

# A INVISIBILIDADE DO HOMEM: OLHAR DE GÊNERO PARA AS PRÁTICAS EM SAÚDE

Kelly Cristina Kohn

Marlene Neves Strey

Bruna Krimberg von Muhlen

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS; Brasil

Roberta de Alencar Rodrigues

Universidad Autónoma de Barcelona; Espanha

Contato: kel\_kohn@yahoo.com.br

## RESUMO

Olhar para os modos de produção de masculinidades nos dias atuais e seus discursos sobre saúde é prestar atenção aos comportamentos que, devido à herança pautada nas diferenças entre os sexos, contribui para obstaculizar o acesso dos homens aos serviços de saúde. Ainda pequenos, os meninos descobrem que para ser homem, dentro do modelo hegemônico que ainda vigora nos dias de hoje, é preciso ser forte, viril, um homem macho. Entretanto, este modelo coloca os homens em uma situação delicada quando se trata dos cuidados com a saúde, pois acaba por excluí-los dessa responsabilidade. Isso acontece porque, entre os homens, não há uma cultura de autocuidado, pois eles são primeiramente cuidados por suas mães e depois por suas esposas, o que reforça o seu caráter dependente quando se trata da sua saúde, dificultando a promoção de medidas preventivas. Este trabalho pretende mostrar, através de entrevistas com profissionais de saúde, o quanto a invisibilidade dos homens nos serviços de atendimento é fruto não só do comportamento masculino em saúde, mas também da falta de um olhar de gênero por parte dos profissionais. Como base para o trabalho, além das teorias feministas e de gênero, utilizamos a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, lançada no Brasil em 2009. A Política está em seu processo de implantação no Brasil, mas pretende atuar de forma a melhorar o atendimento aos homens nos serviços de saúde. Os/as profissionais entrevistados/as destacaram que as dificuldades de acesso aos serviços de saúde são impeditivas de cuidados, prevenção e informação por parte dos homens. Além disso, outro aspecto que está presente é a invisibilidade, mas percebemos que esse problema é uma via de mão dupla, pois homens e serviços de saúde se aliam para não enxergar o homem como sujeito de direito à saúde. Assim, à medida que a Política conseguir compreender os homens na sua integralidade, percebendo-os como sujeitos de saúde e não somente de doença, promovendo ações que alcancem os homens desde a sua infância e incentivando o cuidado em saúde, a invisibilidade dará lugar à visibilidade, na qual os homens passarão a se enxergar como sujeitos ativos na busca pela própria saúde.

Palavras-chave: homens, saúde, políticas públicas, gênero

Homens e saúde: parece que estas duas palavras juntas não combinam. Perceber os homens quando o assunto é saúde não é tarefa fácil, pois eles têm se mostrado pouco ativos no cuidado com ela e quando procuram ajuda, às vezes esbarram em obstáculos como a falta de um olhar adequado dos/as profissionais de saúde e de serviços que acolham as demandas masculinas. Compreender a saúde enquanto práticas de cuidado e bem-estar e não somente doença é um desafio, pois saúde e doença dependem de experiências singulares que podem ser significadas pela relação pessoa e profissional de saúde (D. Czeresnia, 2003).

Este trabalho trata dessa questão, trazendo as palavras de alguns (as) profissionais da saúde entrevistados (as) em uma pesquisa que está sendo realizada, que mostram o quanto a invisibilidade dos homens nos serviços de atendimento é fruto não só do comportamento masculino em saúde, mas também da falta de um olhar de gênero por parte dos/as profissionais. Além disso, são trazidas algumas contribuições dos estudos de gênero para melhor compreensão do tema.

