



Masculinidades inerentes à política brasileira de saúde do homem

Bruna Campos De Cesaro,¹ Helen Barbosa dos Santos¹
e Francisco Norberto Moreira da Silva²

Como citar

Cesaro BC, Santos HB, Silva FNM. Masculinidades inerentes à política brasileira de saúde do homem. Rev Panam de Salud Publica. 2018;42:e119. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.119>

RESUMO

Problematiza-se neste artigo a incorporação da dimensão das masculinidades como fomentadora de estratégias de gestão na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) brasileira. A leitura aprofundada sobre as masculinidades percebidas em seu caráter interseccional pode aprimorar o contexto atual de revisão dessa política, principalmente quando características socioculturais marcantes brasileiras, como a desigualdade social e o racismo, estão diretamente associadas aos altos índices de agravos em saúde e mortalidade de homens negros, pobres e jovens em decorrência da violência urbana. Percebe-se que os discursos que colocam os homens como sujeitos que buscam os serviços de saúde apenas quando há agravamento dos sintomas são desprovidos de uma leitura que reconheça que os marcadores sociais da diferença, como classe social e raça, produzem iniquidades em saúde. A interseccionalidade permite uma visão do acesso aos serviços de saúde como dependente do território onde os homens circulam e dos meios (sociais, políticos) que influenciam o seu reconhecimento como sujeitos de direito. Tendo em vista que determinadas masculinidades são invisíveis no interior de políticas públicas de saúde, aprofunda-se a leitura acerca de masculinidade e saúde numa perspectiva pós-estruturalista, enquanto fomentadora de modos de pensar e fazer gestão em saúde do homem. Por fim, são descritos aspectos indispensáveis aos processos de revisão das diretrizes de políticas destinadas a essa população.

Palavras-chave

Política de saúde; masculinidade; saúde do homem; saúde pública; identidade de gênero; Brasil.

A dispersão na materialização da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) brasileira nos diversos serviços tecnoassistenciais da saúde pública e a desconsideração por

parte dessa política da história dos homens no campo da saúde no país (1, 2) levaram diversos autores a explorarem a dissolução de noções abstratas de “homem” enquanto identidade única, histórica e essencialista. Com isso, espera-se compreender a diversidade das masculinidades no bojo da historicidade de suas inter-relações, rastreando essas masculinidades como múltiplas, mutantes e diferenciadas (3–5).

Impulsionada, em grande parte, pela Sociedade Brasileira de Urologia, a PNAISH foi instituída pela Portaria 1 944 em 2009 (6). Parte dos princípios e diretrizes da PNAISH é baseada em dados epidemiológicos e em fatores de risco associados aos indicadores de morbimortalidade, em especial a neoplasia de próstata. Autores como Lyra et al. (7) e Carrara et al. (1) salientam a incipiência da PNAISH, visto que os

¹ Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, Porto Alegre (RS), Brasil. Correspondência: Helen Barbosa dos Santos, helenpsi@yahoo.com.br

² Ministério da Saúde, Área Técnica de Saúde do Homem, Brasília (DF), Brasil.

homens da faixa etária dos 20 aos 59 anos estão sujeitos a alta prevalência de internação e de morte devido a causas externas, principalmente homicídios, indicadores que não constituíram a pauta elementar. A emergência da PNAISH também é embasada pela dificuldade de acesso dos homens aos serviços de atenção básica, o que produz custos excedentes em internações hospitalares. Os homens se expõem mais às situações de risco para a saúde; e esse risco é tido como algo a ser enfrentado e não prevenido, já que o cuidado é associado a fragilidade.

Por outro lado, o embasamento do sujeito do cuidado sob um viés que abarca as singularidades da população possibilita uma visão ampla ao analisar indicadores, serviços e ações de cuidado em saúde ofertados. A iniquidade na atenção à saúde constitui uma questão relevante com a qual profissionais, gestores e acadêmicos da área devem lidar (8).

