

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
INSTITUTO DE FILOSOFIA DE CIÊNCIAS HUMANAS  
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIA POLÍTICA  
CURSO DE CIÊNCIAS SOCIAIS**

**JANIFER DE OLIVEIRA FAGUNDES**

**GÊNERO, MASCULINIDADE E A SAÚDE DO HOMEM**

**PORTO ALEGRE/2015**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
INSTITUTO DE FILOSOFIA DE CIÊNCIAS HUMANAS  
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIA POLÍTICA  
CURSO DE CIÊNCIAS SOCIAIS**

**JANIFER DE OLIVEIRA FAGUNDES**

**GÊNERO, MASCULINIDADE E A SAÚDE DO HOMEM.**

**Trabalho de Conclusão de Curso apresentado  
ao Departamento de Ciência Política da  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
como requisito parcial para obtenção do título  
de bacharel em Ciências Sociais.**

**Aluna: Janifer de Oliveira Fagundes  
Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Jussara Reis Prá**

**PORTO ALEGRE**

**DEZEMBRO DE 2015**

*É... quando se está bem era alguma  
coisa, mas quando se fica doente... não  
serve para nada. Nem homem mais eu  
sou. Sou doente, sou doente.*

*Odilon Lacerda, paciente renal crônico, 46 anos  
Aguardando pelo terceiro transplante.*

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a minha querida orientadora por aceitar ser minha guia, conselheira e mestra para que este trabalho pudesse ser desenvolvido e, principalmente, por ter me propiciado um encontro teórico com os estudos feministas e de gênero, contribuindo para a minha compreensão sobre um tema ousado e delicado: a saúde masculina, a masculinidade e a construção do ser homem. Obrigada professora Jussara Prá por compreender as minhas angústias, anseios e dúvidas em relação ao tema proposto. Muito obrigada minha querida mestra. Também agradeço às colegas do NIEM, Teresinha Vergo, Raissa Nothaft, Alessandra Verch e Léa Epping pelo carinho e atenção que tiveram comigo.

A minha família, Maria Ivone Fagundes, Antônio Eitor Fagundes, Jéferson Fagundes e Jaderson Fagundes; tios e tias, primos e primas e amigos Adalton Klassmann, Samantha Sittar e Odilon Lacerda que me acompanharam por este momento tão importante, Para vocês muito obrigada pelo incentivo e carinho.

Por fim agradeço e dedico este trabalho e as horas de estudo a uma pessoa que acompanhou a minha trajetória acadêmica e meu crescimento pessoal. Tornou-se meu conselheiro, amigo e confidente. Ensinou-me a perceber o mundo e as pessoas, a ter calma e acreditar nas minhas conquistas. Obrigada Dámaso Macmillann pelos oito anos de aprendizagem no Banco de Remédios, por me ensinar a importância de elaborar um conhecimento científico e, sobre tudo, humano no que tange a saúde de mulheres, especialmente de homens assim como os seus direitos de maneira digna e respeitosa. Obrigada pela confiança, carinho e respeito.

Obrigada!

## RESUMO

TÍTULO: GÊNERO, MASCULINIDADE E A SAÚDE DO HOMEM.

AUTORA: JANIFER DE OLIVEIRA FAGUNDES

A proposta deste trabalho é abordar a temática da masculinidade, tendo como referência as questões de gênero e da saúde do homem, com o aporte dos estudos feministas. O objetivo central do estudo é refletir sobre a influência da noção de masculinidade hegemônica, tendo em vista o seu impacto no imaginário social masculino e nos serviços de saúde. Especificamente, interessa realçar as noções de gênero e masculinidade a fim de identificar algumas das barreiras institucionais na atenção à saúde do homem e dimensionar as barreiras socioculturais que respondem pela negligência da população masculina com o autocuidado e o adoecimento. O estudo de cunho exploratório-descritivo adota a abordagem qualitativa, por meio de análise bibliográfica e documental, priorizando artigos publicados no SciELO (2005-2015) e documentos oficiais referentes à saúde do homem. Os resultados do estudo reforçam a ideia de que o imaginário social pelo qual o homem se vê é visto como ser forte e menos vulnerável acarretando situações de risco, levando ao *déficit* de estratégias inclusivas para o atendimento integral da saúde dos homens e de comportamentos de autocuidado e para o cuidado de outrem.

**Palavras-chaves:** Gênero, Masculinidade, Feminismo e Saúde do Homem.

## **ABSTRACT**

TITLE: GENDER, MASCULINITY AND HUMAN HEALTH

AUTHOR: AUTORA: JANIFER DE OLIVEIRA FAGUNDES

The purpose of this work is to approach the issue of masculinity, with reference to the issues of gender and human health, with the contribution of feminist studies. The main objective of the study is to reflect on the influence of the concept of hegemonic masculinity, considering its impact on the male imaginary social and health services. Specifically, interests highlight the notions of gender and masculinity in order to identify some of the institutional barriers in health care for the man and scale socio-cultural barriers that account for the neglect of the male population with self-care and illness. The exploratory and descriptive nature of the study adopts a qualitative approach, through literature and document analysis, prioritizing articles published in SciELO (2005-2015) and official documents relating to human health. The study results reinforce the idea that the social imagination by which man is seen is seen as being stronger and less vulnerable leading risk situations, leading to deficits of inclusive strategies for the comprehensive care of men's health and self-care behavior and someone else's care.

**Keywords:** Gender; Masculinity; Feminism and Men's Health.

## Sumário

|  |    |
|--|----|
| 1. Introdução .....  | 8  |
| 2. Procedimentos Metodológicos .....   | 12 |
| 3. Gênero e Masculinidade .....  | 14 |
| 4. Resultados e Discussão.....   | 21 |
| 4.1 A Atenção Integral à Saúde do Homem, barreiras institucionais e socioculturais. .... | 21 |
| 4.2 Preconceitos com a saúde e vulnerabilidades.....                                     | 27 |
| 5. Considerações Finais .....  | 32 |
| Referências Bibliográficas.....  | 35 |
| ANEXOS .....   | 37 |

## 1. Introdução.

“Ah!.. não preciso de médico. Prá quê? E se tiver alguma coisa? Também não<sup>1</sup>tenho tempo. Uma hora eu vou!”

Paulo Oliveira, 43 anos consultor na área da saúde.

“Bah! Morro de medo... nunca gostei de ir ao médico”.

Leandro Silva, 35 anos, estudante universitário.

Homens e mulheres têm costumes e hábitos diferenciados quanto ao cuidado, à prevenção e atenção com a saúde. As mulheres atentam para sintomas do corpo, realizam exames periódicos, marcações de consultas regulares, o que lhes permite evitar a evolução de um quadro mais grave de adoecimento. Em contrapartida, os homens negligenciam a própria saúde (Gomes, 2007; Vieira et al., 2013; Welzer-Lang, 2004; Lyra-da-Fonseca et al., 2003; Tellería, 2003; Hardy e Jimenez, 2000; Medrado et al., 2005). Eles deixam a saúde em segundo plano, preocupando-se com o trabalho, o sustento da casa e da família e em reafirmar a imagem do poder e da força como compete a todo o homem. Tal comportamento também pode ser imputado ao temor de alguma descoberta indesejável, o medo de estar doente.

A negligência do homem com a própria saúde reflete-se nos índices de atendimento no Sistema Único de Saúde (SUS) e nas Unidades de Assistência Primária (Upas). Tal realidade reforça preceitos do senso comum, reafirmando a lógica de que as mulheres necessitam mais de atendimento em saúde do que os homens. Como destacam Schraiber e colaboradores (2010), o programa de Atenção Primária à Saúde (APS) caracteriza-se por priorizar o atendimento às mulheres. E isso independente do fato delas apresentarem um histórico de autocuidado com o corpo. Cuidado visto como facilitador na organização e elaboração de programas de prevenção à saúde.

---

<sup>1</sup> Depoimentos de um paciente coletado durante estágio voluntário em entidade que presta serviços a pacientes Renais Crônicos e outras patologias. [www.facebook.com/bancoderemedios.org](http://www.facebook.com/bancoderemedios.org)



A saúde do homem, por seu turno, pouco é tratada e pensada como política pública; já quando o tema é abordado sobressai à questão sexual, transmitindo a ideia de que o homem só é saudável a partir de sua potência sexual. Para os órgãos e gestores de saúde, mulheres, crianças e idosos/os representam uma população frágil e merecedora de maior atenção. Os homens, não estão inseridos como usuários dos serviços de Atenção à Saúde Básica (ABS) e preventiva (Schraiber, 2010). Como destacado no texto da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM):

As mulheres são a maioria da população brasileira (50,77%) e as principais usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS). Frequentam os serviços de saúde para o seu próprio atendimento, mas, sobretudo, acompanhando crianças e outros familiares, pessoas idosas, com deficiência, vizinhos, amigos. São também cuidadoras, não só das crianças ou outros membros da família, mas também de pessoas da vizinhança e da comunidade (PNAISM, 2004).

A procura dos homens por serviços de saúde ocorre quando a situação de adoecimento exhibe um quadro agravado, exigindo atendimento especializado e em caráter de urgência. Eles não enfrentam apenas dificuldades no acesso à saúde, mas também em lidar com a situação de adoecimento. O receio de descobrir uma doença grave os levam ao isolamento e à sensação de incapacidade, o que pode agravar o seu quadro ocasionado à angústia e à depressão. No caso das mulheres, o diagnóstico precoce tende a elevar as chances de cura e a sua autoestima para lidar com uma situação delicada. Em contrapartida, o fato dos homens lidarem tardiamente com uma moléstia muitas vezes em grau avançado, pode gerar comportamentos pessimistas e a não aceitação do tratamento.

O descaso ou desleixo em relação à saúde têm raízes na construção social e cultural do ser homem, do ser masculino, e a influência destas construções na promoção do acesso à saúde da população masculina de maneira igualitária e humanizada. Nesse sentido, o conceito de masculinidade no âmbito da saúde masculina e o aporte das teorias feministas sobre as construções de gênero no ambiente social, mostram-se fundamentais para compreender a relação homem/saúde, como buscado neste estudo. Dulce Ferraz (2010) salienta que sendo o gênero uma das dimensões que organiza as relações sociais na qual se produzem desigualdades, as políticas públicas, especialmente as da rede do SUS, além de conhecer e reconhecer a sua existência deveriam dar respostas para promover a

equidade no serviço prestado. Ou seja, as políticas públicas deveriam levar em consideração que a população masculina está adoecendo e não está recebendo a devida atenção.

Tendo em vista essa realidade, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), lançada em 2009, pelo Ministério da Saúde (portaria GM/MS nº 1944), apresenta as diretrizes e as ações voltadas para atender a saúde integral do homem. A PNAISH tem o objetivo de propiciar à população masculina o acesso ampliado e com qualidade aos serviços de assistência à saúde da Rede SUS, promovendo ações socioeducativas e formas de acolhimento a fim de reduzir os índices de morbidade e mortalidade masculinas. Nesses termos, a referida política:

[...] enfatiza a necessidade de mudanças de paradigmas no que concerne à percepção da população masculina em relação ao cuidado com a sua saúde e a saúde de sua família. Considera essencial que, além dos aspectos educacionais, entre outras ações, os serviços públicos de saúde sejam organizados de modo a acolher e fazer com que o homem sinta-se parte integrante deles (PNAISH, 2008; p.35).

