

Gênero e necessidades de saúde dos homens: o cuidado na perspectiva de profissionais de saúde

Gender and men's health needs: Care from the perspective of healthcare professionals

Carolina de Oliveira Coutinho¹, Juliana Pereira Casemiro¹, Cristiane Marques Seixas¹

DOI: 10.1590/2358-2898202614910805P

RESUMO Este artigo analisa como concepções de gênero e masculinidades de profissionais de saúde impactam o reconhecimento das necessidades de saúde dos homens e as práticas de cuidado. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de caráter exploratório, utilizando entrevistas semiestruturadas conduzidas entre dezembro de 2020 e junho de 2021. Participaram profissionais de saúde atuantes na atenção primária e atenção secundária do município do Rio de Janeiro, selecionados pela técnica bola de neve. A análise dos dados foi realizada com base no Método de Interpretação de Sentidos. Os resultados indicam que a compreensão dos serviços de saúde como espaços feminilizados interfere na resistência dos homens em acessá-los. Observou-se que os profissionais de saúde mobilizam uma visão binária que associa os significados de 'ser homem' à ausência de cuidado consigo e com o outro, em contraste com a percepção da mulher como cuidadora, o que limita o acolhimento das demandas masculinas. Concepções essencialistas e estereotipadas de masculinidade dificultam o reconhecimento das necessidades de saúde dos homens e favorecem práticas que reiteram desigualdades de gênero. Repensar assistência, políticas de saúde e propostas terapêuticas dirigidas aos homens no cotidiano dos serviços, assim como a educação permanente em saúde, são importantes desafios do contexto atual.

PALAVRAS-CHAVE Saúde do homem. Necessidades e demandas de serviços de saúde. Saúde e gênero. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT *This article analyses how conceptions of gender and masculinities held by healthcare professionals impact the recognition of men's health needs and care practices. This is a qualitative, exploratory study, with data collected through semi-structured interviews conducted between December 2020 and June 2021. Participants were healthcare professionals working in primary and secondary care in the municipality of Rio de Janeiro, selected using the snowball sampling technique. Data analysis was carried out using the Meaning Interpretation Method. The results indicate that the understanding of health services as feminized spaces interferes with men's resistance to accessing them. It was observed that healthcare professionals employ a binary view that associates the meanings of 'being a man' with a lack of self-care and care for others, in contrast to the perception of women as caregivers, which limits the acceptance of male demands. Essentialist and stereotypical conceptions of masculinity hinder the recognition of men's health needs and favour practices that reinforce gender inequalities. Rethinking care, health policies and therapeutic proposals directed at men in the daily routine of services, as well as continuing health education, are important challenges of the current context.*

KEYWORDS *Men's health. Health services needs and demand. Gender and health. Primary Health Care.*

¹Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. cris.marques.seixas@gmail.com

Introdução

As concepções de gênero, saúde e masculinidades no século XXI têm se consolidado como importantes objetos de investigação científica¹⁻⁴. Há décadas, reconhece-se que o adoecimento é um processo histórico e socialmente configurado, de modo que tanto os fatores associados à sua ocorrência quanto os saberes e instrumentos tecnicamente direcionados ao seu controle resultam das formas socialmente organizadas pelas quais os sujeitos se relacionam entre si e com o meio em que vivem^{1,5}. As respostas políticas ao adoecimento também são fruto desses mesmos contextos, requerendo igual compreensão de suas determinações sociais.

Assim, mostra-se fundamental a reflexão sobre o processo saúde-doença-cuidado a partir de uma perspectiva de gênero, aqui compreendida como um conjunto de normas sociais e expectativas rígidas relativas a identidades e comportamentos considerados apropriados para homens e mulheres, que sustentam relações de poder assimétricas³. O diálogo com essa categoria analítica permite examinar regulações e ordens sociais que operam na produção de sentidos sobre saúde e cuidado^{3,6}.

Ademais, seu caráter relacional impõe considerar as relações sociopolíticas entre homens e mulheres, bem como dos homens entre si e das mulheres e seus pares, o que significa dizer que o gênero perpassa todas as relações sociais⁶. O pressuposto de gênero acerca das masculinidades afirma que estas se relacionam a um conjunto de atributos, valores e condutas que estruturam a identidade masculina, contribuindo para a ampliação da compreensão dos homens enquanto sujeitos particulares e plurais^{7,8}.

Enquanto princípio ordenador e normatizador das práticas sociais, o gênero condiciona práticas assistenciais em saúde^{1,6}, que se constituem como construções técnico-científicas e humanas, atravessadas pela subjetividade dos agentes envolvidos. Tais práticas expressam concepções, valores e crenças compartilhadas

tanto por profissionais quanto por usuários acerca da saúde e das relações de gênero⁹.

No processo de produção de cuidados em saúde, as necessidades voltadas à manutenção e reparação de um estado vital ocupam posição central para compreensão das práticas, contribuindo de maneira importante para o entendimento das relações acerca das masculinidades e dos cuidados em saúde^{4,10,11}. Contudo, a própria definição do que se entende por ‘necessidades de saúde’ constitui um primeiro desafio analítico, dada a complexidade inerente a esse conceito.

Tal complexidade decorre da multiplicidade de aspectos e valores implicados na noção de necessidade humana. Para sua compreensão, contribui a noção de carecimento, entendida como um atributo do indivíduo que, a partir de suas condições históricas e de suas vivências relacionais, passa a demandar algo que percebe como passível de ser produzido¹². A ideia de carecimento possui estreita relação com a de consumo, uma vez que só se sente carência de algo já produzido, e que tal produção é impulsionada pelo consumo. Entretanto, para que um produto, pelo seu valor de uso, seja efetivamente consumido, faz-se indispensável a percepção da sua necessidade. Assim, o consumo é reproduzido pelo carecimento, configurando uma relação de reciprocidade entre a existência de carências ou necessidades e o consumo de produtos, entre os quais se inclui a saúde¹³.