Ao longo do tempo, homens e mulheres tiveram comportamentos diferentes no que se refere aos cuidados em saúde. Desde o final do século XIX e início do século XX, quando os governos começaram a se preocupar com a sífilis e outras doenças, é que o corpo dos homens passou a ser percebido relacionado a doenças externas que podiam comprometer a sua descendência. As meninas, por sua vez, foram acostumadas a expor seus corpos para um/a médico/a e com a criação da ginecologia o olhar medicalizado sobre o corpo feminino passou a ter uma maior naturalização (R. Gomes, E. Nascimento, F. Araújo, 2007). Com isso, a presença das mulheres na maioria dos documentos e declarações referentes à saúde é visível, e como menciona Buss (2003:16), “este protagonismo social e político da mulher nas ações de promoção da saúde, aproximam, em definitivo, este campo com o movimento feminista”. Portanto, com o desenvolvimento do feminismo e dos trabalhos de gênero que demonstraram diferentes estratégias para

uma maior equidade entre homens e mulheres foram surgindo estudos sobre os homens. Esses estudos tiveram origem na década de 60, juntamente com o movimento feminista, que devido a sua base teórica, são um campo consistente para os estudos sobre masculinidades (M. Arilha, S. Ridenti, B. Medrado, 1998). É a partir desse olhar que passamos a considerar a produção de masculinidades nos dias atuais e sua relação com a saúde.

A historiadora Elisabeth Badinter conta que foi através da antropóloga Margaret Mead que abriram-se caminhos para a idéia da multiplicidade das masculinidades, bem como sobre os variáveis papéis de homens e mulheres. Logo se constatou vários modelos de ser homem e suas diferenças conforme épocas, lugares, classe, raça e idade. Assim, percebeu-se com a maior produção de estudos sobre os homens, que a masculinidade pode ser ensinada e construída, sendo, portanto, modificável (E. Badinter, 1993; M. Burin, 2000). Conforme Cecchetto (2004), os novos estudos sobre homens e masculinidades aliaram-se às teorias feministas, rompendo com o enfoque rígido e polarizado dos papéis sexuais, ampliando o conceito de gênero para além da dicotomia masculino e feminino e ligando-o a aspectos que estruturam as relações sociais. O conceito de gênero é adotado aqui como forma de descrever as construções sociais que determinam aos meninos e às meninas formas de ser homem e ser mulher, ou seja, são os papéis sociais que lhes são atribuídos. Essa organização binária de força, em especial, quando se baseia nas polaridades de gênero, efetua-se pelas mais variadas formas de poder que, por sua vez, são produtivas e estratégicas (Butler, 1987; Paim & Strey, 2004). Essas diferenças que vão sendo estabelecidas atribuem fragilidade e passividade à mulher e virilidade e poder ao homem, reforçando a dominação do masculino sobre o feminino, em que o poder atua de variadas maneiras, produzindo formas de viver e de cuidados com a saúde que são também diversas.

O gênero se define, conforme Burin & Meler (2000: 22) como “a rede de crenças,

traços de personalidade, atitudes, valores, condutas e atividades que diferenciam mulheres e homens”. Se entendermos o gênero como uma construção social relacional em que os sujeitos femininos e masculinos são produzidos uns em relação aos outros, podemos assim compreender que o homem, mesmo estando no domínio das relações de poder estabelecidas em nossa sociedade, também é submetido a constrangimentos sociais que impõem padrões de comportamentos (P. Souza, 2009; S. Garcia, 1998). Esses padrões acentuam a dificuldade do homem em lidar com o próprio corpo e com suas emoções, bem como com as situações de adoecimento.