A literatura pertinente sugere uma mudança de paradigma em relação ao pensamento masculino e à sua construção social para suscitar novos posicionamentos dos homens em relação a sua própria saúde (Gomes, 2003; Schraiber, 2010). A mesma literatura questiona os *déficits* no atendimento da clientela masculina, a existência de preconceitos nesse atendimento e sugere a necessidade de estimular as novas gerações para que estas passem a ver a sua saúde e o seu corpo como merecedores de cuidado e atenção. Diante do panorama delineado alguns questionamentos merecem ser feitos, quais sejam: Por que é difícil aceitar a vulnerabilidade masculina? Como a questão da masculinidade se expressa no âmbito da saúde? O homem também pode exercer o papel de cuidador de sua saúde e de seus familiares? Qual o efeito de políticas como a da PNAISH na assistência à saúde do homem?

Com base no quadro esboçado a proposta deste trabalho é abordar a temática da masculinidade, tendo como referência as questões de gênero e da saúde do homem, com o aporte dos estudos feministas. O objetivo principal do estudo é refletir sobre a influência da noção de masculinidade hegemônica, tendo em vista o seu impacto no imaginário social masculino e nos serviços de saúde.

Especificamente, interessa realçar as noções de gênero e masculinidade a fim de identificar algumas das barreiras institucionais na atenção à saúde do homem e dimensionar as barreiras socioculturais que respondem pela negligência da população masculina com o autocuidado e o adoecimento.

O trabalho divide-se em cinco seções, contando esta introdução na qual são apresentadas questões pertinentes ao debate proposto no estudo a partir de uma breve contextualização sobre a saúde da mulher e do homem no Brasil. A segunda seção enumera os procedimentos adotados para desenvolver o trabalho. A terceira seção aborda a relação gênero e masculinidade, destacando a noção de masculinidade hegemônica e a conexão gênero e saúde. A quarta seção expõe os resultados do estudo, inicia por uma breve exposição da PNAISH, atentando para as barreiras institucionais e socioculturais no que tange aos direitos de acesso à saúde e ao enfrentamento de situações de vulnerabilidade. A quinta seção é destinada às considerações finais do trabalho.

## 2. Procedimentos Metodológicos.

Com o propósito de focar a relação gênero, masculinidade e saúde do homem, optou-se pela realização de um estudo exploratório-descritivo de natureza qualitativa. A abordagem qualitativa privilegiou a revisão bibliográfica e a consulta a artigos disponíveis na biblioteca virtual SciELO (<http://www.scielo.org>). Os artigos coletados virtualmente tiveram como referência de busca os termos gênero; masculinidade; saúde do homem, assistência ao homem; saúde masculina e estudos feministas. Foram localizados 363 artigos, na seguinte distribuição: Antropologia (90); Sociologia (92); Políticas Públicas (90); Psicologia Social (91). Vale notar a ausência de artigos sobre os termos pesquisados na área da Ciência Política. Ao final foram selecionados 20 artigos relativos à temática proposta; 11 deles com o recorte de gênero (ANEXOS) <sup>2</sup>. Além dos artigos do SciELO, foram utilizadas fontes documentais, incluindo o documento da Política Nacional de Assistência Integral à Saúde do Homem (PNAISH), e informações do DataSus, do Ministério da Saúde e do Site da Sociedade Brasileira de Urologia. Ademais, foram incluídos artigos de língua portuguesa e espanhola referentes ao período de 2005 a 2015, de natureza quantitativa e qualitativa.

O mapeamento e a leitura de artigos e documentos iniciaram no mês de agosto de 2014. Nesse momento procedeu-se à organização do material selecionado pelos subtemas: gênero, masculinidade, estudos feministas, saúde do homem. Tal procedimento permitiu desconsiderar artigos destoantes com a proposta de trabalho e textos repetidos nas áreas do conhecimento mencionadas. Utilizando o referencial metodológico de Laurence Bardin (1970, p.95) o trabalho obedeceu três polos cronológicos: 1) “pré-análise” dos resumos dos bancos de dados pesquisados; 2) “exploração do material” por meio de leitura flutuante; e 3) tratamento, análise e interpretação dos resultados.

A abordagem dos textos foi realizada a partir da técnica de análise de conteúdo, seguindo a descrição de Bardin (1970). Para essa autora, o tema é uma unidade de significado que se liberta do texto analisado e pode ser traduzida por um resumo, uma frase ou por uma palavra. Ainda segundo a autora, para chegar ao

---

<sup>2</sup> Textos utilizados neste trabalho podem ser encontrados no site [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_subject&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_subject&lng=pt)

tema é necessário "descobrir os 'núcleos de sentido' que compõem a comunicação e cuja presença ou frequência tenham significado para o objetivo analítico escolhido".

O aporte teórico do estudo tem por base a discussão sobre gênero e masculinidade desde a perspectiva feminista. Na abordagem de gênero é priorizado o artigo clássico de Joan Scott, *Gênero, uma categoria útil de análise histórica* (1990). O enfoque da masculinidade segue as reflexões de Connell sobre a política das masculinidades (1995; 1997), realçando o debate relativo à masculinidade hegemônica (Connell e Messerschmid, (2013).

### 3. Gênero e Masculinidade.

A perspectiva de gênero evidencia uma diversidade de situações pertinentes à construção social do ser homem e do ser mulher. Nesse plano, um vasto campo de estudos sobre a temática da feminilidade e da masculinidade ganha espaço nos meios acadêmicos e em diferentes áreas de conhecimento. Não obstante, em um primeiro momento dos estudos de gênero os homens foram deixados de lado no debate teórico. Contexto no qual as circunstâncias sinalizavam para a necessidade de denunciar e discutir a situação das mulheres (Kimmel, 1992; Connell, 1995).

A terminologia de gênero foi utilizada então em textos sobre a história das mulheres com o objetivo de substituir a palavra mulher, sendo assim associada à temática feminina. Tal associação visou buscar uma designação neutra para o conceito e a sua legitimidade na abordagem científica.

Neste uso, o termo gênero não implica necessariamente na tomada de posição sobre a desigualdade ou o poder, nem mesmo designa a parte lesada (e até agora invisível). Enquanto o termo “história das mulheres” revela a sua posição política ao afirmar (contrariamente às práticas habituais), que as mulheres são sujeitos históricos legítimos, o “gênero” inclui as mulheres sem as nomear, e parece assim não se constituir em uma ameaça crítica. Este uso do “gênero” é um aspecto que a gente poderia chamar de procura de uma legitimidade acadêmica pelos estudos feministas nos anos 1980 (SCOTT, 1990, p.7).

Scott enfatiza a importância dessa etapa para o desenvolvimento dos estudos de gênero, esclarecendo que o emprego inicial do termo gênero, atribuído por ela às feministas norte-americanas, permitiu realçar o sentido social das diferenças sexuais. Sentido este responsável por trazer à tona o determinismo biológico contido na palavra sexo e a feição relacional das noções normativas de feminilidade. Nesse âmbito, como pondera a autora:

O gênero torna-se, antes, uma maneira de indicar “construções sociais” – a criação inteiramente social sobre os papéis adequados aos homens e às mulheres. É uma maneira de se referir às origens exclusivamente sociais das identidades subjetivas dos homens e das mulheres. Gênero é, segundo esta definição, uma categoria social imposta sobre um corpo sexuado. Com a proliferação dos estudos sobre sexo e sexualidade, o gênero tornou-se uma palavra particularmente útil, pois ele oferece um meio de distinguir a prática sexual dos papéis sexuais consignados às mulheres e aos homens (SCOTT, 1990, p. 7).

Com efeito, a construção do ser mulher e do ser homem, perpassa as acepções de macho e fêmea, permitindo contextualizar as representações sociais de

acordo com o meio, o período histórico e a função social que exercem. Por conta disso, os estudos feministas problematizam a noção de gênero, desvinculando-a da ideia de corpo, sexualidade e de outras características utilizadas para diferenciar mulheres e homens. Nesse patamar, ambos os sexos são considerados fundamentais para a construção de gênero e dos papéis sociais de homens e mulheres. Destarte, como assevera Scott, este é apenas um aspecto do uso do conceito de gênero. Afinal, diz ela:

“Gênero”, como substituto de “mulheres”, é igualmente utilizado para sugerir que a informação a respeito das mulheres é necessariamente informação sobre os homens, que um implica no estudo do outro. Este uso insiste na ideia de que o mundo das mulheres faz parte do mundo dos homens, que ele é criado dentro e por esse mundo. Esse uso rejeita a validade interpretativa da ideia das esferas separadas e defende que estudar as mulheres de forma separada perpetua o mito de que uma esfera, a experiência de um sexo, tem muito pouco ou nada a ver com o outro sexo (SCOTT, 1990, p.7).

Nesses termos, a questão da masculinidade é compartilhada pelas abordagens feministas mediante a constatação de que em muitas situações as reflexões teóricas e os estudos empíricos não poderiam ocorrer sem a atenção ao feminino e ao masculino. Quanto à masculinidade, cumpre notar, seguindo Welzer-Lang (2001), que este conceito não está isento de contestação. Além disso, pode estar sujeito a perder seu rigor original diante da dinâmica do processo cultural dos indivíduos. Dessa perspectiva, ao tratar sobre a questão cultural torna-se imprescindível mencionar os registros de Connell (1997), tendo em vista a sua contribuição para os primeiros estudos sobre o tema e para a discussão teoria e analítica sobre masculinidade. Para este autor a masculinidade reflete relações e práticas de gênero cujos efeitos podem resultar de suas experiências corporais, de sua personalidade e da cultura.

No âmbito dos estudos interessados nas concepções socioculturais, e que interessa destacar para fins deste trabalho, a masculinidade é entendida como um espaço simbólico. Espaço este que serve para estruturar a identidade do ser homem, modelando atitudes, comportamentos e emoções a serem adotados por ele (Connell, 2007; Keijzer, 2003; Oliveira, 2004; Petersen, 1998). Na avaliação de Connell, a existência de mais de uma configuração de práticas nas relações sociais estabelecidas pelo homem leva à criação de diferentes manifestações de masculinidade em um mesmo contexto social. O autor destaca essa complexidade

tendo em vista que nela podem estar incluídas relações de dominação, de marginalização e, também, de cumplicidade (Connell, 1995). Consequentemente, a denominação correta para “masculinidade é ‘masculinidades’, abrangendo as pluralidades sociais masculinas e as suas relações” (Connell, 1995, p.188) <sup>3</sup>.

Nesse plano, o gênero apresenta-se como uma estrutura contraditória, proporcionando uma dinâmica histórica e impedindo que a história do gênero se torne um exemplo repetitivo das mesmas e imutáveis categorias. Entende-se, assim, que a categoria gênero apresenta-se em constante evolução e construção social, pois acompanha as modificações temporais, históricas e sociais que os indivíduos, homens e mulheres, experimentam.

A contribuição de Connell (1995) para a construção e o entendimento sobre masculinidade reside na ideia de que não existe apenas um tipo de masculinidade, mas sim várias masculinidades, merecendo destaque a chamada masculinidade hegemônica.

O conceito de masculinidade hegemônica formulado há duas décadas influenciou consideravelmente o pensamento atual sobre homens, gênero e hierarquia social. Esse conceito possibilitou uma ligação entre o campo em crescimento dos estudos sobre homens (também conhecidos como estudos de masculinidades e estudos críticos dos homens), ansiedades populares sobre homens e meninos, posição feminista sobre o patriarcado e modelos sociais de gênero (CONNELL; MESSERSCHMID, 2013 p: 241-242).