Nesse contexto, diversos estudos^{4,12-16} têm procurado discutir a temática das necessidades de saúde, salientando sua importância na definição das práticas de saúde. Cecílio¹⁶, partindo do percurso teórico desenvolvido por Stotz¹⁷, propõe que as necessidades de saúde podem ser apreendidas em quatro grandes conjuntos: 1) necessidade de se ter ‘boas condições de vida’; 2) necessidade de se ter acesso e se poder consumir toda tecnologia de saúde capaz de melhorar e prolongar a vida; 3) necessidade de se ter vínculos ‘(a)efetivos’ com um profissional e/ou equipe; 4) necessidade de cada sujeito de desenvolver graus crescentes de

autonomia no seu modo de levar a vida. Essa diversidade evidencia o caráter complexo e multidimensional das necessidades de saúde, apontando a importância de reconhecê-las em suas dimensões coletiva, política e social.

No entanto, recentes estudos de revisão^{4,14} apontam para a ausência de definição conceitual da expressão, denotando uma falta de uniformidade em seu entendimento teórico, bem como a escassez de abordagens que tratem a temática sob uma perspectiva reflexiva e crítica. Isso pode resultar na reprodução de práticas que reforçam processos medicalizantes e alinhados à mercantilização da saúde.

Este artigo analisa como as concepções de gênero e masculinidades de profissionais de saúde impactam o reconhecimento das necessidades de saúde de homens e a elaboração de práticas de cuidado à saúde.

Material e métodos

O presente estudo integra uma pesquisa mais ampla que buscou compreender os principais desafios relacionados ao cuidado a homens com Transtornos Alimentares (TA), a partir da perspectiva de profissionais de saúde¹⁸.

Para tanto, analisou-se como as concepções de gênero e masculinidades podem impactar a identificação, interpretação e o encaminhamento da terapêutica dos TA em homens. O material aqui apresentado corresponde a uma das categorias de análise – a produção de sentidos sobre as necessidades de saúde dos homens –, a qual se mostrou tão relevante para os campos da saúde coletiva e saúde do homem quanto as questões mais específicas relacionadas aos TA.

Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, com caráter exploratório, que contou com a realização de 17 entrevistas semiestruturadas individuais, conduzidas a partir de roteiro previamente elaborado. As entrevistas foram realizadas entre dezembro de 2020 e junho de 2021 com profissionais de saúde atuantes na Atenção Primária à Saúde (APS) (*quadro 1*) e Atenção Secundária à Saúde (ASS), em serviços que acolhem casos de TA do município do Rio de Janeiro (*quadro 2*). Para o desenvolvimento deste artigo, foram analisadas as respostas referentes aos tópicos relacionados à produção de sentidos sobre as necessidades de saúde dos homens e às concepções de gênero.

Quadro 1. Perfil das(os) profissionais entrevistadas(os) que atuam na Atenção Primária à Saúde

Entrevistado(a)	Sexo	Gênero	Idade	Raça/cor	Estado civil	Profissão	Tempo de formada(o)	Escolaridade	Tempo de atuação na APS
APS05	F	F	41 anos	Negra	Casada	Nutricionista	10 anos	Pós-graduação <i>lato sensu</i>	8 anos
APS09	F	F	31 anos	Branca	Casada	Nutricionista	4 anos	Pós-graduação <i>lato sensu</i>	5 anos
APS10	F	F	34 anos	Branca	Solteira	Nutricionista	12 anos	Mestrado	10 anos
APS11	F	F	32 anos	Negra	Solteira	Psicóloga	2 anos	Graduação	7 anos e 7 meses
APS12	F	F	32 anos	Negra	Solteira	Psicóloga	12 anos	Mestrado	3 anos
APS13	F	F	33 anos	Branca	Casada	Enfermeira	10 anos	Pós-graduação <i>lato sensu</i>	3 anos
APS14	F	F	29 anos	Branca	União estável	Psicóloga	6 anos	Mestrado	2 anos e 6 meses
APS15	F	F	58 anos	Negra	União estável	Enfermeira	11 anos	Especialização	10 anos
APS16	F	F	51 anos	Branca	Solteira	Fisioterapeuta	21 anos	Mestrado	9 anos

Fonte: elaboração própria.

Quadro 2. Perfil das(os) profissionais entrevistadas(os) que atuam na Atenção Secundária à Saúde

Entrevistado(a)	Sexo	Gênero	Idade	Raça/cor	Estado civil	Profissão	Tempo de formada(o)	Escolaridade	Tempo de atuação na ASS
AE01	F	F	33 anos	Branca	Casada	Nutricionista	11 anos	Pós-graduação <i>lato sensu</i>	7 anos
AE02	F	F	38 anos	Branca	Solteira	Psicóloga	14 anos	Doutorado	14 anos
AE03	F	F	33 anos	Negra	Casada	Médica	9 anos	Pós-graduação <i>lato sensu</i>	2 anos
AE04	M	M	34 anos	Branco	Casado	Psicólogo	9 anos	Pós-graduação <i>lato sensu</i>	6 meses ¹
AE06	F	F	62 anos	Branca	Solteira	Psicóloga	36 anos	Mestrado	11 anos
AE07	F	F	44 anos	Branca	Casada	Médica	21 anos	Pós-graduação <i>lato sensu</i>	11 anos
AE08	F	F	47 anos	Branca	Solteira	Enfermeira	15 anos	Doutorado	11 anos
AE17	F	F	61 anos	Negra	Casada	Assistente social	37 anos	Pós-graduação <i>lato sensu</i>	11 anos

Fonte: elaboração própria.