Acredita-se que a discussão sobre as masculinidades, articuladas ao contexto social e político, permite identificar ferramentas técnicas de gestão para implementação de políticas públicas centralizadas não apenas na atenção aos principais agravos em saúde, mas à promoção e à prevenção, especialmente de agravos insuficientemente tomados como problema de saúde pública, como a violência urbana. Tendo em vista que determinadas masculinidades são invisíveis como sujeito de direitos no interior de políticas públicas de saúde, aprofunda-se neste artigo a leitura acerca de masculinidade e saúde numa perspectiva pós-estruturalista, enquanto fomentadora de modos de pensar e fazer gestão em saúde do homem.

Considerando que a produção epistemológica pressupõe entender o modo como se percebem as problemáticas sociais, o artigo retoma o conceito de masculinidades no contexto das desigualdades de acesso e cuidado em saúde e no contexto social e político em que a PNAISH emerge, sendo então realizadas proposições para a saúde dos homens. Os apontamentos têm como consideração central as masculinidades enquanto modos de perceber os homens a partir de marcadores sociais de geração, raça, classe social, gênero e sexualidade.

A CONSTRUÇÃO DAS MASCULINIDADES NO CAMPO DA SAÚDE PÚBLICA

Seguindo a perspectiva de autores internacionais, os estudos sobre masculinidades emergiram com força a partir dos anos 1990 (9), conforme crítica feminista da segunda metade do século XX e da experiência de homens homossexuais com o preconceito e a violência cometida por homens heterossexuais (3, 5, 9–11). Esses estudos demonstram que ser homem ou mulher não é da ordem de uma natureza anterior; tanto o sexo quanto o gênero são efeitos de instituições, discursos e práticas (12). Assim, as masculinidades não são entidades fixas, encarnadas nos traços da personalidade, nem tampouco propriedade de algum tipo de essência eterna ou biológica (4).

Estudos sobre as masculinidades no âmbito das políticas públicas na América Latina, onde a díade mulher-mãe ainda ocupa o eixo central nas políticas de saúde (13–15), são relevantes e atuais. O cuidado, visto como um fenômeno natural, intrínseco e relacionado ao feminino, decreta um roteiro diferenciado para homens e mulheres, incidindo, respectivamente, na divisão entre o público e o privado. Ao colocar o foco de atenção na criança e na mãe-mulher, atualizam-se diferenças e desigualdades de gênero culturalmente construídas e organizadas (16).

Todavia, nos últimos anos, percebe-se um aumento da literatura sobre o acesso do homem na saúde pública. O conjunto das publicações aponta para o reconhecimento da legitimidade do argumento de que os processos sociais relacionados a gênero produzem diferenças no padrão de morbimortalidade, bem como nos comportamentos de proteção à saúde fomentados pelo estado (17).

As masculinidades, além de se transmutarem naturalmente, conforme o contexto social e histórico, também são construídas simultaneamente em dois campos inter-relacionados de relações de poder – nas relações de homens com mulheres (desigualdade de gênero) e nas relações dos homens com outros homens (desigualdades decorrentes de raça, sexualidade, geração). Assim, dois dos elementos constitutivos elementares na construção social de masculinidades são o sexismo e a homofobia (4).

Em meio a sistemas de opressão, imbricados uns aos outros, percebe-se por que razão algumas masculinidades são discriminadas, enquanto outras se beneficiam de posições de privilégio (18, 19). A interseccionalidade torna-se, então, uma ferramenta de análise que nos ajuda a compreender como diferentes marcadores sociais têm impacto na forma como se ascende aos direitos e às oportunidades. É nos pontos de intersecção que percebemos as diferentes experiências de opressão e de privilégio. Todavia, não devemos olhar a intersecção (classe, gênero, sexualidade) como mera soma, mas sim percebê-la como articulação que produz experiências substantivamente diferentes.

Diante das hierarquias produzidas, tendo como base os marcadores sociais, os mecanismos que possibilitam privilégios tornam-se invisíveis para aqueles que são por eles favorecidos (20): ou seja, determinados corpos são privilegiados e não se dão conta dos privilégios que carregam. Por exemplo, heterossexuais não necessitam questionar sua sexualidade diante do outro. Sendo assim privilegiados, não vivenciam os marcadores sociais da diferença a partir de uma desigualdade ou de uma discriminação. Não é o que ocorre com os negros, pobres, gays, trans e todos os que reconhecem que a igualdade não foi alcançada. Do mesmo modo, ficam invisibilizados os processos de constituição de masculinidades hegemônicas e as violências envolvidas na modulação de masculinidades como a do homem gay, do homem negro ou do homem trabalhador de baixa renda.