Os primeiros estudos sobre o conceito de masculinidade hegemônica, tratados em relatórios provenientes de estudos realizados em escolas australianas, visavam compreender o processo de desigualdade social entre alunos e alunas. Este projeto trouxe evidências empíricas sobre a existência de múltiplas hierarquias de gênero e ao mesmo tempo as questões de classe (CONNEL, 1983).

A masculinidade não é uma entidade fixa encarnada no corpo ou nos traços da personalidade dos indivíduos. As masculinidades são configurações de práticas que são realizadas na ação social e, dessa forma, podem se diferenciar de acordo com as relações de gênero em um cenário social particular (CONNELL; MESSERSCHMID, 2013, p. 250).

Tais estudos apresentaram o conceito de masculinidade hegemônica centralizando o olhar em grupos que exerciam algum tipo de prática ou

---

<sup>3</sup> Para este trabalho a terminologia masculinidade é utilizada no singular com ênfase no conceito de masculinidade hegemônica.



comportamento autoritário sobre outro grupo; no caso os homens, exercendo a dominação através da força (violência) ou subjugando psicologicamente as mulheres.

A masculinidade hegemônica se distinguiu de outras masculinidades, especialmente das masculinidades subordinadas. A masculinidade hegemônica não se assumiu normal num sentido estatístico; apenas uma minoria dos homens talvez a adote. Mas certamente ela é normativa. Ela incorpora a forma mais honrada de ser homem, ela exige que todos os outros homens se posicionem em relação a ela e legitima ideologicamente a subordinação global das mulheres aos homens (CONNELL; MESSERSCHMID, 2013, p. 245).

Nas palavras de Connell e Messerschmid (2013, p. 245), o conceito de hegemonia afirma sua eficácia contra a cumplicidade de homens que apesar de beneficiados pelo patriarcado não afiançam a dominação masculina. Eles ressaltam, no entanto, que tal hegemonia não está diretamente associada à violência, embora possa ser sustentada pela força, sua ascendência é obtida por meio “da cultura, das instituições e da persuasão”. No contexto da saúde, o conceito traz adendos ao debate sobre os direitos, subsidiando a compreensão do impacto da masculinidade hegemônica nas práticas dos homens em relação ao adoecimento, ao cuidado com o corpo e à exposição a situações de risco (acidentes e violência).

Na concepção gramsciana, o conceito de masculinidade hegemônica assume as seguintes características: 1) tem como base as configurações relacionais das práticas de gênero aceitas socialmente, assegurando as posições de dominantes e dominados e de subordinação entre os sexos; 2) refere-se a um tipo de masculinidade dita exemplar; 3) apresenta um aspecto ideológico, naturalizando as diferenças entre os sexos (Gomes, 2008). Esta concepção visa ressaltar o modelo do “homem tradicional”, naturalizando e reafirmando a noção sexual de homem e mulher ao lado da manutenção da hegemonia masculina e de relações de poder sob outras formas de dominação.

A partir de uma visão construcionista, histórica e pró-feminista, Kimmel (1997) destaca a importância do espaço e do tempo histórico para os estudos sobre masculinidade. Para tal, tendo em vista que estes apresentam distintos significados de uma sociedade para outra e também diferenças de significados em uma mesma sociedade. As identidades de gênero que a masculinidade hegemônica transmite constituem um antagonismo entre o masculino e o feminino, na oposição entre os

conceitos que delimitam as fronteiras entre os gêneros. Quer dizer, há uma negação por parte dos homens de qualquer tipo de atribuição que esteja associada ao feminino, isso inclui a questão do cuidado com a saúde, do próprio corpo e do outro.

Constrói-se, assim, a ideia de que o homem deve ser agressivo, forte, competitivo, racional e principalmente com uma sexualidade sem limite, longe de qualquer sintoma de fragilidade (Kimmel, 1997 apud Separavich, 2013; Canesqui, 2013). Tal construção de masculinidade, na qual o homem é aquele ser “intocável” e “super-homem”, desfavorece as mulheres por conta da agressividade. Por conseguinte, isso afeta principalmente os homens tendo em vista que para manter, reiterar e legitimar a imagem construída culturalmente eles acabam privados de expressar sentimentos de ternura para os familiares e pessoas próximas, como também o sentimento de dor e ansiedade em relação ao seu estado de saúde, prejudicando o seu tratamento.

A produção acadêmica sobre masculinidade, pautada no contexto norte-americano do final dos anos 1970, focava a questão da saúde-adoecimento pelo viés da saúde reprodutiva, da sexualidade e de informações associadas à virilidade (Sabo, 2000). Problemas relacionados às doenças na próstata, ejaculação precoce e doenças sexualmente transmissíveis, estiveram vinculados à figura masculina. Na atualidade, mesmo que os dados apontem para a fragilidade dos homens diante destas doenças, parte do discurso contemporâneo da área das ciências humanas e da comunidade médico-científica visa aproximar a população masculina para refletir sobre a sua saúde de maneira completa e não apenas parcial, ou seja, não vinculada apenas à sexualidade, e sim aos cuidados com o seu corpo e o de sua família. Assim, no mesmo sentido do empenho das mulheres com o corpo, a sua saúde reprodutiva, física e mental ou com a saúde de familiares, esta literatura advoga que os homens também podem e devem ter interesse por tais cuidados.

Para a eficiência de tal empreendimento, deve ser considerado o fato de que o processo de conscientização da população masculina enfrenta dificuldades relacionadas à construção equivocada sobre a masculinidade. E isso com respeito especialmente ao significado da representação social do ser homem, que começa ainda na infância e se perpetua na idade adulta. A imagem masculina foi e ainda é construída sobre os pilares da virilidade, da potencialidade e da força. Não por

acaso as frases “homem não chora”, “homem não sente dor” ou “homem aguenta no peito” são proferidas a eles e a elas ainda na infância e se mantém constantes no imaginário masculino e feminino. A educação masculina desde épocas passadas e remotas prezava a formação do menino/adulto com traços de sociabilidade de “macho”, livre, brincando na rua, brigão, para aprender a se defender. Ao contrário da menina, em casa, brincando de boneca e de casinha, sendo “preparada” para ser a futura cuidadora do lar e dos outros (Amâncio, 1998).

Connell (1995) salienta que existe uma narrativa convencional sobre as masculinidades, na qual os rapazes são pressionados a agir e sentir, adotando perspectivas diferentes das femininas. A família torna-se reprodutora de tais modos de opressão e internalização de comportamentos e atitudes que os meninos devem ter. O esforço do menino/adulto em corresponder às normas masculinas pode levar a casos de violência, crimes passionais, crises pessoais e a dificuldades de relacionamentos com as mulheres e os próprios homens.

As consequências da educação diferenciada expressam o modo como os homens veem o próprio corpo e como lidam com a dor e a sensação de vulnerabilidade. A palavra vulnerabilidade denota fraqueza e covardia no imaginário masculino, sendo banida de seu vocabulário. Tal ideia não é apenas uma barreira nas relações entre os sexos, mas também no domínio da saúde do homem. Ao aproximar estas duas pontas (vulnerabilidade e saúde) os debates sobre gênero permitem compreender a noção de masculinidade e auxiliam no desenvolvimento de políticas públicas de prevenção em saúde.

Considera-se, então, que por conta da incorporação de alguns conceitos, principalmente do ser homem e do ser mulher, o exercício dos papéis sociais de cada um compromete a sua vida em sociedade. No caso do acesso à saúde, o homem está condicionado a não ser e não demonstrar qualquer tipo de sentimento relacionado à condição de fragilidade, preferindo ocultar, fugir ou até mesmo negar a situação de adoecimento.

No limite, tal condição pode levar ao agravamento do seu quadro a ponto de dificultar ou inviabilizar a sua chance de recuperação. Ao estar doente o homem se vê perdido e sem identidade, pois em muitos casos o quadro doentio leva à

dependência de terceiros, não tendo mais voz de participação perante os familiares, assumindo a identidade de doente ou inválido. Quadro que pode levar à depressão e potencializar a sua vulnerabilidade.

A partir dessa perspectiva, da qual emerge a diversidade de situações atinentes à construção social do ser homem e do ser mulher, interessou salientar a relevância de relacionar gênero e masculinidade para examinar a questão da saúde dos homens.

## **4. Resultados e Discussão:**

### **4.1 A Atenção Integral à Saúde do Homem, barreiras institucionais e socioculturais.**

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), apresentada pelo Ministério da Saúde tem como objetivo priorizar a saúde do homem no que tange a prevenção, assistência e acesso da população masculina. Desenvolvida em parceria com gestores do Sistema Único de Saúde (SUS), sociedades científicas, sociedade civil organizada, pesquisadores acadêmicos e agências de cooperação internacional, a política constatou a necessidade de reconhecimento por parte do sistema de saúde de que a população masculina se encontra vulnerável no trato ao acesso e à assistência básica de saúde.

Conforme o PNAISH (2009) é apresentado um planejamento, no qual define princípios, diretrizes e papéis dos órgãos ou setores responsáveis pela elaboração e execução de planos, programas, projetos e atividades concretas, visando garantir ações e serviços de saúde. Esta iniciativa vem ao encontro de que se deve proporcionar um atendimento diferenciado aos homens, pois ao adoecerem se encontram em um estágio avançado de adoecimento sendo encaminhado para tratamento mais invasivo.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, portanto, além de evidenciar os principais fatores de morbimortalidade na saúde do homem explicita o reconhecimento de determinantes sociais que resultam na vulnerabilidade da população masculina aos agravos à saúde, considerando que representações sociais sobre a masculinidade comprometem o acesso à atenção primária, bem como repercutem de modo crítico na vulnerabilidade dessa população às situações de violência e de risco para a saúde (PNAISH, 2008, p. 7).

Diante de tais constatações, o PNAISH estabeleceu, como medida estratégica, um recorte da população de homens na faixa entre 25 a 59 anos como sendo público alvo para as ações de política de saúde, pois corresponde a 41,3% da população que não acessam o sistema básico de saúde. Diferentemente dos meninos e idosos, que acessam às unidades de saúde em detrimento da sua situação de fragilidade e dependência, a situação de adoecimento masculino em adultos, causa danos não apenas físicos como também emocionais. A descoberta

de uma doença grave gera no homem a sensação de incapacidade, dependência, e em alguns casos isolamento, angústia e depressão devido ao diagnóstico tardio.