Em função da pandemia de covid-19, a amostra foi selecionada por conveniência, adotando-se a técnica de amostragem em bola de neve¹⁹. O tamanho da amostra foi definido com base no critério de saturação teórica²⁰.

As entrevistas foram transcritas e analisadas manualmente seguindo os princípios do Método de Interpretação de Sentidos²¹. A análise compreendeu os seguintes procedimentos: leitura compreensiva; identificação e problematização de ideias e sentidos centrais implícitos ou explícitos; estabelecimento de categorias temáticas; cotejamento das categorias com a literatura existente e referências teóricas que norteiam a pesquisa; elaboração de síntese interpretativa.

O estudo foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Pedro Ernesto, sob Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) nº 26282419.2.0000.5259 e Parecer nº 3.819.660, e da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, sob CAAE nº 26282419.2.3001.5279 e Parecer nº 3.968.490.

Resultados e discussão

Os homens e os usos dos serviços de saúde

A afirmação enunciada pelas(os) entrevistadas(os) de que os homens são pouco presentes nos serviços de saúde chamou atenção desde o início da pesquisa. Quando comparada à presença feminina e à utilização dos serviços, observa-se que as mulheres compõem de modo mais expressivo a clientela, tanto em termos de frequência quanto de familiaridade com o espaço e com a lógica de organização dos serviços, reiterando achados da literatura²²⁻²⁴.

A ausência dos homens nesses serviços associa-se à socialização masculina, notadamente marcada pela valorização da invulnerabilidade, força, virilidade e risco. Tais valores são produzidos a partir de um modelo cultural ideal que, mesmo sendo atingível apenas por uma minoria dos homens, exerce sobre todos os outros um efeito de regulação e controle²⁵. A partir desse modelo ideal, o cuidado é tido

como prática feminina, sendo o risco considerado pela via do enfrentamento, e não da prevenção².

Esse padrão de socialização contribuiria para a produção de sujeitos que possuem uma inabilidade para lidar com emoções e uma dificuldade em reconhecer suas vulnerabilidades, além de desvalorizarem o autocuidado e possuírem preocupação incipiente com a saúde^{8,11,22,26}. Além disso, dificultaria o reconhecimento e a verbalização pelos homens de suas necessidades de saúde, tendo em vista que falar sobre adoecimento e cuidado remete ao campo dos afetos e das emoções e pode ser interpretado como sinal de fraqueza ou vulnerabilidade, atributos que, na perspectiva de gênero, são tradicionalmente associados ao feminino²⁷.

As(os) entrevistadas(os) destacaram que os homens tendem a adotar um discurso ‘mais pragmático’, enquanto as mulheres teriam uma fala ‘mais aberta’. Tal diferenciação tenderia a orientar as práticas de saúde para abordagens mais superficiais no atendimento aos homens, interferindo no reconhecimento e na identificação de suas necessidades de saúde.

Quando buscam, os homens vêm com um discurso muito pragmático: ‘olha, eu vim fazer isso e é isso que eu vou cuidar. Ponto. Não fica me perguntando outras coisas não, que é isso que eu quero de vocês’. Acho que tem pouca abertura dos homens em relação a, digamos assim, a falar, a expressar. Por conta disso, os médicos ficam assim: ‘então tá bom, você veio buscar isso e eu vou te dar isso’. Tem uma coisa, assim, dos médicos ficarem mais cabreiros, no nível de investigar qualquer coisa do comportamento (AE04).

Segundo Welzer-Lang²⁸, no processo de socialização masculina, é preciso se distanciar, contrapor e combater qualquer possível associação com o feminino, sob pena de ser percebido, identificado e tratado como mulher. Trata-se de uma construção do ‘tornar-se homem’ em oposição ao feminino, processo que precisa ser reatualizado reiteradamente por meio de provas de masculinidade.

Estudos como os de Courtenay e Keeling²⁹ e de Schofield et al.³⁰ evidenciam que crenças e comportamentos relacionados à saúde, nos quais homens e mulheres se envolvem, são um meio de expressarem masculinidades e feminilidades. Para a aquisição ou manutenção de poder, homens tendem a reprimir e negar suas necessidades de saúde.

Considerando a assistência médica como uma prática que exige certa complacência dos ‘pacientes’ às rotinas assistenciais, a resistência masculina à procura de cuidados em saúde e à verbalização das suas necessidades pode estar relacionada ao temor de serem vistos como passivos, característica também atribuída ao feminino³¹. Nossas(os) interlocutoras(es) destacaram que os serviços da APS comumente são percebidos como espaços feminilizados, o que pode produzir, entre os homens, a sensação de não pertencimento²⁴.

Quando eles começam a ver os homens dentro da unidade, uns começam a ver os outros, eles se sentem mais à vontade, porque é... se a gente observar, em uma unidade de saúde, seja ela qual for, a sala de recepção é muito feminina. Então, você tem que colocar coisas para o homem também. Sala de espera, para o homem [com ênfase], porque eles estão ali, eles estão presentes (APS15).

Essa sensação também pode ser compreendida como reflexo do conflito entre vivências dos espaços público e privado^{2,31}. Na perspectiva de gênero, ao masculino se destina o espaço da rua, do público e do mundo do trabalho, enquanto o serviço de saúde se relaciona à doença, concebida como fraqueza e incapacidade, sendo simbolicamente vinculada ao feminino. Assim, com sua dimensão feminilizada, as unidades de saúde se relacionam à interioridade e ao domínio do privado, o que pode contribuir para a ausência dos homens nesses espaços.

A feminilização dos ambientes manifesta-se tanto nos materiais de educação em saúde utilizados quanto nos elementos decorativos produzidos pelas(os) funcionárias(os). Marcas

personais, influenciadas pelo imaginário de gênero, são frequentemente transpostas para o ambiente institucional da saúde^{23,24}.

