc. Anna Nery*, 17(1), 120 – 127. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452013000100017>

Silva, A., & Melo, B. (2021). **Masculinidades e sofrimento mental: Do cuidado singular ao cuidado no coletivo.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(10), 4613–4622. <https://doi.org/10.1590/1413-812320212610.10612021>

Connell, R. W., & Messerschmidt, J. W. (2005). Masculinidade hegemônica: repensando o conceito. *Revista Estudos Feministas*, 13(2), 241-282. <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2013000100014>

Françoa, C. R., Rodrigues, A. L. S., Santos, E. F., Kuch, I. E., & Cordeiro, V. M. P. (2021). Configurações de masculinidade(s) e bem-estar psicológico dos homens. *Cadernos de Gênero e Diversidade*, 7(4), 98–115.

Organização Mundial da Saúde. (2010). *Relatório mundial de saúde 2010: A saúde para todos – O caminho a seguir.* Organização Mundial da Saúde. Recuperado de <https://www.who.int>

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2023). *Síntese de indicadores sociais: Uma análise das condições de vida da população brasileira.* IBGE. <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101976.pdf>

Ministério da Saúde. (2010). *Política Nacional de Saúde Mental: Atenção psicossocial e seus dispositivos.* Ministério da Saúde. <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-mental/politica-nacional-de-saude-mental>

Zanello, V., & Bukowitz, B. (2011). Loucura e cultura: uma escuta das relações de gênero nas falas de pacientes psiquiatrizados. *Revista Labrys Estudos Feministas*, 20-21, 71-99.

Connell, R. W. (1995). *Masculinities*. University of California Press.

Ministério da Saúde. (2009). *Política Nacional de Saúde Mental: Diretrizes e bases para a atenção psicossocial* (2ª ed.). Ministério da Saúde. Recuperado de <http://bvsmms.saude.gov.br>

Martins, A. M., & Modena, C. M. (2016). Estereótipos de gênero na assistência ao homem com câncer: desafios para a integralidade. *Trabalho, Educação e Saúde*, 14(2), 399-420. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sip00110>

Ministério da Saúde. (2023). *Campanhas nacionais de saúde 2023*. Ministério da Saúde. Recuperado de <https://www.gov.br/saude/pt-br/campanhas-da-saude/2023>

Paula, C. R. de, Lima, F. H., Pelazza, B. B., Matos, M. A., Sousa, A. L., & Barbosa, M. A. (2022). Desafios globais das políticas de saúde voltadas à população masculina: Revisão integrativa. *Acta Paulista de Enfermagem*, 35. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2022AR0001587>

Brasil, Ministério da Saúde. (2013). *Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais* (Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011). Ministério da Saúde. Recuperado de https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_lesbicas_gays.pdf

Villela, W. (2003). Gênero, saúde dos homens e masculinidades. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(1), 59-65. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000100008>

Brasil. Ministério da Saúde. (2009). *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem*. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_homem.pdf