O desafio à inclusão do homem em ações referentes à saúde apresenta diferentes motivos. Gomes, (2003); Keijzer, (2003); Schraiber et al, (2000), através de pesquisas qualitativas, apontam alguns dos motivos pelos quais os homens apresentam baixa procura pelos serviços de saúde primária, destacando, entre os principais deles, barreiras de natureza socioculturais e barreiras de ordem institucionais. O olhar do homem em relação à doença e ao estado doentio exemplifica a barreira sociocultural que ele enfrenta:

A doença é considerada um sinal de fragilidade que os homens não reconhecem como inerentes à sua própria condição biológica. O homem se julga invulnerável, o que acaba por contribuir para que ele cuide menos de si mesmo e se exponha mais às situações de risco (PNAISH, 2008, p. 6)

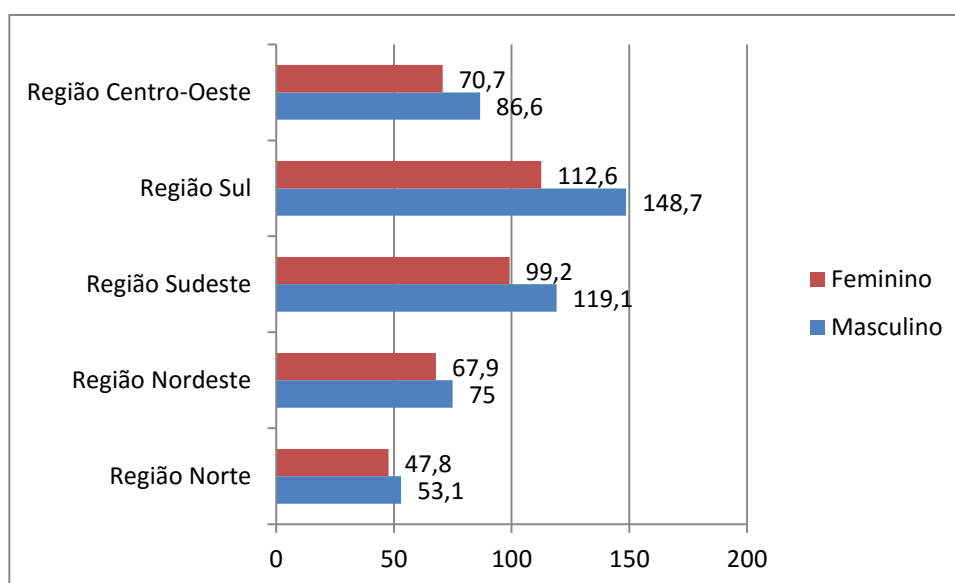
Além do fator doença e medo de estar doente, outro aspecto que influencia a pouca adesão por parte dos homens a consultas e tratamentos médicos está associado ao pensamento preconceituoso em relação às técnicas utilizadas para detectar algum tipo de patologia, manifestando uma conduta de temor sobre os exames solicitados a ponto de dispensar qualquer ato de cuidado com a sua saúde, sendo esta uma das principais barreiras socioculturais enfrenadas pela população masculina. O exame de toque retal, por exemplo, realizado para diagnosticar o câncer de próstata, é considerado pela maioria da população masculina como algo constrangedor e que “fere a honra masculina”. Tal pensamento se faz presente com mais incidência nas camadas menos escolarizadas da população. Segundo o INCA<sup>4</sup>, Instituto Nacional de Câncer, o número de homens que realizaram o exame de toque retal foi de 32% contra 77% dos que manifestaram não realizar o exame por preconceito. Considerou-se o grau de escolaridade dos participantes, salientando que quanto maior o grau de instrução maior a consciência dos homens sobre a importância de realizar exames preventivos. Mesmo assim, para grande parte da população masculina a ideia de cuidar de sua saúde é vista como algo não

---

<sup>4</sup> O Instituto Nacional de Câncer divulgou em seu site <http://www.inca.gov.br/wcm/dncc/2015/por-sexo.asp> as estimativas de novos casos de câncer para 2016. Entre os homens a estimativa é de 214.350 novos casos de neoplasias e entre as mulheres de 205.960.

obrigatório, não pertencendo ao seu cotidiano e que é lembrado apenas no momento de necessidade ou urgência.

Desta forma, estudos comparativos entre homens e mulheres evidenciam a maior vulnerabilidade dos homens às doenças, sobretudo às enfermidades graves e crônicas vindo a falecer mais precocemente do que as mulheres (Nardi et al, 2007; Courtenay, 2007; IDB, 2006 Laurenti et al, 2005; Luck et al, 2000). Apesar da maior vulnerabilidade e das altas taxas de morbimortalidade, os homens não buscam, como fazem as mulheres, os serviços de atenção primária (Figueiredo, 2005; Pinheiro et al, 2002), tendendo a procurar apenas os serviços de saúde de forma ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade. Esta procura costuma ocorrer quando é elevado o quadro de agravamento da sua doença, ocasionando um alto custo para o sistema de saúde (PNAISH, 2009). Tal realidade pode ser compreendida quando se comparam as taxas de mortalidade por neoplasias malignas entre os segmentos femininos e masculinos. O Gráfico 1 registra essa informação para o ano de 2011 nas 5 regiões do Brasil, por sexo.



**Gráfico1:** TME por neoplasias malignas por Região e Sexo – 2011.

**Fonte:** Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.

De acordo com os dados informados a incidência de óbitos decorrentes de neoplasias é maior para os homens em todas as regiões do país. Nesse quesito, a diferença na proporção de óbitos atinge a sua maior marca na Região Sul (36,1%)

do país, seguida das regiões Sudeste (19,9%) e Centro-Oeste (15,9%), com as menores distâncias por sexo percebidas nas regiões Nordeste (7,1%) e Norte (5,3%). Sem detalhar as implicações de tais diferenças, que fogem ao escopo deste trabalho, importa destacar, como o fazem os estudos na área de saúde e gênero, que homens e mulheres reagem de forma distinta diante da descoberta de uma moléstia grave. Ainda sobre as neoplasias, vale notar que algumas delas apresentam um quadro evolutivo lento, podendo ser diagnosticadas logo no seu início de sua manifestação. Diante da maior incidência de óbitos entre os homens, a realização de exames preventivos mostra-se fator relevante para a saúde da população masculina, o que requer uma política de saúde pública voltada às necessidades desse grupo.

As doenças hepáticas também correspondem a causas de óbitos entre os homens e mulheres, tendo maior incidência na população masculina como pode ser visto no quadro 1. Segundo informações do DataSus (2006) o número de mulheres internadas por distúrbios, transtornos mentais e comportamentais ocasionados pelo consumo exagerado de álcool correspondem a 2% em relação a todas as internações referentes a esta patologia. Este número aumenta no caso dos homens, chegando 20%. Com base nestes dados tornam-se imprescindíveis ações de prevenção principalmente entre os jovens. Outro ponto dessa questão diz respeito à dependência química, que apresenta um elevado índice entre a população masculina: 19,5% dos homens apresentam dependência química alcoólica, em relação às mulheres que ostentam o percentual de 6,9% (CEBRID, 2005) <sup>5</sup>.

Quadro1- Primeiro levantamento Nacional sobre Consumo de Álcool na População Brasileira.

| Frequência de consumo                                      | A partir dos 18 anos |            |                  |
|--|----------------------|------------|------------------|
|  | Homens               | Mulheres   | Média Brasileira |
| <b>Abstinência (nunca bebeu ou menos de 1 vez por ano)</b> | <b>35%</b>           | <b>59%</b> | <b>48%</b>       |
| <b>Raramente (menos 1 vez por mês)</b>                     | <b>8%</b>            | <b>12%</b> | <b>10%</b>       |

<sup>5</sup> PNAISH, 2009, p.25



|  |               |                 |                         |
|--|---------------|-----------------|-------------------------|
| <b>Ocasional (de 1 a 3 vezes por mês)</b>    | <b>19%</b>    | <b>16%</b>      | <b>17%</b>              |
| <b>Frequente (de 1 a 4 vezes por semana)</b> | <b>28%</b>    | <b>11%</b>      | <b>19%</b>              |
| <b>Muito Frequente (todos os dias)</b>       | <b>11%</b>    | <b>2%</b>       | <b>6%</b>               |
| <b>Quantidade usual</b>                      | <b>Homens</b> | <b>Mulheres</b> | <b>Média Brasileira</b> |
| <b>Até 2 doses</b>                           | <b>38%</b>    | <b>625</b>      | <b>48%</b>              |
| <b>De 3 a 4 doses</b>                        | <b>25%</b>    | <b>19%</b>      | <b>22%</b>              |
| <b>De 5 a 11 doses</b>                       | <b>27%</b>    | <b>14%</b>      | <b>22%</b>              |
| <b>Bebe mais de 12 doses por ocasião</b>     | <b>11%</b>    | <b>3%</b>       | <b>7%</b>               |
| <b>Intensidade do bebedor</b>                | <b>Homens</b> | <b>Mulheres</b> | <b>Média Brasileira</b> |
| <b>Abstêmio</b>                              | <b>35%</b>    | <b>59%</b>      | <b>48%</b>              |
| <b>Bebedor não frequente</b>                 | <b>12%</b>    | <b>16%</b>      | <b>14%</b>              |
| <b>Bebedor menos frequente</b>               | <b>16%</b>    | <b>13%</b>      | <b>15%</b>              |
| <b>Bebedor frequente</b>                     | <b>22%</b>    | <b>9%</b>       | <b>15%</b>              |
| <b>Bebedor pesado</b>                        | <b>14%</b>    | <b>3%</b>       | <b>9%</b>               |
| <b>Dependência (critério do CID-10)</b>      | <b>Homens</b> | <b>Mulheres</b> | <b>Média Brasileira</b> |
|  | <b>14%</b>    | <b>4%</b>       | <b>9%</b>               |

Fonte: UNIFESP/ SENAD, 2007.

A partir dos dados apresentados pode-se inferir que o adoecimento ocasionado pelo consumo de álcool apresenta característica pertinente na construção e sociocultural de homens e mulheres. As bebidas alcoólicas, especialmente as cervejas, estão inseridas no contexto social e reafirmadas constantemente por meio de propagandas que exploram a ideia de felicidade, sucesso, sociabilidade e diversão, diferentemente ou com menos ênfase, de peças publicitárias produzidas em décadas passada que destacavam mulheres sexuais, “futebol, cerveja e homem”. As novas abordagens das campanhas visam abranger o público feminino, estimulando para que sejam inseridas no ambiente até então masculino; a mesa de bar reunida com as amigas e amigos, conforme a figura 1. Mesmo que as mulheres contribuam para o aumento do consumo de álcool na

população, ainda representam um número baixa de consumo, em relação aos homens, pela simples fato de que elas consomem em quantidade e frequência menor comparado com os homens. Torna-se importante ressaltar que os homens não apenas consomem quantidades de bebidas a mais, e sim que iniciam precocemente ainda na fase juvenil, sendo esta uma das barreiras socioculturais a ser enfrentada.



Figura 1. Peça publicitária da cerveja Bavária “a cerveja dos amigos”. A proposta da imagem é mostrar homens e mulheres em um momento de confraternização, na companhia de uma boa cerveja.

Em se tratando das barreiras institucionais, além da dificuldade do acesso, um dos motivos para o afastamento dos homens no ato de cuidar da própria saúde, está relacionado ao tipo de atendimento oferecido pelos serviços de saúde. Conforme o estudo realizado pelo PNAISH, o próprio sistema de saúde, assim como o atendimento das unidades básicas e primárias de saúde, apresentam-se despreparadas para atender adequadamente o público masculino. Falta da capacitação de funcionários, conhecimento das demandas de saúde masculina, aplicação de programas de conscientização. Segundo os autores LEAL (2012); FIGUEREDO (2012); NOGUEIRA DA SILVA (2012) o PNAISH apresenta déficits não apenas organizacionais, mas no que tange a rede de serviços diferenciados em saúde, necessitando de um atendimento mais humanizado e digno ao homem, respeitando seu estado de fragilidade, conhecimento por parte dos gestores, funcionários e médicos sobre as questões de gênero e masculinidade, considerando

a existência de uma diversidade masculina e romper com o preconceito entre paciente masculino e prestadores de serviço de saúde, A escassez de programas de atenção e prevenção a doenças especialmente crônicas e de alta complexidade, a demora no atendimento e a não flexibilidade de horários funcionam como barreiras institucionais, inviabilizando a realização de exames e consultas médicas.