Desde pequenos os meninos aprendem a demonstrar força, segurança, a serem competitivos e não ter medos. Este modelo do *macho* é definido por regras externas da sociedade em que estes meninos vivem, e se referem sempre a atitudes como fazer, mostrar ou ocultar, não tendo importância sentimentos, emoções e necessidades, o que podemos perceber nos homens adultos pela sua incapacidade de entrar em contato com suas próprias emoções (J. Corsi, M. Dohmen, M. Sotés, L. Bonino, 2002; S. Nolasco, 1995). Nolasco (1997) refere que na socialização dos meninos, estes aprendem a restringir seus vínculos e não demonstrar emoções e fragilidade, pois o que conta são as atitudes *de macho* que vão definir o *homem de verdade*. Nesse sentido o autor diz que o que é ser homem pode ser definido sob duas óticas: uma que tem como base a sociedade patriarcal na qual as demandas da sociedade para o menino apontam para a representação do homem de verdade. E outra, que aponta para uma redefinição dos papéis de homens e mulheres e na qual os homens são incentivados a uma maior aproximação e vínculo – principalmente com os/as filhos/as – e a demonstrar suas emoções e sensibilidade, sem que isso comprometa, é claro, a sua virilidade.

A virilidade é construída, e como nos diz Badinter (1993: 4), ela “corre sempre o risco de apresentar defeito”. Pode ser entendida, como a capacidade reprodutiva, sexual e social, por isso, os homens buscam o reconhecimento de sua honra na esfera do

público, a virilidade precisa ser validada pelos outros homens, a fim de que se sintam verdadeiramente homens (P. Bordieu, 1999). Nesse sentido, Nolasco (1995: 43), refere que “os meninos crescem estimulados a contar vantagens e méritos. O padrão masculino inicia-os em um mundo onde acreditam ser os melhores só por serem homens”.

Todos estes fatores, a virilidade, a construção do *macho de verdade*, a falta de um costume de procurar um profissional de saúde, faz com que os homens sintam-se envergonhados quando necessitam de auxílio, principalmente no exame de próstata e, além disso, atribuem sua baixa procura aos serviços de saúde à falta de cuidados e escuta adequada, com um olhar de gênero que possa dar conta de suas demandas. As mulheres, por sua vez, são as que mais freqüentam a rede de assistência à saúde, sendo foco de programas de promoção da saúde e de prevenção de agravos, familiarizadas, ao longo dos tempos, com intervenções sobre o seu corpo (D. Meyer, 2000; R. Gomes, E. Nascimento, F. Araújo, 2007). O estudo de Gomes, Nascimento & Araujo (2007: 571) apontou ainda, que o imaginário de ser homem pode ser prejudicial para os homens, uma vez que os aprisiona em “amarras culturais, dificultando a adoção de práticas de autocuidado”, pois sendo vistos como viris e fortes, ao procurarem um serviço de saúde para fins preventivos, isso poderia ser associado a serem fracos e inseguros, o que tende a gerar desconfianças acerca de sua masculinidade. Esse medo dos homens de serem associados às mulheres pode trazer comprometimento à saúde masculina, como também dos seus familiares que ficam envolvidos em um processo de hospitalização que não seria necessário caso o homem se cuidasse mais (L. Schraiber, R. Gomes, M. Couto, 2005; R. Gomes, 2008; D. Korin, 2001; M. Strey, G. Pulcherio, 2010). Assim, é comum associarmos homens, masculinidades e risco, sendo que o risco não é algo evitado pelos homens, mas deve ser superado a cada dia por eles (R. Gomes, 2008).

Esses comportamentos masculinos sobre saúde vêm sendo estudados na América Latina e no Brasil desde o final dos anos 80, e apontam para uma maior mortalidade

masculina em relação à feminina (L. Schraiber, R. Gomes, M. Couto, 2005). Assim, os estudos que surgem a partir disso relacionam os homens à saúde reprodutiva das mulheres, à sexualidade e à transmissão de doenças, principalmente DSTs e HIV/AIDS. Diante dessa problemática, o estudo das relações de gênero tem sido um grande impulsionador de questionamentos e descobertas no que tange a relação entre homens e mulheres e sua saúde.

Em um estudo no Brasil, os autores perceberam como a pouca importância dada às especificidades de gênero contribuem para obstaculizar o acesso aos serviços de saúde, principalmente os serviços de atenção primária. Ainda nesse estudo, foi percebida a falta de vínculos com os homens, chamando a atenção para a ausência de um olhar de gênero que possibilitaria apreender novas necessidades e carências nos serviços de saúde (L. Schraiber, W. Figueiredo, R. Gomes, M. Couto, T. Pinheiro, R. Machin, G. Silva, O. Valença, 2010).