Embora seja possível identificar mudanças no padrão de comunicação do Ministério da Saúde, pela inclusão de referências mais diversas de gênero, raça/cor, etnia e geração nos materiais educativos, tais iniciativas ainda não alcançam plenamente as equipes dos serviços em suas produções locais^{22-24,26}. Ainda assim, observa-se, nas falas das(os) entrevistadas(os), a emergência de movimentos que apontam para mudanças, ainda que circunscritas a uma lógica binária de gênero.

A familiaridade das mulheres com os serviços de saúde foi construída ao longo de um processo histórico de apropriação do corpo feminino, visto como corpo reprodutivo e objeto de estratégias de controle biomédico³². Já ao corpo masculino, coube o lugar do desconhecimento, não recebendo o mesmo investimento²⁶. As(os) profissionais entrevistadas(os) evidenciam a centralidade conferida ao corpo feminino nas práticas e políticas de saúde, em detrimento da problematização das razões que afastam os homens dos serviços.

Eu acho que a gente tende a estudar essa grande maioria de mulheres porque, de fato, é quem acessa mais. Só que, ao fazer isso, a gente acaba apagando um outro braço importante que é quem não acessa, não está acessando por quê? E eu acho que isso é muito dificultoso pra nossa política de saúde, porque é a normatização do corpo que vem em relação à mulher mesmo, né? Esse corpo do homem não tem lugar, nem na saúde (APS14).

Para Rohden³², com o surgimento da ginecologia no século XIX, o corpo feminino passou a ser mais exposto e sistematicamente investigado do que o masculino, fato que decorreu de um discurso medicalizante que ia desde a redução da mulher à função sexual e reprodutiva até o projeto de constituição de uma 'ciência da mulher', sustentado pela compreensão de que as mulheres seriam mais suscetíveis a doenças e instabilidades do que os homens.

No que concerne ao corpo masculino, tanto no campo do estabelecimento de uma especialidade médica quanto na incorporação às discussões sobre função sexual e reprodutiva, não se observou essa mesma inflexão do discurso médico. Apesar da reconhecida existência de desordens na próstata e nos testículos, prevaleceu a concepção de que as patologias do sistema sexual masculino não determinariam a natureza do homem³²⁻³⁴.

Isso explicaria por que a andrologia, ou mesmo a urologia, não alcançaram grande êxito naquele período. Apenas a partir do final do século XX e início do século XXI, a temática da saúde do homem passou a ser incorporada, tanto no campo da medicina quanto no da saúde pública³²⁻³⁴.

Os resultados deste estudo indicam que a ausência dos homens nos serviços de saúde configura-se como uma forma de invisibilidade associada à inabilidade dos profissionais em reconhecer sua presença como usuários e em valorizar as questões por eles apresentadas. As falas evidenciam que tal invisibilidade não se relaciona à menor procura dos serviços por parte dos homens, mas, também, às práticas profissionais que dificultam o reconhecimento e acolhimento de suas demandas.

Eu acho que já existe um 'pré-conceito' cultural em relação ao homem se cuidar. Isso já meio que vem formado na cabeça de muita gente: que o homem não se cuida, que o homem não procura, e isso, às vezes, pode interferir, dependendo do profissional. Interfere talvez no fato de ele não levar em consideração algumas queixas (APS13).

Esses achados dialogam com estudos^{11,22-24,26,27} que analisam o modo como profissionais de saúde – sujeitos também generificados – avaliam e legitimam as necessidades e demandas de saúde de homens e mulheres, indicando que o processo de trabalho no cotidiano da assistência pode produzir mecanismos potencialmente promotores de desigualdades de gênero.

Payne e Doyal³⁵ assinalam que profissionais de saúde podem apresentar menor atenção na

identificação de processos de adoecimento em decorrência dos estereótipos de gênero associados aos usuários. De forma convergente, Courtenay e Keeling²⁹ apontam que os serviços de saúde tendem a destinar menos tempo de atendimento aos homens e a oferecer poucas explicações sobre mudanças em fatores de risco para doenças, quando comparados às mulheres, aspecto que se faz presente nos relatos analisados.

Para Couto et al.³⁶, crenças acerca da presença dos homens nos serviços de APS são construídas a partir de uma percepção enviesada da invisibilidade, especialmente quando suas demandas se expressam de maneiras distintas daquelas tradicionalmente associadas ao feminino e já legitimadas no contexto assistencial. Tal percepção de invisibilidade seria concebida como produto da polarização baseada nos estereótipos de gênero e da estruturação de serviços e políticas de prevenção, que, muitas vezes, não incluem os homens como sujeitos de cuidado.

‘Ser homem’ e ‘ser mulher’ nos serviços de saúde

A tendência a uma visão binária constitui um elemento de destaque quando tomamos o gênero como princípio ordenador e normatizador de práticas sociais⁶. Observa-se, nesse contexto, um processo de ‘essencialização’ que limita os significados relacionados a ‘ser homem’ ou ‘ser mulher’ e oculta as pluralidades que atravessam essas experiências. Desigualdades sociais e econômicas, educacionais, de classe, raciais, étnicas, geracionais, de sexualidade ou de capacidade contribuem para a configuração de masculinidades e feminilidades diversas. Ainda assim, determinados atributos seguem sendo frequentemente cristalizados como exclusivos de um gênero ou de outro³⁷.

Nicholson³⁸ enfatiza que as análises que desconsideram os limites impostos por uma perspectiva binária de gênero tendem a produzir explicações reducionistas, incapazes de

abarcar experiências que desviam da norma. Baseadas na premissa de que os homens não cuidam de si nem dos outros, as práticas de profissionais de saúde podem legitimar a suposta incompetência masculina para o cuidado. Simultaneamente, essas práticas reforçam a imagem da mulher como cuidadora, reforçando padrões de gênero naturalizados.