Para exemplificar a dificuldade que o programa enfrenta merece citar o registro de um funcionário sobre a saúde masculina:

Olha, o que é difícil mesmo de resolver no homem é a maneira dele ver a própria saúde. Isso é a coisa mais difícil e tem que resolver, entendeu. Quer dizer o homem ainda não consegue se ver como um todo e como ele pode trabalhar esse todo do ponto de vista de prevenção e de saúde. Isso tá sendo difícil, ou seja, mudar a mentalidade do homem em relação à própria saúde e à própria maneira de ver. Essa é a parte mais difícil, entendeu (Médico, Ent. 10).

Em se tratando nas barreiras socioculturais o desconhecimento da população masculina sobre seus direitos à saúde, preconceito em relação ao estado de adoecimento, medo por estar doentes, questões trabalhistas, preconceito em relação ao atendimento e aos exames e problemas na linguagem da campanha de promoção a saúde do homem. Ao que se somam barreiras econômicas oriundas das tensões empregado/empregador, estão envolvidas faltas no trabalho e descontos no salário adiando cada vez mais o cuidado por parte dos homens com a saúde. Além disso, o cuidado com a própria saúde e a valorização do corpo ou o cuidado com o outro não estão inseridos no universo masculino e durante a sua socialização. Porém, quando ocorre, por parte de alguns homens a atenção com o seu corpo, tal postura ocasionar a um cuidado extremo, atingindo por muitas vezes ao fisiculturismo exacerbado, e até a um processo doentio, distorcendo a noção de saúde e estar (Keijzer, 2003). Por tanto, o homem trabalha a sua saúde e do seu corpo no limite do extremo; negligenciando o cuidado, ou exagerando com o excesso levando em muitos casos a automedicação.

No sentido das mudanças apontadas, a política em questão formula como necessária a politização e a sensibilização dos “homens para o reconhecimento e a enunciação de suas condições sociais e de saúde, para que advenham sujeitos protagonistas de suas demandas, consolidando seu exercício e gozo dos direitos de cidadania” (PNAISH, 2008, p. 7). Desse ponto de vista, torna-se imprescindível que

os homens rompem diversas barreiras, as econômicas (emprego/salário) em busca dos serviços de saúde que atendam as suas demandas. Em outro patamar, os homens têm de enfrentar as barreiras institucionais sendo estas o déficit de serviços e de atendimento profissional, além de ter de romper com barreiras socioculturais como não negligenciar a saúde e saber lidar com a sua doença.

## **4.2 Preconceitos com a saúde e vulnerabilidades**

*“A saúde é direito de todos e dever do Estado” Art.196, Constituição Federal de 1988.*

A participação dos homens em ações de promoção à saúde torna-se no mínimo desafiadora, devido à resistência e o preconceito em torno da construção do imaginário masculino. O ser masculino, assim como a masculinidade perpassa a noção biológica, ou seja, a noção de homens e machos, considerando fatores socioculturais, integrando relações psicológicas, educacionais e familiares. Mas a ideia de homem encontra-se enraizada na noção tradicional masculina: força e virilidade. Em se tratando da saúde do homem, a situação de morbimortalidade e vulnerabilidade masculina esta intimamente ligada aos conceitos desenvolvidos por Connell (1995) e Kimmel (1992; 1997) que tratam sobre a masculinidade hegemônica como contribuinte para a formação de um comportamento danoso à saúde do homem, pois nega qualquer atitude que lembre o feminino, levando-o a um quadro de adoecimento. O homem apresenta dificuldade de compreender a sua situação enferma e de cuidado com o seu corpo, diferentemente das mulheres, que absorveram a cultura do autocuidado e da prevenção de doenças.

A compreensão e relação entre o processo de saúde, adoecimento, cuidado e masculinidade tiveram pouca visibilidade por parte dos estudos e pesquisas sociais, impossibilitando a construção de um debate em prol da saúde da masculina. Mesmo que se reconheça a importância de elaborar políticas públicas pautados na perspectiva de gênero, sobre tudo voltada para o masculino, pouco se produz para atender as demandas desta população. Esta incipiência em investigar o pensamento masculino, seu estado de saúde e adoecimento pauta-se na questão de

diferenciação entre mulheres e os homens em articular movimentos sociais que atendam a saúde de ambos. Enquanto que as mulheres se organizaram para reivindicar os seus direitos políticos e saúde, os homens se mantiveram afastados dos debates desrespeitando seu corpo e bem estar.

As consequências deste afastamento e o descaso em aprofundar um debate em prol da saúde masculina, condicionou o homem desde a sua infância a demonstrar apenas a sua força e virilidade, afastando-se por completo de qualquer comportamento de não cuidado com o próprio corpo, família, filhos e de outros membros de seu convívio, estando focado em relações individuais. Há uma imposição sobre o homem, especialmente sobre seu corpo, de apenas enfrentar qualquer dificuldade que exija a aplicação da força, racionalidade e firmeza, delegando às mulheres a sensibilidade, a emoção e fraqueza, reafirmando as frases citadas no início deste trabalho “homem não chora”, “homem não sente dor” ou “homem aguenta no peito” exemplificando a conduta masculina aceitável e reiterada ao longo de sua vida, transmitida para as próximas gerações.

Sendo assim, o temor por parte dos homens em encontrar-se em uma situação de limitação e dependência de terceiros, causadas pelo adoecimento contrapõem à realidade do homem, não condizendo com o papel de força e autossuficiência, apresentando resistência em aderir ao tratamento clínico. Ou seja, há uma inversão de papéis na medida em que o homem deixa de ser o protetor da segurança do lar, igualando-se, no seu inconsciente, à condição da mulher: protegida, vulnerável e frágil. Neste ponto cabe retomar a frase citada no início deste trabalho:

*É... quando se está bem era alguma coisa,  
mas quando se fica doente...  
não serve para nada. Nem homem mais eu sou.  
Sou doente, sou doente.  
Odilon Lacerda, paciente renal crônico, 46 anos  
Aguardando pelo terceiro transplante.*

O adoecimento ocasiona uma mudança radical na vida do paciente masculino. A partir da confirmação do diagnóstico, ele defronta com um cotidiano totalmente diferente do habitual. A rotina de exames, consultas médicas e tratamentos dolorosos e invasivos podem provocar nos pacientes vários sentimentos desconfortáveis, ocasionando insegurança, ira e depressão. O ato de adoecer não

se restringe apenas a fatores biofísicos, podendo envolver aspectos emocionais e sociais.

Outra ocorrência exposta na literatura consultada arrola a atuação de profissionais da saúde e do público masculino em situações nas quais os homens aparecem na condição de “*acompanhantes*”, sem o envolvimento com os pacientes. A presença do homem em uma unidade básica de saúde normalmente é identificada exerce o papel de acompanhante da esposa gestante ou a auxilia com os filhos, carregando as bolsas infantis, conduzindo seus pais idosos ou algum membro da família, mantendo-se fora do consultório ou da unidade de saúde e totalmente à margem da situação de adoecimento. Não manifestam maior participação sobre a saúde dos que o acompanha ou da sua própria saúde, mostrando-se a parte do contexto familiar e de saúde.

O afastamento da população masculina nas ações de promoção da saúde não ocorre em um ou outro país e se reflete em âmbito mundial. Segundo estudo do Instituto Allan Guttmacher (2003), a saúde do homem passa despercebida em importantes documentos e acordos mundiais em prol da igualdade de direitos e dos direitos humanos, como por exemplo, na Declaração do Milênio, em especial, nas Metas do Milênio.<sup>6</sup> A falta de percepção sobre a condição masculina se deve em grande parte a questões de construção sociocultural sobre a figura do homem, representada como machista, agressiva e insensível às questões de família e saúde e como opressor e dominador, especialmente em relação à mulher.

Sendo assim, torna-se necessário o desenvolvimento de ações acolhedoras para o paciente masculino e sua família, uma orientação livre de preconceitos, culpa ou angústia e de aceitação por parte de todos no novo arranjo familiar, ou seja, referente ao exercício dos papéis e divisão de tarefas do lar. Também é importante ressaltar que a superproteção do paciente acometido por alguma doença e o fato deste ser considerado incapaz de participar de decisões da família, de ser deixado à margem dos acontecimentos ou inferiorizado, significa total desrespeito à

---

<sup>6</sup>A Declaração do Milênio das Nações Unidas é um documento histórico aprovado na Cúpula do Milênio – realizada de 6 a 8 de setembro de 2000, em Nova Iorque –, que reflete as preocupações de 147 Chefes de Estado e de Governo e de 191 países que participaram de uma das maiores reuniões de dirigentes mundiais. Esta Declaração foi elaborada ao longo de meses de conversações, em que foram tomadas em consideração as reuniões regionais e o Fórum do Milênio, que permitiram que as vozes das pessoas fossem ouvidas.  
[http://www.pnud.org.br/Docs/declaracao\\_do\\_milenio.pdf](http://www.pnud.org.br/Docs/declaracao_do_milenio.pdf)

dignidade humana. O que os estudos indicam em relação à saúde do homem, seja na rede pública como também na rede particular, assim como formas de tratamentos terapêuticos como grupos de diálogos, no qual o homem possa falar sobre os seus anseios sem ser julgados, ou tratados pejorativamente.

## **5. Considerações Finais**

Situar a população masculina à margem do debate dos direitos de acesso a saúde para o âmbito social e familiar, mediado pelas instituições de saúde pública, Sistema Único de Saúde, profissionais da área e Política Nacional de assistência Integral à Saúde do Homem (PNAISH), sobre a perspectiva de gênero torna-se fundamental para a compreensão o afastamento dos homens na busca por atendimento médico e no seu processo de saúde/adoecimento. Para contemplar as necessidades masculinas no que tange a saúde, mais do que reconhecer que os homens merecem cuidado, eles também devem ser reconhecidos como parte da população vulnerável e frágil assim como as mulheres, crianças e idosos/as.

Assim como as mulheres adquiriram costumes e hábitos em relação ao cuidado, à prevenção e atenção com a saúde, os homens, através da promoção de ações socioeducativas em saúde os homens negligenciam a própria saúde por questões socioculturais, preconceito e, principalmente, por conta de um ponto de vista machista e patriarcal, respaldada na noção de masculinidade hegemônica. Ao deixarem a saúde em segundo plano, em prol de uma imagem de força, poder e virilidade, trouxe danos à população, atualmente frágil, vulnerável e doentia, refletindo-se nos índices de atendimento no SUS e nas Unidades de Assistência Primária (Upas),

Torna-se possível inferir que a relação saúde masculina e adoecimento, sendo esta uma das barreiras a ser enfrentada pelas instituições (SUS) e políticas de saúde (PNAISH), possui origem na construção social e cultural do ser homem, do ser masculino, pautando-se no conceito de masculinidade, principalmente a hegemônica, a qual submete o homem desde a infância a normas de dominação e ao afastamento de quaisquer indícios femininos, como por exemplo, o autocuidado.