No Brasil, a discussão sobre a saúde dos homens ganhou força mediante esforços da Sociedade Brasileira de Urologia (SBU), que promoveu uma Campanha no ano de 2008 tendo como tema a disfunção erétil. A partir daí, a SBU apoiada pelo então Ministro da Saúde José Gomes Temporão – que tinha como uma das metas de sua gestão a implantação de uma política de assistência à saúde dos homens -, começou a exercer forte pressão junto aos órgãos do governo, aos Conselhos de Saúde, e a outras entidades médicas, para que fosse lançada uma Política de saúde que tivesse como foco os homens (S. Carrara, J. Russo, L. Faro, 2009; SBU, 2010; MS, 2009).

Em agosto de 2009, após discussões entre pesquisadores, associações médicas e setores do governo, entre outros, o Ministério da Saúde [MS] lançou a Política de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) que é um programa pioneiro dentre os países da América Latina. Nesse sentido, após 20 anos de implantação do SUS – Sistema Único de Saúde – no Brasil, o governo lançou um programa de saúde voltado para os homens, que

visa abranger uma faixa etária de 20 a 59 anos, melhorando a assistência oferecida aos homens, por meio de ações que promovam saúde, informação e prevenção, e também uma mudança cultural no que diz respeito ao comportamento masculino nessa área.

Assim, devido a PNAISH encontrar-se em processo de implantação no Brasil, é possível modificar alguns percursos e baseando-se nisso que as entrevistas com os/as profissionais de saúde foram realizadas, para que seja possível compreender de que maneira o homem é visto quando procura um serviço de saúde.

Os/as profissionais relataram a falta de atenção dos gestores com os homens, uma vez que existem programas de saúde para várias doenças e também específicas para cada idade, principalmente para crianças, mulheres e idosos, mas o homem não aparece nesses programas. A falta de um olhar para os homens é referida nos discursos: *“hoje já começa que a estrutura da saúde está voltada para a mulher, até nas capacitações. Por que essa discriminação se o homem faz parte da sociedade do mesmo jeito?”* (Agente de Saúde) e essa falta de atenção é percebida pela inexistência de cobrança pela secretaria de saúde, dos atendimentos feitos aos homens: *“(…) nos cobram como é que está o pré-natal das gestantes, nos cobram o número de exame de colo uterino, da prevenção de câncer, de quantos preventivos a gente está coletando, e da saúde do homem a gente não tem tanta cobrança das autoridades. A gente faz se a gente está a fim.”* (Médica de Programa de Saúde da Família [PSF]). Ao final, a percepção dos/as próprios/as profissionais da invisibilidade para com os homens é relatada: *“Realmente [os homens] são deixados meio de lado, se a gente for pensar não é? É tudo voltado para a mulher, criança e idoso!”* (Médica Urologista).

Nesse sentido, um dos entrevistados do sexo masculino refere a existência de preconceito por parte de alguns colegas, que não querem atender os homens que chegam até o serviço de saúde por estarem, muitas vezes, sem tomar banho, com a barba por fazer e são percebidos como quem está tirando o lugar de outra pessoa no

atendimento, principalmente se esse homem deseja realizar um check up ou exames preventivos. O discurso desse entrevistado é de que o homem, por mais bruto que seja, também possui as suas necessidades e quer ser escutado, mas não existe apoio na rede pública que dê conta dessa ajuda: *“Não são acolhidos! Não existe acolhimento para o paciente do sexo masculino!” (Agente de Saúde).*

Com a falta de acolhimento, expor dúvidas e problemas torna-se mais difícil para os homens que conseguem chegar até o serviço de saúde e receber atendimento. Aliado a isso, a vergonha em expor seu corpo a uma mulher – já que atualmente as mulheres são maioria nas equipes de saúde dos serviços primários de atendimento – contribui para que os homens deixem de buscar ajuda ou adiem ao máximo as consultas. Os modelos de masculinidades existentes, a falta de hábito de autocuidado com a saúde e o atendimento recebido, afastam ainda mais os homens dos serviços de saúde.