A literatura^{8,24} aponta que, quando acessam os serviços de saúde, os homens tendem a fazê-lo prioritariamente em situações relacionadas a patologias, lesões, acidentes, problemas odontológicos ou para uso da farmácia, considerados suas principais ‘portas de entrada’ nos serviços. Destaca-se a preferência por dispositivos que ofereçam atendimento imediato, como emergências e prontos-socorros, caracterizados pela ausência de acompanhamento longitudinal, o que evidencia resistência às ações preventivas e de rotina.

Os dados deste estudo convergem com esses achados. As(os) entrevistadas(os) percebem atitudes distintas, com a predominância de práticas de caráter curativo entre os homens e de práticas preventivas entre as mulheres. Ao mencionarem a menor presença masculina nos serviços, mobilizam explicações ancoradas em suas experiências e percepções pessoais, que passam a operar como chaves interpretativas para compreender esse fenômeno.

Primeira coisa: eu acho que o homem precisa entender que ele não é um herói, que tem que cuidar da saúde dele, que a saúde dele não é para ser cuidada só quando ele está doente, né? [...] Enquanto a gente não desconstruir esse lugar do homem, enquanto não houver uma discussão sobre isso, enquanto a gente continuar empurrando essa lógica, a gente vai ter pessoas muito resistentes a se cuidar, porque é o lugar do super-herói (APS16).

O aspecto cultural associado ao ‘ser homem’ tende a reforçar um modelo de masculinidade idealizada, sustentado por um viés determinista no qual a possibilidade de agência dos sujeitos é relegada a um papel secundário diante do cenário social¹.

Para Swain³⁹, a concepção segundo a qual haveria algo de puramente orgânico e biológico nos corpos femininos só pode adquirir sentido e ser tomada como verdade perene a partir de aparatos discursivos inscritos em determinados esquemas de poder. Ao interpelar o enunciado da naturalidade corporal e questionar a suposta concretude dos corpos biológicos, coloca-se em perspectiva a construção de regimes de verdade sobre o corpo. Aquilo que poderia ser tomado como a ‘natureza’ de um corpo, ao ser interrogado criticamente, revela-se como efeito de uma ampla e complexa rede de poderes que fabrica e camufla a multiplicidade do social.

As(os) profissionais entrevistadas(os) relataram que os homens tendem a retardar a busca de assistência, e apenas se aceitam portadores de necessidades e dirigem-se aos serviços quando já apresentam doença manifesta e/ou agravada, quando não conseguem mais lidar sozinhos com seus sintomas ou quando estes comprometem seu desempenho cotidiano. Também emergiu, nos relatos, a percepção de que os homens não reconhecem a importância das orientações preventivas, valorizando prioritariamente práticas curativas voltadas à restauração da integridade corporal e da funcionalidade.

Os homens dificilmente procuram, né, principalmente de forma preventiva. Eles só vão quando o caso já está bem [grave]... de forma que eles não conseguem mais adiar, quando já têm prejuízos muito grandes. Então, eles começam a procurar. Motivados por suas esposas, ou por alguém que falou, mas dificilmente por iniciativa própria (APS11).

Além disso, as(os) interlocutoras(es) apontaram que os principais motivos que levam os homens a procurar uma unidade de saúde são as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), o tabagismo, as dores, a dependência química e/ou sintomas de doenças mentais, bem como as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT).

Esses relatos sugerem que o reconhecimento de carecimentos em saúde, por se constituir na vida em sociedade, está associado tanto à prevalência de determinados agravos em âmbito populacional quanto daqueles que ameaçam aspectos centrais da masculinidade hegemônica, como ocorre, por exemplo, com as IST. Desse modo, o movimento de busca dos serviços de saúde e as demandas ditas ‘espontâneas’ mostram-se sempre sócio-historicamente determinados¹⁰.

Schraiber e colaboradores¹¹ destacam que, no processo de medicalização – forma de apreender e transformar as necessidades de saúde que apaga a socialidade da doença –, o objeto do cuidado tende a ser reduzido às necessidades estritamente biológicas. Assim, tanto as desigualdades de gênero quanto as relações entre o exercício das masculinidades e os processos de adoecimento tendem a permanecer ausentes das práticas assistenciais e das demandas mais valorizadas pelos usuários, por aculturação na medicalização.

Outro aspecto que ganha destaque entre as razões apontadas para busca de assistência em saúde são as questões relacionadas ao trabalho. A literatura sobre o tema aponta os fatores associados ao emprego e a atividades laborais como uma variável que dificulta o acesso dos homens aos serviços de saúde. Entre esses fatores, destacam-se a incompatibilidade entre os horários de funcionamento das unidades e a jornada de trabalho, a existência de uma cultura social e organizacional que deprecia a ausência masculina motivada por situações de adoecimento, e o receio, por parte dos homens, de assumir essa busca de assistência por temerem demonstrar fragilidade em seus contextos sociais^{1,11,23,24,26}.

Entretanto, os dados deste estudo permitem observar que condições laborais adversas e a perda do emprego podem ser situações que incidem de forma significativa sobre a saúde dos homens, funcionando como disparadores para a procura de atendimento nas unidades de saúde.

Quando chegava até mim, chegava muitas vezes pela equipe ou até pelo ACS. Nesses casos, era porque esse homem já estava num nível muito grande de esgotamento, ligado a essas situações de trabalho ou perda de trabalho, ou porque houve um momento de desemprego. E aí tem algo muito grande ligado à agressividade, às questões de gênero, do homem ser esse provedor da família e estar numa situação de depressão ou um estado de tristeza grande. Eram situações que mais marcavam pra mim (APS12).