Ou seja, a masculinidade hegemônica demonstra ser nefasta ao gênero masculino, vez que esta contribui para reforçar a figura do “homem ideal, forte e viril”.

Essa noção de masculino interfere de maneira negativa no acesso do homem à saúde. Aliado a isso, o desconhecimento da população masculina sobre seus direitos à saúde, o preconceito em relação ao estado de adoecimento, ao atendimento médico e à realização de exames de rotina, somado ao despreparo de gestores e profissionais para lidar com a masculinidade revelam as dificuldades para a inserção dos homens em ações de atenção básica à saúde.

Inserir o homem em ações de saúde no nível da atenção básica e implementar intervenções que visem atender suas demandas específicas, é um enorme desafio. Entretanto, é um passo fundamental para que esses usuários sejam vistos pelos profissionais da saúde como seres dotados de necessidades, que precisam ser incluídos nessas ações, seja para a promoção da saúde e/ou prevenção de agravos (MOREIRA; FONTES; BARBOZA, 2014, p.617).

Para a construção do entendimento do conceito de masculinidade e o aporte das teorias feministas sobre as construções de gênero no ambiente social mostram-se fundamentais para compreender a relação homem/saúde. Porém ainda são poucas as produções acadêmicas que procuram abordar a temática da saúde do homem, assim como os estudos brasileiros no âmbito das humanidades e, principalmente, na área da Ciência Política e na perspectiva de gênero.

Além da questão gênero e masculinidade, que influência no processo de saúde/adoecimento do homem está vinculada barreira institucional favorecem para o afastamento da população masculina no sistema de saúde. Este afastamento deve, segundo o PNAISH ao despreparo e falta da capacitação de funcionários, desconhecimento das demandas de saúde masculina, a não aplicação efetiva de programas de conscientização à população e principalmente a falta de unidades que esteja de fato voltada para atender as especificidades masculinas. Outro ponto a ser destaca-se a baixa adesão por parte de alguns gestores municipais e colaboradores da rede de sistema de saúde em aplicar a política em seus municípios e contribuir para a avaliação e promoção da política a justificativa para a não adesão está nos gastos orçamentários com contratação d funcionários e capacitação, como também a não necessidade de investimento de atendimento diferenciado, tendo em vista o programa de assistência à família as demandas masculinas. Ou seja, mais do que o



preconceito existente entre homens e mulheres em se tratando de saúde masculina, os gestores de saúde pública compartilham da mesma premissa de que “homem não chora”, “homem não sente dor” e “homem aguenta no peito”.

O desenvolvimento de ações acolhedoras direcionadas ao homem possibilita a inserção dele não apenas no âmbito social como também familiar. Através de uma abordagem humanizada e livre de preconceitos, o homem passa a olhar a sua saúde e seu corpo de maneira integral, prevenindo-se de doenças e ao se deparar com uma situação de adoecimento saberá lidar, assim como as mulheres, culpa, angústia e este momento delicado. Cabe ressaltar que a Política Nacional de Assistência Integral à Saúde do Homem constitui-se como política de amparo focada em atender as demandas masculinas.

Assim como o corpo feminino merece ser respeitado e zelado na saúde e segurança; o corpo masculino deve ser focado a partir dos mesmos preceitos: saúde, respeito, segurança e dignidade. Tanto o corpo feminino quanto o masculino são parte que compõe o ser humano. Negligenciar o acesso à saúde digna ao homem baseado em estruturas de gênero e sociocultural não se justifica o quadro de adoecimento masculino e o diagnóstico de vulnerabilidade. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem – PNAISH – demonstra ser um passo decisivo dado pelas entidades participantes: gestores dos SUS, sociedades científicas, sociedade civil organizada, pesquisadores acadêmicos e agências de cooperação internacional, que acreditam na igualdade de atendimento de saúde, buscando promover a discussão sobre os direitos e acessibilidade a saúde por parte dos homens. Para o PNAISH, compreender o homem no contexto da saúde significa reintegrar o homem a um ambiente social de afetividade, de zelo consigo mesmo e com outros membros de sua família e comunidade. Também significa uma melhor compreensão por parte destes homens do exercício da paternidade enquanto cuidador e protetor de seus filhos, dando-lhes atenção desde as primeiras etapas da vida – da fase bebê até a fase adulta.

Neste âmbito os estudos de feminista, gênero e masculinidade, proporcionaram uma reflexão crítica acerca da saúde do homem e do viés da construção masculina na saúde pública. O debate sobre a saúde do homem como os conceitos de masculinidade se mantém aberto e em construção, possibilitando

que outras fontes de estudos possam ser publicadas. Da mesma forma que tais conceitos, especialmente o de gênero, reiteraram o distanciamento das noções biológicas para explicar as diferenças entre homens e mulheres, eles também colocam em cheque a questão do binarismo (masculino/feminino) ao tratar das masculinidades de Connell. Ressalta-se que para abarcar as noções de gênero, de masculinidade e construção social masculina e feminina se faz necessário dialogar com outras áreas do conhecimento de modo a promover um debate constante sobre a construção social de homens e de mulheres, ressaltando as suas necessidades, raça/ etnia e classe social.

### Referências Bibliográficas

AMANCIO, Ligia. **Masculinidade e Feminismo**: a construção social da diferença. 5ª ed. Porto: Afrontamento, 1994.

BRASIL. MINISTERIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Brasília, 2008.

BRASIL, Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, Princípio e Diretrizes. Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/>

BRASIL, Perfil da situação do Homem no Brasil, Ministério da saúde, 2012. <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/maio/21/CNSH-DOC-Perfil-da-Situa---o-de-Sa--de-do-Homem-no-Brasil.pdf>

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE; Fortalecimento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH): compromisso versus ação na atenção básica, 2013. <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/maio/21/CNSH-DOC-Fortalecimento-da-PNAISH.pdf>

BRASIL, Política nacional de Atenção Integral à saúde da Mulher (PNAISM), Ministério da Saúde; 2004. [www.spm.gov.br/assuntos/saude-integral-da-mulher](http://www.spm.gov.br/assuntos/saude-integral-da-mulher)

CANESQUI, Ana Maria; Saúde do Homem e masculinidade na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: uma revisão bibliográfica (2013). Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/76441/80156>

CASALS, D. I. **Subjetivaciones masculinas**: subjetividades, género y poder en lo social. Montevideo: Psicolibros Ltda, 2011.

CONNELL, R. W. Políticas da masculinidade. **Educação e Realidade**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 185-206, 1995.

CONNELL, R. W. La organización social de la masculinidad. In: VALDÉS, T.; OLAVARRÍA, J. (Ed.). **Masculinidad/es: poder y crisis**. Santiago: Ediciones de las mujeres, 1997. p. 31-48.

CONNELL, R. W. MESSERSCHMIDT, J. W. Masculinidade hegemônica: repensando o conceito. **Estudos Feministas**, Florianópolis, 21(1): 424, janeiro-abril/2013.

COURTENAY W. H. Constructions of Masculinity and their Influence on Men's well-being: a theory of gender and health. **Soc Sci Med**. 2000, 50:1385-401.

BRASIL, Departamento de Informação do Sistema Único de Saúde (DATASUS), 2006. <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205>

FIGUEIREDO W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. **Ciências Saúde Coletiva**, 2005, 10:105-9.

GOMES R. Sexualidade masculina e saúde do homem: proposta para uma discussão. **Ciência Saúde Coletiva**, 2003.

GOMES, R. **Sexualidade masculina, gênero e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008

HARDY E, JIMÉNEZ AL. Masculinidad y género. In: Briceño-León R, Minayo MCS, Coimbra Jr. CEA (ed). **Salud y equidad: una mirada desde las ciencias sociales**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2000. p. 349-59

BRASIL, Instituto Nacional de Câncer (INCA); 2015. <http://www.inca.gov.br/wcm/dncc/2015/por-sexo.asp>

KEIJZER B. Hasta donde el cuerpo aguante: género, cuerpo y salud masculina. In: Cáceres CF, Cueto M, Ramos M, Vallas S, (edit.). **La salud como derecho ciudadano: perspectivas y propuestas desde América Latina**. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2003.

KIMMEL, M. **Laproducción teórica sobre la masculinidad, fin de siglo**. Género y cambio civilizatorio. Santiago: Ediciones de las mujeres, n. 17.

KIMMEL, M. S. Homofobia, temor, vergüenza y silencio en la identidad masculina. In: VALDÉS, T.; OLAVARRÍA, J. (Ed.). **Masculinidad/es: poder y crisis**. Santiago: Ediciones de las mujeres, 1997. p. 49-62

LAURENTI, R. et al. Perfil epidemiológico da morbimortalidade masculina. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 35-46, 2005.

LUCK M, BAMFORD M, WILLIAMSON P. **Men's health: perspectives, diversity and paradox**. London: Blackwell Sciences, 2000.

MARTINS, ALBERTO MESAQUE at al. Concepções de psicólogos sobre o adoecimento de homens com câncer. **Revista Psicologia, Teoria e Prática**, v.14. nº

2. P. 74 – 97, 2012. Disponível em:  
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=193823800007>

MOURA E. C.; NEVES A. C. M. SÁ N. N. B.; SILVA A. S.; SANTOS, W. **Perfil da situação de saúde do homem no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. (Relatório técnico)

NARDI A, GLINA S, FAVORITO LA. **Primeiro Estudo Epidemiológico sobre Câncer de Pênis no Brasil**. International Braz J Urol, v. 33, p. 1-7, 2007.

ROHDEN, Fabíola. O império dos hormônios e a construção da diferença entre os sexos. Instituto de Medicina Social / Universidade do Estado do Rio de Janeiro. v.15, suplemento, p.133-152, jun. 2008. Disponível em:  
<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v15s0/07.pdf>

SABO, D. Men's health studies: origins and trends. **Journal of American College Health**.n. 49: 133-142, 2000.

SCHRAIBER, L. B. et al. Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 5, p. 961-970, 2010.

SCOTT, J. Gênero, uma categoria útil de análise histórica. **Educação e Realidade**. Porto Alegre, v. 16, n. 2, p. 5-22, jul./ dez. 1990.

SEPARAVICH, Marco Antônio. **Saúde do Homem e masculinidade na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**: uma revisão bibliográfica (2013). Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/76441/80156>

WELZER-LANG, D. 2001. A construção do masculino: dominação das mulheres e homofobia. **Estudos Feministas**, 9: 460-482.

WELZER-LANG, D. Os homens e o masculino numa perspectiva de relações sociais de sexo. In: SCHPUN, M. R. (Org.). **Masculinidades**. São Paulo: Boitempo: Santa Cruz do Sul: Edunisc, 2004. p.107-128.

## ANEXOS

Consulta de artigos nas áreas do conhecimento: Antropologia; Sociologia; Políticas Públicas; Psicologia Social no Banco de dados Scielo  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_subject&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_subject&lng=pt)

Período: 2005- 2015

Palavras chaves: Gênero; Masculinidade; Saúde do Homem; Estudos Feministas.