O envolvimento da equipe de saúde como um todo é ressaltado pelos/as participantes. As dificuldades para agendar um horário de consulta, bem como a falta de boa vontade de alguns profissionais, incomodam e alertam para a burocracia que ainda persiste em nosso país podendo contribuir para o agravamento de algumas doenças: *“Não é fácil conseguir horário na agenda de um médico para encaixar um homem que está nitidamente com a sua próstata alterada e daqui a pouco ele vai bater na porta daqui ou do hospital com um câncer ou com uma inflamação grave porque não tratou preventivamente” (Agente de Saúde); “Tem exames que eu não consigo pedir por aqui, e aí eu tenho que encaminhar para o urologista, para ele solicitar, então às vezes eu tenho um monte de pacientes com problemas de próstata, mas aí ele fica quase um ano esperando por uma consulta do urologista” (Médica de PSF).*

Algumas participantes mulheres relataram que a invisibilidade dos homens é percebida desde a faculdade, principalmente de medicina, na qual os/as estudantes aprendem a realizar o exame preventivo de colo de útero, mas não aprendem a examinar



a próstata de um homem: *“Eu não faço toque porque eu não tive esse treinamento na faculdade, então eu acho que se eu não tenho experiência, eu não vou contribuir muito”* (Médica de PSF); *“Toque retal é uma coisa que todo mundo deveria saber, todo médico que se forma deveria saber fazer. Esse é um procedimento que pode ser feito por qualquer médico”* (Médica Urologista). Ainda, a falta de disciplinas que abordem a relação homem-saúde é mencionada, como mais uma forma de invisibilidade dos homens, desde a formação de quem os deveria acolher: *“na faculdade a gente tem algumas disciplinas e a gente nunca teve em relação ao homem, ou seja, nem na faculdade tem uma cadeira para falar do homem”* (Médica Urologista). Complementando esse discurso, um participante comenta que não existe atendimento em termos de urologia nos Postos de Saúde, ao passo que para a mulher realizar exames preventivos, existem dias e horários e até as enfermeiras podem coletar o exame na falta de um especialista: *“Então já começa pela própria formação do profissional médico que não tem o menor direcionamento para a parte masculina. Em termos de urologia então ele não tem nada! Então os próprios profissionais de saúde não são capacitados ou não têm tendência para enxergar o homem como paciente”* (Agente de Saúde).

Entretanto, por mais que em muitos casos, o homem continue sendo levado às consultas, por sua mulher, mãe ou filhas, uma mudança – ainda que pequena - é percebida no comportamento masculino e seu cuidado com a saúde: *“Eles vêm, procuram ajuda, e acho que eles são bem mais preocupados do que antigamente, e acho que até pela informação mesmo, por tudo o que se faz de propaganda na TV, que eles veem em revista, acho que tudo isso ajuda eles a se preocuparem mais e procurar ajuda”* (Médica Urologista). Mas, ainda que por vezes essa mudança no comportamento dos homens possa ser observada, os/as profissionais tentam se isentar da responsabilidade no cuidado e prevenção da saúde masculina: *“Eu acho que agora a gente vê mais campanha na TV, em jornais, para prevenção da saúde, e eu acho que eles [os homens]*

*já estão começando a se enxergar, e ver que se eles não forem responsáveis pela saúde deles, nós não vamos ir atrás” (Médica de PSF).*