Se as políticas públicas são materializadas no terreno de gênero, reiterando compartimentalizações identitárias que produzem invisibilidade das pluralidades nas formas de vivenciar o corpo e o processo de saúde-doença (1, 13, 21–23), analisar continuidades e rupturas nos contextos históricos que movimentaram determinadas produções de masculinidades em diversas territorialidades possibilita ampliar e aprimorar o escopo de políticas públicas atuais – tanto para as masculinidades consideradas legítimas, como para aquelas vistas como ilegítimas.

Sérgio Carrara (21) já havia indicado que os homens são foco de medicalização em território circunscrito, como bordéis, casas de jogos e botecos. O

combate à sífilis, ao alcoolismo e a outras doenças diretamente relacionadas a promiscuidade e vagabundagem, por exemplo, foi foco da Liga Brasileira de Higiene Mental, fundada no Rio de Janeiro em 1923. A Liga teve clara intenção de reformar a sociedade, impondo normas de comportamento (24). Vale lembrar que no Brasil, antes da emergência do Sistema Único de Saúde (SUS), somente os trabalhadores formais, devidamente registrados, tinham garantido o direito de acesso à saúde. O controle da força de trabalho pode ser considerado como o primeiro alvo de atenção do biopoder (25, 26) em relação ao masculino.

Ao longo da história, desde o homem escravizado, enquanto corpo social masculino, há uma linha condutora das masculinidades produzidas por meio da noção de raça, enquanto tática de poder no interior do dispositivo da medicalização. Dos tempos coloniais, passando pela eugeniação, a noção de raça ampliou as formas disciplinares sobre os corpos (27, 28). A raça, enquanto próprio inventário do racismo, introduziu o homem branco como norma pelo discurso de poder-saber da medicina (26).

Já na atualidade, diversas feminilidades e masculinidades não são objeto de atenção para o Estado. Os índices de morbimortalidade são elevados entre a população de homens negros e jovens. Entretanto, a diminuição dessas taxas não é objeto das políticas públicas de saúde do governo e não se materializa em ações para uma leitura para além dos indicadores de saúde.

O Mapa da Violência de 2012 (29) apresenta número absolutos de homicídios em 2011 no Brasil: 45 617 homens (91%) e 4 273 mulheres (9%). É comum a naturalização da criminalização e morte da juventude negra (30). Os homens negros, jovens e pobres são a maioria nos estabelecimentos de custódia e tratamento psiquiátrico no Brasil (31). Já nos presídios, há predominância de homens com idade de 18 a 24 anos, com ensino fundamental incompleto (32). Quanto às mortes por arma de fogo, em 2016, 94% dos mortos foram homens e 60% jovens (33).

Se quisermos ampliar as estratégias em saúde, é necessário colocar velhas verdades, como “homem não se cuida”, em movimento. Cecílio (34) critica o diagrama dos modelos technoassistenciais

em que a atenção básica estaria na base de uma pirâmide como “porta de entrada” para o cuidado, indicando como os usuários devem circular pelos serviços de saúde. O autor invoca a subversão desse modelo technoassistencial para o disposto em círculo, expressando a importância de reconhecer como as pessoas realmente acessam os serviços de saúde: pelo que lhes é mais acessível.

Além disso, a suposta dificuldade dos homens de cuidar de sua própria saúde parte de uma dimensão que está além da dificuldade dos serviços de atenção básica de visibilizar e vincular os usuários às ações de saúde (35). O próprio Estado reitera performances masculinas que se relacionam por meio de atos conflituosos, pelo risco e pelo adoecimento. São exemplos a criminalização de jovens negros e pobres e o alto índice de adoecimento e acidentes relacionados ao trabalho (36). Contrário ao estigma, é justamente pelo temor de estarem improdutivos ou incapacitados que os homens negam o adoecimento (37). Como resultado, temos o agravamento da doença e a dificuldade de programar estratégias preventivas no universo do trabalho. Conforme Bendassolli (38), com enraizamentos sociais e subjetivos importantes, tem-se a equação: corpo inválido = indivíduo sem trabalho = indivíduo inválido. O caráter moral designado ao trabalhador que adoce é distinguido entre o trabalho e sua relação com honestidade e vida saudável *versus* estereótipo da doença vinculada com “vagabundagem” (31).