Total de Artigos: 363 / Artigos consultados: 20 / Artigos sobre Gênero: 11

3- Trilico, Matheus Luis Castelan et al. **Discursos masculinos sobre prevenção e promoção da saúde do homem.** *Trab. educ. saúde*, Ago 2015, vol.13, no.2, p.381-395. ISSN 1981-7746

Resumo: Este trabalho objetivou analisar o discurso dos homens sobre doença, prevenção, saúde e a necessidade de sua promoção. Pesquisa descritivo exploratória com abordagem qualitativa, realizada com 57 homens, moradores adstritos a uma unidade da Estratégia Saúde da Família do município de Marília, estado de São Paulo, integrada ao Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde. Utilizou-se a técnica de discurso do sujeito coletivo, baseada nas perguntas 'o que você faz para manter sua saúde?' e 'o que você considera prejudicial para sua saúde?' Nos resultados, os discursos analisados evidenciaram que a maioria dos homens não compreende em sua totalidade o sentido de saúde, doença e prevenção, além de se fundamentarem no dimensionamento biológico. A Política Nacional de Atenção à Saúde do Homem constitui importante estratégia de promoção da saúde, todavia ainda requer que profissionais e instituições de diversas áreas, além da saúde, sejam ágeis, criativos e capacitados para lidarem com tal singularidade e suas vulnerabilidades. **Palavras-chave:** promoção da saúde; saúde do homem; atenção primária à saúde.

15- Bertolini, Daniele Natália Pacharone and Simonetti, Janete Pessuto **O gênero masculino e os cuidados de saúde: a experiência de homens de um centro de saúde.** *Esc Anna Nery*, Dez 2014, vol.18, no.4, p.722-727. ISSN 1414-8145

Resumo: Compreender como os homens de um Centro de Saúde se comportam quanto aos cuidados com a saúde. Estudo qualitativo, realizado em um Centro de Saúde Escola que selecionou por conveniência e entrevistou 15 indivíduos do gênero masculino, adultos e organizou os dados conforme o Discurso do Sujeito Coletivo. Emergiram quatro ideias centrais que retratam os motivos para procurar o serviço, problemas de saúde, atitudes diante desses problemas e participação nas atividades da unidade. Esses indivíduos são assíduos, se preocupam em seguir as recomendações recebidas e utilizam o atendimento individual, preferencialmente, por falta de tempo, mas demonstram interesse em participar de atividades em grupo. Isto deve ser utilizado pelo serviço como oportunidade de intensificar a participação deles em grupo específico já existente para homens, que oferece um espaço de acolhimento e escuta de problemas diversos, sendo uma forma de reintegração desses indivíduos junto ao serviço de saúde. **Palavras-chave:** Saúde do Homem; Centros de Saúde; Enfermagem; Assistência à Saúde.

18- Cavalcanti, Joseane da Rocha Dantas et al. **Assistência Integral a Saúde do Homem: necessidades, obstáculos e estratégias de enfrentamento.** *Esc Anna Nery*, Dez 2014, vol.18, no. 4, p.628-634. ISSN 1414-8145

Resumo: Conhecer as necessidades de saúde, identificar os obstáculos que impedem o atendimento das necessidades de saúde do homem e apresentar as estratégias de enfrentamento para uma assistência integral e humana a um grupo de homens. Estudo de cunho descritivo e exploratório, com abordagem qualitativa. A coleta dos dados foi realizada em fevereiro de 2012 por meio de entrevista semiestruturada e analisadas à luz do referencial teórico. A população masculina tem necessidades de saúde a serem atendidas e referenciam como obstáculos, a

vergonha de se expor, a impaciência, a inexistência de tempo e a falta de resolutividade das necessidades de saúde. A humanização em saúde predominou como estratégia de enfrentamento, através do acesso, do acolhimento, da comunicação e do vínculo. A criação da Política de Atenção Integral a Saúde do Homem não foi suficiente para inseri-lo no contexto de saúde, desta forma, propõem-se mudanças no modelo assistencial. **Palavras-chave:** Saúde do Homem; Atenção Primária à Saúde; Humanização da Assistência.

21- Moreira, Renata Livia Silva Fonsêca, Fontes, Wilma Dias de and Barboza, Talita Maia **Dificuldades de inserção do homem na atenção básica a saúde: a fala dos enfermeiros.**

Resumo: Conhecer as dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros no contexto da saúde do homem na atenção básica no Município de João Pessoa - PB. Trata-se de uma pesquisa exploratório-descritiva com abordagem qualitativa e a análise de conteúdo. Foram entrevistados 28 enfermeiros que desenvolviam ações de saúde há pelo menos um ano. Os achados revelam que as dificuldades vivenciadas pelos enfermeiros envolvem principalmente: Ausência do homem; déficit de comportamento de autocuidado; sentimentos de temor vinculado ao trabalho; déficit na capacitação dos profissionais em saúde do homem e no conhecimento sobre a Política Nacional de Atenção Integral à saúde do Homem (PNAISH); feminilização desses serviços e incompatibilidade de horários. A efetividade das ações estratégicas referidas pelos enfermeiros depende de fatores que perpassam, entre outros aspectos, pelas questões de gênero, instrumentalização dos profissionais da saúde, readequações nos espaços cuidativos neste nível de atenção, bem como pela adequação do processo de trabalho dos profissionais envolvidos. **Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde; Gênero; Masculinidade; Saúde do Homem.

24- Vieira, Katiucia Letiele Duarte et al. **Atendimento da população masculina em unidade básica saúde da família: motivos para a (não) procura.** *Esc. Anna Nery*, Mar 2013, vol.17, no. 1, p.120-127. ISSN 1414-8145

Resumo: Estudo exploratório descritivo, que objetivou conhecer os motivos que levam homens a procurar atendimento de saúde e compreender os motivos que os afastam de uma Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) no sul do Brasil. Pela análise dos prontuários, identificaram-se 175 atendimentos a homens entre 25 e 59 anos em 2010. Problemas agudos acometeram 93 (52,2%) usuários, a dor desencadeou 42 (23,6%) dos problemas crônicos, hipertensão arterial acometeu 37 (21,4%) clientes. Com entrevistas apreenderam-se os motivos de afastamento daquela UBSF. Sentiam-se saudáveis, por isso frequentavam pouco o serviço de saúde, ficando dez anos ou mais sem procurá-lo. Além de questões de gênero, alegaram incompatibilidade de horário, medo de detectarem doença grave, número insuficiente de fichas e falta de especialistas. Para atender às peculiaridades da população masculina, é necessário que os profissionais de saúde se capacitem, problematizem a realidade de cada UBSF e, juntamente com os gestores, vislumbrem e operacionalizem estratégias inclusivas de atendimento. **Palavras-chave:** Enfermagem; Saúde do homem; Políticas públicas de saúde; Identidade de gênero.

25 - Silva, Patricia Alves dos Santos et al. **A saúde do homem na visão dos enfermeiros de uma unidade básica de saúde**. *Esc. Anna Nery*, Set 2012, vol.16, no. 3, p.561-568. ISSN 1414-8145

Resumo: Este estudo objetivou conhecer e analisar a visão dos enfermeiros em relação ao atendimento à saúde do homem. Pesquisa qualitativa que teve como campo um Centro Municipal de Saúde. Os sujeitos foram sete enfermeiros que atuavam em setores que atendiam homens, dos quais três eram do sexo masculino e quatro, do sexo feminino. Utilizaram-se a entrevista com questões semiestruturadas como instrumento de coleta e a análise de conteúdo, para tratar os dados. Na fala dos sujeitos ficou evidenciado que os homens procuram menos os serviços devido à incompatibilidade de horário com a jornada laboral. E, ainda, segundo a percepção dos sujeitos, sentem-se constrangidos em procurar atendimento, pois essa postura choca-se com a cultura andocrêntrica. Verificou-se que a maioria dos sujeitos desconhecia a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Sugere-se que haja capacitação dos enfermeiros e que os serviços tenham infraestrutura física e de pessoal para garantir assistência qualificada. **Palavras-chave:** Saúde do homem; Enfermagem em saúde pública; Atenção primária à saúde.

26 - Nascimento, Adriano Roberto Afonso do Trindade, Zeidi Araújo and Gianordoli-Nascimento, Ingrid Faria **Homens brasileiros jovens e representações sociais de saúde e doença**. *Psico-USF (Impr.)*, Ago 2011, vol.16, no.2, p.203-213. ISSN 1413-8271

Resumo: Este trabalho teve como objetivo identificar as representações sociais de saúde e de doença, bem como os principais motivos para procura por assistência médica, entre homens jovens (idade entre 18 e 25 anos) da Região Metropolitana de Belo Horizonte/MG/Brasil. Foram entrevistados 100 sujeitos. Os dados foram submetidos às análises de evocação e de conteúdo. A análise dos resultados obtidos indica uma possível relação, por um lado, entre saúde, manutenção e prevenção, através da centralidade dos elementos bem-estar e qualidade de vida vinculados à procura por assistência médica em consultórios e, por outro, entre doença, reparação e supressão do sofrimento com a busca por assistência médica nos hospitais. Tais dados podem ajudar a orientar propostas de intervenção dirigidas à saúde de homens jovens, pois revelam a necessidade de abordagens diferenciadas para a prevenção de doenças e para a reparação da saúde. **Palavras-chave:** Saúde do homem; Jovem adulto; Psicologia social.

39 - Schwarz, Eduardo et al. **Política de saúde do homem**. *Rev. Saúde Pública*, Dez 2012, vol.46, suppl. 1, p.108-116. ISSN 0034-8910

Resumo: No artigo discute-se a articulação entre sistemas de informações epidemiológicas, produção científica e políticas de saúde de assistência à saúde do homem. Foram utilizadas três fontes secundárias: dados do Ministério da Saúde (Sistemas de Informação sobre Mortalidade e Hospitalar, Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico), artigos publicados na SciELO e documentos do Ministério da Saúde referentes à saúde do homem. Os resultados apontam que, em termos de morbimortalidade, os homens estão mais expostos a riscos do que as mulheres. Na produção científica,

predominam estudos que focalizam os agravos e doenças exclusivamente masculinos em detrimento de outros aspectos relacionados à saúde. Documentos legais destacam o panorama epidemiológico de morbimortalidade masculina e a metodologia de elaboração da política. É necessário que os pesquisadores ampliem a utilização dos dados dos sistemas de informações epidemiológicas do Ministério da Saúde e procedam à incorporação crítica da perspectiva relacional de gênero. **Palavras-chave:** Saúde do Homem; Perfil de Saúde; Registros de Doenças; Registros de Mortalidade; Política de Saúde; Gênero e Saúde.

62 - Couto, Márcia Thereza et al. **O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in) visibilidade a partir da perspectiva de gênero.** *Interface (Botucatu)*, Jun. 2010, vol.14, no. 33, p.257-270. ISSN 1414-3283

Resumo: Este trabalho apresenta estudo de caráter etnográfico acerca da relação entre homens e a assistência à saúde na Atenção Primária, realizado em oito serviços de quatro estados brasileiros. Seu objetivo é compreender a (in) visibilidade dos homens no cotidiano da assistência a partir da perspectiva de gênero, que discute os mecanismos promotores de desigualdades presentes no trabalho em saúde. Foram identificadas, nesse contexto, diferentes dimensões desta (in) visibilidade: os homens como alvo de intervenções no campo das políticas públicas de saúde; como usuários que enfrentam dificuldades na busca por atendimento e no estímulo à sua participação efetiva; como sujeitos do cuidado (de si e de terceiros). O trabalho reforça a importância dos estudos de gênero e sua relação com a saúde, na medida em que discute a produção das iniquidades sociais (re) produzidas pelas desigualdades de gênero presentes no imaginário social e nos serviços de saúde. **Palavras-chave:** Saúde do homem; Homens; Atenção primária à saúde.