Portanto, a iniciativa do governo em lançar no Brasil uma Política de Saúde para os homens, apesar de ser inovadora e entendida como positiva por todos/as profissionais entrevistados/as, é também percebida com insegurança pela falta de divulgação da mesma e comprometimento com uma política pública que, se bem organizada tem tudo para mudar alguns comportamentos masculinos em saúde: *“eu vejo um total descaso, iniciativas muito paliativas, fracas, sem embasamento, como a Política de saúde do homem” (Agente de Saúde).*

Historicamente, a Saúde Pública no Brasil tem passado por grandes movimentos e transformações do modelo assistencial em saúde. Movimentos que, embasados nesse contexto produzem significados de valores, avanços, limites e desafios na área da saúde, atrelados constantemente aos momentos históricos, econômicos e sociais do país ( A. Eid, C. Bevilaqua, R. Motta, 2010). Nesse sentido, é interessante que se reflita sobre Políticas Públicas que se relacionam com a saúde do homem, sendo esta uma nova proposta que vem sendo discutida desde 2008 e hoje, firmada dentro da instância do SUS, como Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem (PNAISH).

Um ponto que tem sido muito discutido é a questão do estilo de vida, pois ele tem grande influência sobre a saúde e nesse sentido, homens e mulheres possuem estilos de vida diferenciados. Portanto, estratégias de prevenção e promoção de saúde devem levar em conta as diferenças de gênero a fim de que se consigam melhores resultados (R. Laurenti, M. Mello Jorge, S. Gotlieb, 2005).

Percebemos assim, que a necessidade de mudança nos modos de percepção da população masculina em relação ao cuidado com a sua saúde é enfatizada pela Política, mas essa mudança requer tempo e um engajamento de profissionais e dos homens, pois os homens precisam perceber que são vulneráveis às doenças e o os/as profissionais de

saúde necessitam compreender as diversas formas de masculinidades existentes, modificando o acolhimento nos serviços de saúde, a fim de que os homens sintam-se parte integrante deles. Os/as profissionais entrevistados/as destacaram que as dificuldades de acesso aos serviços de saúde são impeditivos de cuidados, prevenção e informação por parte dos homens. Além disso, outro aspecto que está presente é a invisibilidade, mas percebemos que esse problema é uma via de mão dupla, pois homens e serviços de saúde se aliam para não enxergar o homem como sujeito de direito à saúde. Isso acontece, em parte, porque ainda hoje os homens trazem, segundo Nolasco (1995: 32), “conceitos vagos de autoridade e tradição como referência para definirem o masculino”.

Buscando na fala de um dos nossos participantes que diz “*o homem é um paciente um pouco mais impaciente, não aceita tantos não*” pretendemos contribuir para encontrar maneiras de modificar o acolhimento dos homens nos serviços de saúde, de forma que essa impaciência se torne o impulso para um caminho de cuidados com a saúde e mudança de hábitos de vida por parte dos homens fazendo com que deixem de ser sujeitos invisíveis para se tornarem autores de sua própria visibilidade.

## Referências

Arilha, M.; Ridenti, S. G. U.; Medrado, B. (1998) (orgs) Homens e masculinidades – outras palavras. São Paulo, Eccos/ Editora 34.

Badinter, E. (1993) XY: sobre a identidade masculina. Rio de Janeiro, Editora Nova Fronteira.

Bourdieu, P. (1999). A dominação Masculina. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.

Burin, M. (2000) << Construcción de la subjetividad masculina >> Mabel Burin, Irene Meler, Irene (orgs) Varones – género y subjetividad masculina. Buenos aires, Paidós.

Burin, M.; Meler, I. (2000) << Género: una herramienta teórica para el estudio de la subjetividad masculina >> Mabel Burin, Irene Meler (orgs) Varones – género y subjetividad masculina. Buenos Aires, Paidós.