Nesse sentido, cabe ressaltar que, nas sociedades ocidentais orientadas pela lógica do consumo, o trabalho tem sido considerado atributo essencial para a construção da identidade masculina heteronormativa, sendo atribuído ao homem adulto o papel de provedor. O ingresso no mercado de trabalho simboliza, nesse contexto, uma forma de exercício da masculinidade. Conforme trabalham e geram recursos materiais capazes de garantir o próprio sustento e o de sua família, os homens também conquistam reconhecimento por parte de outros homens, processo fundamental para a reposição e estruturação de sua identidade³⁹.

Zanello et al.⁴⁰ enunciam que, em nossa cultura, o ideal hegemônico de masculinidade é marcado pela virilidade sexual e laborativa. Há, assim, uma demanda social para que os homens sejam eficazes, provedores e não falhem no desempenho sexual nem no trabalho. No âmbito laboral, o dinheiro e o sucesso profissional ratificam essa virilidade, enquanto sua ausência pode ser vivenciada como vergonha, depreciação e perda de identidade social. Essas experiências impactam negativamente as condições de vida e de saúde da população masculina, deixando aqueles que não alcançam tais ideais mais particularmente vulneráveis a experimentar o sofrimento psíquico.

Nessa direção, Sarti⁴¹ defende que, especialmente nas famílias pobres, o trabalho assume um referencial simbólico positivo, ancorado em seu valor moral, permitindo que homens pertencentes às camadas sociais

mais desfavorecidas requalifiquem sua posição social. Assim, não é de se estranhar que, diferentemente das mulheres pobres, que apresentam maior tendência de revelar seus dramas familiares, os homens pobres parecem apresentar uma imensa dificuldade em falar sobre problemas associados à precariedade material, na medida em que tais questões tensionam ou inviabilizam o exercício de uma masculinidade socialmente reconhecida²⁸.

Ainda cabe mencionar que, quando o homem trabalhador se confronta com um contexto de incapacidade para o exercício de sua atividade laboral, por adoecimento ou acidente, emerge um conflito identitário. Isso ocorre porque o próprio trabalho, ao mesmo tempo que produz adoecimento, passa a definir um conjunto de limitações morais e físicas que colocam em xeque atributos centrais associados ao ser homem e trabalhador⁴².

Da mesma maneira, problemas relacionados à sexualidade, como impotência sexual e perda de libido, tendem a acionar referenciais identitários da masculinidade heteronormativa, como, por exemplo, sexualidade incontrolável e compulsiva e práticas sexuais de risco. Ademais, dificuldades no controle de impulsos, expressas por comportamentos de agressividade e irritabilidade, frequentemente reforçadas no processo de socialização masculina, articulam-se a esses padrões e podem intensificar o sofrimento psíquico e os processos de adoecimento.

Considerações finais

Os achados deste estudo, circunscritos ao contexto empírico investigado e à perspectiva das(os) profissionais participantes, indicam que as masculinidades exercidas acarretam necessidades de saúde distintas entre os homens. Entretanto, tais necessidades tendem a não ser reconhecidas a partir do exercício das masculinidades, sendo frequentemente naturalizadas como agravos comuns ao indivíduo de sexo masculino. Essa naturalização das

construções sociais de masculinidades, conforme fica evidenciado nos relatos analisados, dificulta o reconhecimento de necessidades de saúde específicas dos homens no cotidiano dos serviços.

Essa dificuldade emerge de processos mais amplos de construção das identidades de homens e mulheres nas relações sociais, os quais conformam não apenas modos de compreender o corpo, a saúde e a doença, mas também produzem serviços de saúde fundados em modelos referidos aos ideais normativos de masculino e feminino.

Nesse cenário, a medicalização das necessidades de saúde, que compõe o modo hegemônico de atuação dos profissionais e de reconhecimento por parte dos usuários de suas necessidades, reforça o distanciamento com relação à compreensão da saúde como socialmente determinada. A ausência de um olhar que incorpore a perspectiva de gênero reduz, assim, as possibilidades de identificação e estímulo à expressão de carecimentos que não se inscrevem na produção usual dos serviços.

Os dados empíricos também evidenciam que, embora os corpos masculinos não tenham sido historicamente controlados e disciplinados nos mesmos moldes que os femininos, eles foram frequentemente reduzidos à sua força física enquanto força de trabalho, operando como corpos-máquina. Sob essa lógica, o cuidado contínuo perde centralidade, sendo substituído por intervenções pontuais voltadas à 'reposição', quando o corpo já não responde às exigências do trabalho. Como consequência, ações de promoção e prevenção da saúde tendem a não ocupar um lugar privilegiado quando se trata da saúde dos homens⁴³.

De modo geral, os resultados apontam que a ordem de gênero dominante, integrada ao ambiente institucional pela atuação dos profissionais, conforma percepções sobre procura, acesso, necessidades, demandas e uso dos serviços por homens e mulheres. Tais discursos, ancorados em processos de essencialização do masculino (atrelado à cultura) e

do feminino (atrelado à natureza), produzem leituras naturalizadas das diferenças de gênero no adoecimento e nas necessidades de saúde, sobrepondo modelos abstratos aos sujeitos concretos que acessam os serviços²⁶. Nesse sentido, vale reforçar que, em se tratando da naturalização das diferenças, interessa menos para o debate de gênero verificar sua existência 'real' e mais compreender a função social e política da suposição de que elas existem, uma vez que o reforço do binarismo limita a construção de outras possibilidades de compreender o masculino, o feminino e suas assimetrias de poder.