71 - Gomes, Romeu et al. **Sentidos atribuídos à política voltada para a Saúde do Homem.** *Ciênc. saúde coletiva*, Out 2012, vol.17, no. 10, p.2589-2596. ISSN 1413-8123

Resumo: Analisaram-se os sentidos atribuídos à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) pelos envolvidos na sua implementação, buscando identificar como uma política formulada em nível nacional é significada nos contextos locais. Em cinco municípios, de cada macrorregião do país, realizaram-se 6 narrativas e 21 entrevistas semiestruturadas, com gestores e profissionais de saúde; as informações sobre a Política foram trabalhadas a partir do Método de Interpretação de Sentidos. A Política é percebida em geral com positividade. Dentre os sentidos atribuídos, destacamos que a Política é vista, por alguns, como uma atenção integral que norteia ações para abordar os homens como um todo na Atenção Primária; ao contrário, por outros, foi percebida como uma redução a problemas urológicos. Também foi vista como algo vago, não detalhando como proceder para trazer os homens aos serviços e melhor atendê-los, ou algo episódico, sendo a política reduzida à realização de eventos pontuais e não a ações continuadas, incorporadas no cotidiano dos serviços. Os diferentes sentidos orientam práticas e ações, podendo sinalizar o engajamento efetivo e continuado do profissional com a Política, sendo um elemento fundamental para seu monitoramento e avaliação. **Palavras-chave:** Saúde do Homem; Política de saúde; Políticas públicas de saúde; Gênero e saúde; Pesquisa qualitativa; Brasil.



73 - Machin, Rosana et al. **Concepções de gênero, masculinidade e cuidados em saúde: estudo com profissionais de saúde da atenção primária.** *Ciênc. saúde coletiva*, Nov 2011, vol.16, no. 11, p.4503-4512. ISSN 1413-8123

Resumo: O trabalho analisa as concepções de gênero e masculinidades de profissionais de saúde da Atenção Primária à Saúde em quatro estados do país (PE, RJ, RN, SP) a partir de duas perspectivas: os significados associados a ser homem e a relação masculinidade e cuidados em saúde. O estudo de natureza qualitativa é parte de pesquisa multicêntrica tendo por referência a triangulação de métodos. Foram analisadas 69 entrevistas em profundidade de profissionais de saúde com formação de nível superior. Os relatos dos profissionais (re) produzem a noção de que os serviços são "espaços feminilizados", o que se traduz no seu cotidiano por um reforço à ideia do corpo masculino como lócus do não cuidado em oposição ao corpo feminino visto como lócus desse cuidado. Sobressai a representação dos profissionais sobre os homens centrados na forte presença de um padrão hegemônico de masculinidade, que influencia o pouco envolvimento destes com os cuidados em saúde. A existência de um modelo estereotipado de gênero acarreta a (re) produção de desigualdades entre homens e mulheres na assistência a saúde e compromete a visibilidade de outros significados e expressões de identidades de gênero. **Palavras-chave:** Masculinidade; Gênero; Saúde do homem; Masculinidade e saúde; Atenção primária.

74 - Figueiredo, Wagner dos Santos and Schraiber, Lilia Blima **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.** *Ciênc. saúde coletiva*, 2011, vol.16, suppl. 1, p.935-944. ISSN 1413-8123

Resumo: Estudou-se a relação do exercício das masculinidades com o cuidado em saúde para homens na atenção primária, por meio de representações e significados de usuários e trabalhadores acerca do que vem ser homem. Foram entrevistados homens usuários e profissionais de saúde de dois serviços de atenção primária. Encontrou-se uma diversidade de modelos de masculinidade que podem definir diferentes formas para pensar o cuidado de saúde dos homens. Observou-se que questões como trabalho, sexualidade, estrutura corporal, relações com as mulheres e transformações nas relações de gênero são temas importantes para os homens e devem ser consideradas nos serviços de saúde. **Palavras-chave:** Gênero e saúde; Saúde do homem; Atenção primária à saúde.

81 - Schraiber, Lilia Blima et al. **Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens.** *Cad. Saúde Pública*, Maio 2010, vol.26, no. 5, p.961-970. ISSN 0102-311X

Resumo: Estudam-se relações entre masculinidades e cuidado em saúde, abordando o reconhecimento de necessidades por homens usuários de atenção primária e respostas dos serviços. É parte de pesquisa realizada em quatro estados brasileiros, com oito serviços amostrados por conveniência. Triangulou-se observação etnográfica com entrevistas semi-estruturadas com 182 usuários de 15 a 65 anos e com 72 profissionais. A análise temática dos registros etnográficos e das entrevistas foi baseada nos referenciais de gênero e em estudos do trabalho em

saúde. Os resultados apontam como a medicalização das necessidades de saúde marca usuários, profissionais e serviços, ocultando questões vinculadas à masculinidade. Permitem caracterizar a atenção primária como voltada para as mulheres, reproduzindo no funcionamento dos serviços e nos desempenhos profissionais as desigualdades de gênero, em que para as mulheres há a disciplina do cuidado e para os homens, impropriedades para assistir e cuidar. **Palavras-chave:** Saúde do Homem; Gênero e Saúde; Atenção Primária à Saúde.

84 - Gomes, Romeu, Nascimento, Elaine Ferreira do and Araújo, Fábio Carvalho de **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*, Mar 2007, vol.23, no. 3, p.565-574. ISSN 0102-311X

Resumo: O estudo tem como objetivo analisar as explicações presentes em discursos masculinos para a pouca procura dos homens por serviços de saúde. O método do estudo baseia-se numa abordagem de pesquisa qualitativa. A representação do cuidar como tarefa feminina, as questões relacionadas ao trabalho, à dificuldade de acesso aos serviços e a falta de unidades especificamente voltadas para a saúde do homem são os principais motivos expressos pelos sujeitos para a pouca procura pelos serviços de saúde. Conclui-se, dentre outros aspectos, que o imaginário social que vê o homem como ser invulnerável acaba contribuindo para que ele menos se cuide e mais se exponha a situações de risco. **Palavras-chave:** Saúde do Homem; Serviços de Saúde; Identidade de Gênero.

87- GOMES, Romeu e NASCIMENTO, Elaine Ferreira do. **A produção do conhecimento da saúde pública sobre a relação homem-saúde: uma revisão bibliográfica.** *Cad. Saúde Pública* [online]. 2006, vol.22, n.5, pp. 901-911. ISSN 1678-4464.

Resumo: O estudo tem como objetivo analisar a produção bibliográfica sobre a relação homem-saúde, no campo da saúde pública. A partir dessa análise, pretende-se problematizar as idéias mais recorrentes nas considerações sobre as especificidades do ser homem no processo saúde-doença. O método consistiu-se numa revisão bibliográfica de artigos de saúde pública, realizada a partir de uma abordagem de pesquisa qualitativa. Sexualidade masculina, masculinidade e reprodução e masculinidade e poder foram os temas encontrados na análise. Concluiu-se que ainda são necessárias investigações sobre as masculinidades relacionadas a gênero, nacionalidade, classe, idade, etnia e orientação sexual. **Palavras-chave:** Saúde do Homem; Literatura de Revisão; Pesquisa Qualitativa.

91 - Wilma Dias de et al. **Atenção à saúde do homem: interlocução entre ensino e serviço.** *Acta paul. enferm*, 2011, vol.24, no. 3, p.430-433. ISSN 0103-2100

O estudo objetivou descrever a vivência de ações de educação em saúde desenvolvidas pelo Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Masculinidades e Saúde da Universidade Federal da Paraíba durante a primeira Semana Estadual de atenção à Saúde do Homem realizada no Centro de Ciências da Saúde na instituição supracitada, com o intuito de contribuir para a implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. No processo, foi possível desvelar

importantes *deficits* de autocuidado nesta clientela, que têm implicações na determinação dos altos índices de morbidade e mortalidade nos homens, exigindo, ações concretas e eficazes dos gestores, profissionais e das instituições de ensino, com vistas à inclusão mais efetiva desse segmento populacional nos serviços de Assistência Primária à Saúde. **Palavras-chave:** Saúde do homem; Educação em saúde; Atenção primária à saúde.

27- Silva, Silvana de Oliveira, Budó, Maria de Lourdes Denardin and Silva, Mariele Moreira da **Concepções e práticas de cuidado na visão de homens**. *Texto contexto - enferm.*, Jun 2013, vol.22, no.2, p.389-396. ISSN 0104-0707

Olhar o cuidado na perspectiva dos homens é um grande desafio, visto que sempre esteve associado à mulher. Por meio de pesquisa qualitativa exploratória e descritiva, teve-se por objetivo descrever as concepções e as práticas de cuidado a partir da percepção de homens. Foram realizadas entrevistas narrativas com 13 homens entre 20 e 30 anos, residentes na área de abrangência de uma Estratégia de Saúde da Família. A partir da análise temática os resultados demonstraram que os homens concebem cuidado de forma abrangente e singular; se constituem seres de cuidado para familiares, amigos e colegas; o praticam por meio de ações e atitudes diversificadas; numa relação de reciprocidade se sentem cuidados pelas mulheres-mães-esposas-irmãs. Foi constatada a relevância deste estudo para a enfermagem, uma vez que contribuirá com o planejamento de ações inovadoras e condizentes com as concepções desses sujeitos. **Palavras-chave:** Saúde do homem; Enfermagem; Cultura.

47- Alvarenga, Willyane Andrade et al. **Política de saúde do homem: perspectivas de enfermeiras para sua implementação**. *Rev. bras. enferm*, Dez 2012, vol.65, no.6, p.929-935. ISSN 0034-7167

Pesquisa qualitativa, que objetivou descrever e analisar a percepção das enfermeiras da estratégia Saúde da Família acerca da importância e perspectivas de implementação da Política de Saúde do Homem. Foi realizada em julho de 2011, em Centros de Saúde de Teresina-PI, com dezesseis enfermeiras. Os dados foram coletados por entrevistas semiestruturadas; as falas foram categorizadas segundo Bardin e analisadas à luz do Interacionismo Simbólico. As enfermeiras consideram esta política importante e suas perspectivas de implementação são de apoio à iniciativa e de enfrentamento das dificuldades para a inclusão desse grupo e das relacionadas ao processo de trabalho. Traz contribuições sobre a atual situação de saúde do homem, para a assistência e consolidação dos cuidados de enfermagem. **Palavras-chave:** Cuidado de Enfermagem; Programa Saúde da Família; Saúde do Homem.

91- Fontes, Wilma Dias de et al. **Atenção à saúde do homem: interlocução entre ensino e serviço**. *Acta paul. enferm.*, 2011, vol.24, no.3, p.430-433. ISSN 0103-2100

O estudo objetivou descrever a vivência de ações de educação em saúde desenvolvidas pelo Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Masculinidades e Saúde da Universidade Federal da Paraíba durante a primeira Semana Estadual de atenção à Saúde do Homem realizada no Centro de Ciências da Saúde na

instituição supracitada, com o intuito de contribuir para a implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. No processo, foi possível desvelar importantes *deficits* de autocuidado nesta clientela, que têm implicações na determinação dos altos índices de morbidade e mortalidade nos homens, exigindo, ações concretas e eficazes dos gestores, profissionais e das instituições de ensino, com vistas à inclusão mais efetiva desse segmento populacional nos serviços de Assistência Primária à Saúde.