Assim, a busca pelo cuidado e o acesso em saúde dependem diretamente dos modos de posicionar-se no mundo, do território em que o sujeito circula. Essas realidades devem ser consideradas para a revisão de políticas de saúde destinadas a homens em seus modos de operar, o que convoca uma articulação com outras políticas intersetoriais, de forma a prestar assistência em saúde para os homens em múltiplos contextos.

Proposições para a saúde dos homens considerando as masculinidades racializadas

No contexto atual de revisão da PNAISH brasileira, proposta pela Coordenação de Saúde do Homem, e do debate sobre o tema em países da

América Latina com realidades similares, suscitam-se reflexões a fim de aprimorar a leitura das masculinidades e de suas interseccionalidades e vulnerabilidades sociais e culturais nas práticas de saúde. Para fins de aprofundamento da discussão, foi considerada a saúde dos homens negros, pobres e jovens, características que são marcadores sociais de masculinidades racializadas a agravos produzidos pela violência urbana. A inclusão da infância e da adolescência nesse debate também é necessária por ser fundamental no processo do tornar-se homem. A violência é utilizada como forma de diferenciação de tudo o que é feminilizado. Esse processo é mais violento quanto mais vulnerável é o meio social onde o jovem circula (4, 39, 40).

Além disso, é necessária a prevenção que vise à redução da morbimortalidade por causas externas, como acidentes de transporte, acidentes de trabalho, violências e suicídio. Outro aspecto importante é ampliar o acesso às informações sobre as medidas preventivas contra os agravos e as enfermidades que atingem a população masculina.

Como já pontuando ao longo deste artigo, é fundamental a inclusão do enfoque de gênero, orientação sexual, identidade de gênero, geração, deficiência e condição étnico-racial nas ações de educação permanente dos trabalhadores e gestores de saúde pública. Da mesma forma, é necessária uma articulação intersetorial entre diferentes políticas e pontos de atenção nas redes de saúde para que o homem latino-americano seja reconhecido socialmente como cidadão a partir de suas especificidades e de seu contexto histórico e social. Reitera-se ainda que dados de morbimortalidade, quando deslocados dos marcadores sociais que produzem hierarquias de masculinidades, são insuficientes para explicar os processos de vulnerabilidade e adoecimento dos homens no planejamento de políticas públicas.

Conflitos de interesse. Nada declarado pelos autores.

Declaração. As opiniões expressas no manuscrito são de responsabilidade exclusiva dos autores e não refletem necessariamente a opinião ou política da RPSP/PAJPH ou da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS).