À luz desses resultados, torna-se fundamental interrogar criticamente noções reificadas de 'ser homem', masculino e masculinidades de modo a subsidiar análises e ações em saúde que considerem o caráter múltiplo, relacional e contextual dessas experiências⁴⁴. É apenas na abertura à diversidade de possibilidades de formas de existir que os profissionais podem reconhecer carecimentos que tendem a ser invisibilizados ou reduzidos, contribuindo para o desenvolvimento de práticas de cuidado que não reproduzam atribuições tradicionais e desiguais de gênero no campo da saúde¹⁰.

Do ponto de vista programático, a incorporação da pluralidade de formas de exercício das masculinidades – forjada na relação com outros marcadores sociais de diferença – alinha-se aos princípios da integralidade e da equidade do sistema de saúde. Isso oportuniza a incorporação de outras perspectivas e saberes ao processo de organização das práticas direcionadas aos sujeitos nos serviços de saúde, de modo alternativo à racionalidade biomédica hegemônica¹⁰.

No âmbito da formação profissional, os resultados apontam para a necessidade de revisar criticamente as práxis de ensino em saúde, diante do reconhecimento de que as dinâmicas de gênero atravessam de forma estruturante as práticas profissionais. Enorme é o desafio de desconstruir paradigmas hegemônicos, mas torna-se imprescindível investir em processos formativos que integrem gênero

e saúde em uma perspectiva ético-política e interseccional, bem como fortalecer o papel da universidade e das instituições formadoras na produção e difusão de metodologias e tecnologias de cuidado sensíveis às diferenças.

Adicionalmente, destaca-se a relevância da educação permanente e continuada em saúde como um importante eixo do modelo assistencial brasileiro, ao valorizar o cotidiano do trabalho como espaço de aprendizagem, reflexão crítica e invenção de práticas. Essa estratégia favorece a substituição de modelos tradicionais por práticas mais colaborativas, integradas e comprometidas com a escuta da diversidade e da pluralidade⁴⁵.

Por fim, concordamos com Trad⁴⁶ quando afirma que atender, ainda que parcialmente, às necessidades de saúde de determinados grupos sociais pressupõe, antes, reconhecê-las. Isso implica adotar uma perspectiva que resista a leituras etnocêntricas e generalizantes, para que seja possível apreender dimensões mais

complexas dos sujeitos e dos coletivos. Tal postura constitui tanto um princípio ético quanto um requisito imprescindível para a efetividade das práticas de saúde.

Contribuições de autoria

Coutinho CO (0000-0001-7517-6543)* contribuiu para concepção e desenho do estudo, coleta, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica do artigo, aprovação final da versão a ser publicada. Casemiro JP (0000-0001-6940-2479)* contribuiu para análise e interpretação dos dados, revisão crítica do artigo, aprovação final da versão a ser publicada. Seixas CM (0000-0003-2630-9746)* contribuiu para concepção e desenho do estudo, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica do artigo, aprovação final da versão a ser publicada. ■

Referências

- Gomes R, editor. Saúde do homem em debate. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2011. 228 p.
- Medrado B, Souza I, Gomes R, et al. Homens e masculinidades e o novo coronavírus: compartilhando questões de gênero na primeira fase da pandemia. *Ciênc saúde coletiva*. 2021;26(1):179-83. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020261.35122020>
- Heise L, Greene ME, Opper N, et al. Gender inequality and restrictive gender norms: framing the challenges to health. *Lancet*. 2019;393(10189):2440-54. DOI: [10.1016/S0140-6736\(19\)30652](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30652).
- Carnut L, Ferraz CB. Necessidades em (de) saúde: conceitos, implicações e desafios para o Sistema Único de Saúde. *Saúde Debate*. 2021; 45: 451-66. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202112916>
- Ayres JR. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde Soc*. 2004;13(3):16-29. DOI: <https://doi.org/10.1590/s0104-12902004000300003>
- Scott JW. Gênero: uma categoria útil para análise histórica. *Educ Realidade*. 1995;20(2):71-99.
- Connell R, Messerschmidt JW. Masculinidade hegemônica: repensando o conceito. *Estud Fem*. 2013;21(1):241-282. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2013000100014>

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

8. Gomes R. Sexualidade masculina, gênero e saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. 183 p.
9. Schraiber LB, Figueiredo WS. Integralidade em saúde e os homens na perspectiva relacional de gênero. *Saúde do Homem Debate*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2011. p. 19-38.
10. Schraiber LB. Necessidades de saúde, políticas públicas e gênero: a perspectiva das práticas profissionais. *Ciênc saúde coletiva*. 2012; 17: 2635-44. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001000013>
11. Schraiber LB, Gomes R, Couto MT, et al. Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. *Cad Saúde Pública*. 2010; 26:961-70. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2010000500018>
12. Camargo KR Jr. On health needs: the concept labyrinth. *Cad Saúde Pública*. 2018;34:e00113717. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00113717>
13. Figueiredo WS. Masculinidades e cuidado: diversidade e necessidades de saúde dos homens na atenção primária [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2008. 295 f.
14. Freitas GC, Flores JA, Camargo KR Jr. “Necessidades de saúde”: reflexões acerca da (in)definição de um conceito. *Saúde Soc*. 2021;31:e200983. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902021200983>
15. Campos CMS, Mishima SM. Necessidades de saúde pela voz da sociedade civil e do Estado. *Cad Saúde Pública*. 2005;21(4):1260-8. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000400029>
16. Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; 2001. p. 113-26.
17. Stotz EN. Necessidades de saúde: mediações de um conceito (contribuição das Ciências Sociais para a fundamentação teórico-metodológica de conceitos operacionais da área de planejamento em saúde) [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 1991. 514 f.
18. Coutinho CO. Masculinidades transtornadas: um estudo sobre os desafios do cuidado a homens com transtornos alimentares [tese]. Rio de Janeiro: Instituto de Nutrição, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2023. 217 f.
19. Noy C. Sampling knowledge: the hermeneutics of snowball sampling in qualitative research. *Int J Soc Res Methodol*. 2008;11(4):327-44. DOI: <https://doi.org/10.1080/13645570701401305>
20. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 14ª ed. São Paulo: Hucitec; 2014. 416 p.
21. Gomes R, Souza ER, Minayo MCS, et al. Organização, processamento, análise e interpretação de dados: o desafio da triangulação. In: Minayo MCS, Assis SG, Souza ER, organizadores. *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. p. 179-218.
22. Moreira MCN, Gomes R, Ribeiro CR. E agora o homem vem?! Estratégias de atenção à saúde dos homens. *Cad Saúde Pública*. 2016;32:e00060015. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00060015>
23. Couto MT, Pinheiro TF, Valença O, et al. O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade. *Interface (Botucatu)*. 2010; 14:257-70. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832010000200003>
24. Gomes R, Nascimento EF, Araújo FC. 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*. 2007;23(3):565-74. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000300015>
25. Almeida MV. Gênero, masculinidade e poder: revendo um caso do sul de Portugal. In: *Anuário Antropológico*, 95. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; 1996. p. 161-190.