Buss, P. M. (2003). << Uma introdução ao Conceito de Promoção da Saúde >> Dina

- Czeresnia, Carlos Machado Freitas (orgs) Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro, Fiocruz.
- Butler, J. (1987). << Variações sobre sexo e gênero: Beauvoir, Wittig e Foucault.>> Sheila Benhabib, Drucilia Cornell (orgs) Feminismo como crítica da modernidade. Rio de Janeiro, Rosa dos Tempos.
- Carrara, S.; Russo, J. A.; Faro, L. (2009). << A Política de atenção à saúde do homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino >> Physis Revista de Saúde Coletiva, 19(3): 659-678.
- Cecchetto, F. R. (2004). Violência e estilos de masculinidade. Rio de Janeiro, Editora FGV.
- Corsi, J.; Dohmen, M. L.; Sotés, M. A.; Méndez, L. B. (2002). Violencia masculina en la pareja: una aproximación al diagnóstico y a los modelos de intervención. Buenos Aires, Paidós.
- Czeresnia, D. (2003). << O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção >> Dina Czeresnia, Carlos Machado Freitas (orgs) Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro, Fiocruz.
- Eid, A. P; Bevilaqua, C; Motta, R. F (2010). <<A Psicologia e a Saúde Coletiva na comunidade: Relato de uma experiência >> Disciplinarum Scientia, 10(1): 41-56.
- Garcia, S. M. (1998). << Conhecer os homens a partir do gênero e para além do gênero >> Margareth Arilha, Sandra G. U Ridenti, Benedito Medrado (orgs) Homens e masculinidades – outras palavras. São Paulo, Eccos/ Editora 34.
- Gomes, R. (2008). Sexualidade Masculina, Gênero e Saúde. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz.
- Gomes, R.; Nascimento, E. F.; Araujo, F. C. (2007) << Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior >> Cadernos de Saúde Pública, 23(3): 565-574.
- Korin, D. (2001). << Nuevas perspectivas de género en salud >> Adolescencia Latinoamericana, 1414 (7130): 67-79.
- Laurenti, R.; Mello Jorge, M. H. P.; Gotlieb, S. L. D. (2005) << Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina>> Ciência e Saúde Coletiva, 10 (1): 35-46.
- Meyer, D. (2000) << As mamas como constituintes da maternidade: Uma história do passado?>> Educação e Realidade, 25(2): 117-133.
- Ministério da Saúde do Brasil (2009). <<Programa saúde do homem>> [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)
- Nolasco, S. (1995). O mito da masculinidade, Rio de Janeiro.
- Nolasco, S. (1997). << Um “Homem de verdade”>> Dario Caldas (org), Homens: comportamento, sexualidade, mudança. São Paulo, Editora SENAC.

Paim, M. C. C.; Strey, M. N. (2004) << Corpos em metamorfose: um breve olhar sobre os corpos na história, e novas configurações de corpos na atualidade >> Revista Digital Lecturas: EF y Deportes 10 (79). <http://www.efdeportes.com/efd79/corpos.htm>.

Schraiber, L. B.; Figueiredo, W. S.; Gomes, R.; Couto, M. T.; Pinheiro, T. F.; Machin, R.; Silva, G..S. N.; Valença, O. (2010) << Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens>> Cadernos de Saúde Pública, 26 (5): 961-970.

Schraiber, L. B.; Gomes, R.; Couto, M. T. (2005). << Homens e saúde na pauta da Saúde Coletiva >> Ciência e Saúde Coletiva. 10(1): 7-17.

Sociedade Brasileira de Urologia.(2010) << Movimento pela saúde masculina>> [www.sbu.org.br](http://www.sbu.org.br)

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

Souza, P. F. P. (2009). Homens Invisíveis: identidades de homens atendidos pelas políticas sociais de atenção às famílias em situação de vulnerabilidade social. Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Strey, M. N.; Pulcherio, G. (2010) << As tramas de gênero na saúde >> Marlene Neves Strey, M. N., Conceição Nogueira, Mariana Ruwer Azambuja (orgs) Gênero e Saúde: Diálogos Ibero-Brasileiros, Porto Alegre, Edipucrs.