REFERÊNCIAS

- Carrara S, Russo JA, Faro L. A política de atenção à saúde do homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino. *Physis*. 2009;19(3):659–78.
- Santos HB. Um homem para chamar de seu: uma perspectiva genealógica da emergência da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2013. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10183/80072> Acessado em junho de 2018.
- Bottom FB. As masculinidades em questão: uma perspectiva de construção teórica. *Rev Vernaculo*. 2007;(19):109–20.
- Kimmel MS. A produção simultânea de masculinidades hegemônicas e subalternas. *Horiz Antropol*. 1998;4(9):103–17.
- Connel RW; Messerschmidt JW. Masculinidade hegemônica: repensando o conceito. *Estud Fem*. 2013;21(1):241–82.
- Ministério da Saúde. Portaria n 1944/2009. Diário Oficial da União 2009; 27 ago. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1944_27_08_2009.html Acessado em junho de 2018.
- Medrado B, Lyra J, Azevedo M. “Eu não sou uma próstata, sou um homem!” Em: Gomes R, editor. *Saúde do homem em debate*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011. Pp. 39–74.
- Bastos JL, Faerstein E. Discriminação e saúde: perspectivas e métodos. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012.
- Batista KSA, Lima AF. Por uma implicação política e conceitual nos estudos sobre homens, masculinidades e violência de gênero. *Semina Cienc Soc Hum*. 2017;38(2):175–88.
- Vigoya MV. Discriminación racial, intervención social y subjetividad. Reflexiones a partir de un estudio de caso en Bogotá. *Rev Estud Soc*. 2007;27:106–21.
- Medrado B, Lyra J. Princípios ou simplesmente pontos de partida fundamentais para uma leitura feminista de gênero sobre os homens e as masculinidades. Em: Blay EA. *Feminismos e masculinidades: novos caminhos para enfrentar a violência contra a mulher*. São Paulo: Cultura Acadêmica; 2014. Pp. 55–74.
- Salih S. *Judith Butler e a teoria queer*. Belo Horizonte: Autêntica Editora; 2012.
- Warmling CM, Fajardo AP, Meyer DE, Bedos C. Práticas sociais de medicalização & humanização no cuidado de mulheres na gestação. *Cad Saude Publica*. 2018; 34(4):1–11.
- Souto KMB. A Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher: uma análise de integralidade e gênero. *Ser Soc*. 2009;12(2):161–82.
- Rohden F. Ginecologia, gênero e sexualidade na ciência do século XIX. *Horiz antropol*. 2002;8(17):101–25.
- Klein C, Meyer DE. Mulheres-visitadoras, mulheres-voluntárias, mulheres da comunidade: o conhecimento como estratégia de diferenciação de sujeitos de gênero. *Cad Pagu*. 2015;45:427–55.
- Couto MT, Dantas SMV. Gênero, masculinidades e saúde em revista: a produção da área na revista *Saúde e Sociedade*. *Saude Soc*. 2016;25(4):857–68.
- Hirata H. Gênero, classe e raça Interseccionalidade e consubstancialidade das relações sociais. *Tempo Soc*. 2014;26(1):61–73.
- Rabelo A. Discriminated teachers: a study of male teachers in the early grades of primary school. *Educ Pesqui*. 2013;39(4):906–25.
- Oliveira PP de. Discursos sobre a masculinidade. *Estud Fem*. 1998;6(1):91–112.
- Carrara S. Estratégias Anticoloniais: sífilis, raça e identidade nacional no Brasil do entre-guerras. Em: Hockman G, Armus D, eds. *Cuidar, controlar, curar - ensaios históricos sobre a saúde e doença na América Latina e Caribe*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2004. Pp. 427–55.
- Scott J. Gênero: uma categoria útil para a análise histórica. *Educ Realidade*. 1990;16(2):5–22.
- Medeiros PF, Guareschi NMF. Políticas públicas de saúde da mulher: a integralidade em questão. *Estud Fem*. 2009;17(1):31–48.
- Lobo LF. Os infames da história: pobres, escravos e deficientes no Brasil. Rio de Janeiro: Lamparina; 2008.
- Revel J. *Michel Foucault: conceitos essenciais*. São Carlos: Claraluz; 2005.
- Foucault M. *Vigiar e Punir: nascimento da prisão*. 20ª ed. Petrópolis: Vozes; 1999.
- Fuck LB, Vaz AF. Higiene do corpo e higiene da mente: Algumas raízes da psiquiatria da educação no Brasil. *Projeto Historia*. 2016;55(1):327–54.
- Connell R. Masculinities in global perspective: hegemony, contestation, and changing structures of power. *Theory Soc*. 2016;45(4):303–18.
- Waiselfisz JJ. Mapa da violência 2012. Os novos padrões da violência homicida no Brasil. São Paulo: Instituto Sangari; 2012. Disponível em: https://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2012/mapa2012_web.pdf Acessado em junho de 2018.
- Lemos FCS, Aquime RHS, Franco ACF, Piani PPF. O extermínio de jovens negros pobres no Brasil: práticas biopolíticas em questão. *Pesqui Prat Psicossoc*. 2017;12(1):164–76.
- Brito SF. A custódia e o tratamento psiquiátrico no Brasil: censo 2011. *Cad Saude Publica*. 2013;29(11):2353–4.
- Brasil, Secretaria Geral da Presidência da República. *Mapa do Encarceramento*. Brasília: Secretaria Geral da Presidência da República; 2014.
- Waiselfisz JJ. *Mapa da violência 2015: mortes matadas por armas de fogo*. Brasília: Flasco; 2016. Disponível em: <https://www.mapadaviolencia.org.br/mapa2015.php> Acessado em junho de 2018.
- Cecílio LC de O. Modelos tecnoassistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. *Cad Saude Publica*. 1997;13(3):469–78.
- Bursztyjn I. Estratégias de mudança na atenção básica: avaliação da implantação piloto do Projeto Homens Jovens e Saúde no Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2008;24(10):2227–38.
- Nardi HC, Tiltoni J, Ramminger T. Fragmentos de uma genealogia do trabalho em saúde: a genealogia como ferramenta de pesquisa. *Cad Saude Publica*. 2005;21(4):1045–54.
- 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 Saude Publica*. 2007;23(3):565–74.
- Bendassolli PF. Público, privado e o indivíduo no novo capitalismo. *Tempo Soc*. 2000;12(2):203–36.
- Oliveira MM, Daher DV, Silva JL, Andrade SSC. Men’s health in question: seeking assistance in primary health care. *Cienc Saude Colet*. 2015;20(1):273–78.
- Barker GT. *Homens na linha de fogo: juventude, masculinidade e exclusão social*. Rio de Janeiro: 7 Letras; 2008.