26. Machin R. Concepções de gênero, masculinidade e cuidados em saúde: estudo com profissionais de saúde da atenção primária. *Ciênc saúde coletiva*. 2011;16(11):4503-4512. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001200023>
27. Dantas GC, Figueiredo WS, Couto MT. Desafios na comunicação entre homens e seus médicos de família. *Interface (Botucatu)*. 2021;25:e200663. DOI: <https://doi.org/10.1590/interface.200663>
28. Welzer-Lang D. Os homens e o masculino numa perspectiva de relações sociais de sexo. In: Schpun MR, organizadora. *Masculinidades*. São Paulo: Boitempo; Santa Cruz do Sul: Edunisc; 2004. p. 107-128.
29. Courtenay WH, Keeling R. Men, gender, and health: toward an interdisciplinary approach. *J Am Coll Health*. 2000;48(6):243-246. DOI: [10.1080/07448480009596265](https://doi.org/10.1080/07448480009596265)
30. Schofield T, Connell RW, Walker L, et al. Understanding men's health and illness: a gender relations approach to policy, research, and practice. *J Am Coll Health*. 2000;48(6):247-56. DOI: <https://doi.org/10.1080/07448480009596266>
31. Couto MT. *Gênero, Masculinidades e Saúde* [tese na Internet]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2016 [acesso em 2026 mar 16]. Disponível em: <https://repositorio.usp.br/item/002798211>
32. Rohden F. *Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2001.
33. Gomes R, Granja EMS, Honorato EJS, et al. Corpos masculinos no campo da saúde. *Ciênc saúde coletiva*. 2014;19:165-72. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014191.0579>
34. Sohn AM. O corpo sexuado. In: Courtine JJ, organizador. *História do corpo 3: as mutações do olhar. O século XX*. Petrópolis: Vozes; 2008. p. 109-54.
35. Payne S, Doyal L. Gender equity or gender equality in health? *Policy Polit*. 2010;38(1):171. DOI: <https://doi.org/10.1332/147084410X487688>
36. Alves TM. *Gênero e saúde mental: algumas interfaces*. Comtextos – Working Papers [Internet]. 2017 [acesso em 16 mar 2026];2(3):1-22. Disponível em: <https://repositorium.uminho.pt/entities/publication/db629aac-ddf8-45ac-a8f5-b9d784c35f3a>
37. Nicholson L. Interpretando o gênero. *Estud Fem*. 2000;8(2):9-42.
38. Swain TN. A invenção do corpo feminino ou “a hora e a vez do nomadismo identitário?”. *Textos Hist*. 2000;8(1/2):47-84.
39. Dos-Santos EM, Figueiredo GA, Mafra ALS, et al. Saúde dos homens nas percepções de enfermeiros da estratégia saúde da família. *Rev APS*. 2017;20(2). DOI: <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2017v20.16058>
40. Zanello V. *Saúde mental, gênero e dispositivos: cultura e processos de subjetivação*. Curitiba: Editora Appris; 2020.
41. Sarti CA. *A família como espelho: um estudo sobre a moral dos pobres*. 3ª ed. São Paulo: Cortez; 2005.
42. Nardi HC. O ethos masculino e o adoecimento relacionado ao trabalho. In: *Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1998.
43. Separavich MA. *A saúde do homem em foco*. São Paulo: Editora UNESP; 2011.
44. Oliveira IV, Sousa FKM. “Podem duas mulheres falar sobre masculinidades?": entre saberes localizados e a reflexão sobre múltiplas masculinidades. *Rev Periódicus*. 2020;1(13):25-43. DOI: <https://doi.org/10.9771/peri.v1i13.35695>
45. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Política Nacional de*

Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2018.

46. Trad LAB. Necessidades de saúde: desafios (que persistem) no plano conceitual e da sua operacionalização nos serviços sanitários. In: Pinheiro R, Silva Junior AG, organizadoreWs. Projeto Integralidade em Saúde – 10 anos: por uma sociedade cuidadora. Rio de Janeiro: Cepesc, IMS, UERJ, Abrasco; 2010. p. 39-54.

Recebido em 26/06/2025

Aprovado em 10/03/2026

Conflito de interesses: inexistente

Disponibilidade de dados: os dados de pesquisa estão contidos no próprio manuscrito

Suporte financeiro: Coordenação de Aperfeiçoamento de

Pessoal de Nível Superior Brasil (Capes) – processo nº

88882.450903/2019-01

Editora responsável: Ana Maria Costa, Universidade do Distrito Federal (UnDF), Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS), Brasília (Distrito Federal/DF), Brasil. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7288065169001393>, Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1931-3969>, e-mail: dotorana@gmail.com