Manuscrito recebido em 19 de novembro de 2017.
Aceito em versão revisada em 23 de maio de 2018.

Masculinities inherent to the Brazilian men's health policy**ABSTRACT**

The present article problematizes the incorporation of masculinities as a dimension to propel management strategies within the Brazilian National Policy of Comprehensive Men's Health Care (PNAISH). A close reading of masculinities as perceived through their intersectional character may contribute to improving the present context of review of this policy, especially considering that sociocultural characteristics that are essentially Brazilian, such as social inequality and racism, are directly associated with the high morbidity and mortality rates affecting black, young, and poor men as a result of urban violence. It becomes clear that the discourses that view men as subjects that seek health care services only in the presence of worsening symptoms do not recognize the role of social markers of difference, such as social class and race, in producing health inequities. Intersectionality provides a view of health care access as dependent on the territory where men move and on the (social, political) means that influence the recognition of men as rightful subjects. Given that certain masculinities are invisible within the arena of public health care policies, a deeper reading regarding masculinity and health is proposed from a post-structuralist perspective, as a means of thinking and doing men's health. Finally, the article also describes aspects that are essential for the review of the guidelines and policies aimed at this population.

Keywords

Health policy; masculinity; men's health; public health; gender identity; Brazil.

La masculinidad inherente a la política sobre la salud del hombre en Brasil**RESUMEN**

En el presente artículo se plantea la incorporación de la dimensión de la masculinidad para impulsar las estrategias de gestión en la Política Nacional de Atención Integral a la Salud del Hombre (PNAISH) en Brasil. Una lectura detallada de la masculinidad entendida a la luz de su carácter interseccional puede mejorar el contexto actual de revisión de esa política, principalmente al considerar que algunas características socioculturales distintivas del país, como la desigualdad social y el racismo, guardan una relación directa con las altas tasas de morbilidad y mortalidad de los hombres negros, pobres y jóvenes como consecuencia de la violencia urbana. Se observa que el discurso en el cual se considera que los hombres acuden a los servicios de atención de salud solamente cuando se agravan los síntomas carece de información conducente a reconocer que los marcadores sociales de diferencia, como la clase social y la raza, producen inequidades en salud. La interseccionalidad permite tener una visión del acceso a los servicios de salud como algo dependiente del territorio donde circulan los hombres y de los medios (sociales y políticos) que influyen en su reconocimiento como sujetos de derecho. Dado que en determinados casos la masculinidad es invisible dentro del campo de las políticas públicas de salud, se propone una lectura más detallada sobre la masculinidad y la salud en el marco de una perspectiva posestructuralista, que fomente diversas maneras de pensar en la salud del hombre y de realizar la gestión correspondiente. Por último, se describen algunos aspectos indispensables para los procesos de revisión de las directrices de políticas destinadas a esa población.

Palabras clave

Política de salud; masculinidad; salud del hombre; salud pública; identidad de género; Brasil.
