

MASCULINIDADES, CLASSE SOCIAL E ETNIA: DISCUTINDO AS DESIGUALDADES EM SAÚDE NO CENÁRIO BRASILEIRO

2014

Florêncio Mariano da Costa-Júnior

Centro de Ciências Humanas; Universidade do Sagrado Coração (USC), Bauru-SP; Programa de Pós-Graduação em Medicina Preventiva, Universidade de São Paulo (USP) São Paulo-SP.

E-mail de contato:

mcostajunior@gmail.com

RESUMO

O contexto social brasileiro é marcado por desigualdades de classe, gênero e etnia. O presente texto se caracteriza como um ensaio teórico interessado em apresentar e discutir a relação entre Masculinidades, Classe Social e Etnia e a proposta de atenção a saúde do homem elaborada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Atualmente as políticas de saúde apresentam considerável interesse compreender os determinantes sobre as condições de saúde da população masculina por indicarem maiores agravos de saúde e mortalidade. Nas últimas décadas a produção científica no campo da saúde coletiva tem debatido os determinantes culturais, sociais e psicológicos que coadunam para as piores condições de saúde nos homens. Entretanto poucos estudos se dedicam a uma análise complexa e transversal destes determinantes. Uma vez que diferentes fatores tenham sido articulados no sentido de mapear suas influências na saúde da população masculina, as políticas podem então viabilizar intervenções pontuais que partam das características de determinados seguimentos sociais e promover os princípios de equidade. Desta forma, não basta apenas conhecer os determinantes do gênero nas condições de saúde, mas devemos sobretudo articulá-lo a outras categorias de análise.

Palavras-chave: Masculinidades, classe social, etnia, saúde do homem.



Alguns dos principais estudos sobre masculinidade e saúde abordam questões transversais tais como raça e classe social, entretanto esta articulação nos parece ausente no âmbito das políticas de saúde e pouco assumida nos estudos da área. Quando nos referimos aos homens, estamos nos referindo a indivíduos de diferentes classes sociais e pertencentes a diferentes grupos raciais e étnicos. Nesse sentido, o presente ensaio objetiva discorrer sobre a interface entre masculinidades, etnia/raça e classe social e seus desdobramentos no campo da saúde.

Em termos de método de estudo, emprego o desenho de ensaio, entendendo tal modalidade como um exercício crítico de procura e de caráter exploratório, acerca de um tema ou objeto de meditação, que busca novas formas de discutir uma temática (TOBAR; YALOUR, 2002). Em uma perspectiva frankfurtiana (ADORNO, 1986) um ensaio é um exercício de reflexão permanente, em que a centralidade do estudo está menos voltada a evidência empírica prezando por exercícios de reflexão com os quais se pensa a realidade. Não exige, portanto, uma comprovação empírica, mesmo que *a posteriori* apresente questões que demandem de evidências empíricas.

No Brasil o Sistema Único de Saúde (SUS) regulamentado e implantado como política de saúde nos anos 90, repercutiu em significativos avanços nas políticas públicas de saúde e atualmente é reconhecido mundialmente por ser fundamentado no tripé: integralidade da assistência, descentralização e participação da comunidade, e sobretudo, por pressupor a universalidade e a equidade¹ como garantia de acesso aos serviços de saúde pela população (ALBUQUERQUE et al. 2011; BARATA 2006; SILVA; SARRETA; BERTANI, 2010). A elaboração do SUS, com seus princípios e diretrizes, obedeceu aos direcionamentos da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), que disseminou, por toda a América Latina, o modelo do sistema de saúde inspirado na Inglaterra. Esse modelo é orientado a partir de medidas de racionalização, que são divididas em níveis de assistências primária, secundária e terciária. A organização de cada nível é referenciada por incorporação de tecnologia material, capacitação profissional e perfil de morbidade. Tais princípios norteadores colocaram o SUS no *mainstream* dos debates sobre políticas de saúde e para muitos é tido como modelo ideal de assistência.

É notável a relevância deste modelo, contudo é necessário reconhecer que existem ainda desigualdades no acesso e no uso dos serviços por parte da população. Esta desigualdade nos parece ser reflexo de particularidades ainda pouco articuladas nas políticas e práticas do SUS e

¹ Segundo Albuquerque et al (2011) em termos conceituais, a equidade envolve várias dimensões e por isso suscita um rico debate em sua operacionalização tanto do princípio da igualdade de acesso (equidade horizontal), quanto do princípio da diferença, quando reconhece a diversidade das necessidades dos sujeitos sociais (equidade vertical). No âmbito da saúde, é considerada horizontal quando se pretende identificar e tratar igualmente pessoas com necessidades iguais de saúde e vertical quando trata de modo diferente pessoas com necessidades distintas de saúde. Sen (2002) ressaltava a importância de considerar múltiplos critérios na distribuição dos recursos, incluindo aspectos vinculados a gênero, etnia, idade, pobreza e suas possíveis interrelações.

dentre estas questões estão a classe social, as configurações étnico-racial e o gênero (JOHNSON; WOLINSKY, 1994). No Brasil, muitos esforços acadêmicos objetivam construir conhecimentos que promovam de fato a equidade e universalidade deste modelo. Visando atender as carências de saúde na população masculina o ministério da Saúde, lançou no ano de 2008 a Política Nacional da Saúde do Homem. E, embora existam avanços na elaboração desta política, ela ainda carece de fundamentos que atendam as multideterminadas dimensões produtoras de desigualdades na saúde da população masculina, sejam elas relacionadas ao gênero, a raça ou a classe social.

Os principais problemas de saúde pública de hoje (por exemplo, câncer, doenças cardíacas, AIDS, violência e abuso de substância) têm componentes pessoais, ambientais e sociais em sua etiologia. A prevenção e tratamento desses problemas exigem pesquisas e intervenções teoricamente fundamentadas na compreensão da complexidade da vida que é formada a partir das condições individuais daqueles que integram determinado seguimento da população (LILLIE-BLANTON; LAVEIST, 1996). Por serem categorias complexas de análise, gênero, raça e classe social são fenômenos sociais que deveriam ser considerados nos estudos de morbidade e mortalidade por produzirem desfechos diferenciados nas trajetórias de vida de homens e mulheres. Como construções sociais, estas categorias repercutem no acesso a serviços de saúde bem como na forma com as quais os indivíduos se articulam diante das diferentes instituições sociais.

Barros (1986) reporta-se à definição do conceito de classe social, descrevendo que as classes são grandes grupos de pessoas que diferem umas das outras pelo lugar ocupado por elas num sistema historicamente determinado de produção social, por sua relação com os meios de produção, por seu papel na organização social do trabalho e, por consequência, pelas dimensões e métodos de adquirir a parcela da riqueza social de que disponham. Nesta direção as classes seriam grupos de pessoas onde uma pode se apropriar do trabalho de outra, devido a lugares diferentes que ocupam num sistema definido de economia social. Quando disparidades raciais são identificadas na saúde, algumas perguntas inevitavelmente surgem sobre a medida em que tais disparidades são de fato consequência das diferenças étnico-raciais, das diferenças de classe social e dos comportamentos em saúde. Em grande parte esses questionamentos são levantados, porque as estatísticas de saúde são claras ao apontar desfechos de saúde diferenciados a certos grupos sociais (LILLIE-BLANTON; LAVEIST, 1996).

Rita Barata (2006) defende que as desigualdades em saúde são fortemente influenciadas pela forma como os indivíduos estão inseridos no espaço social. Para a autora o mundo social é um espaço multidimensional composto pela repartição desigual de capital cultural, econômico e simbólico, de acordo com a posição ocupada pelos indivíduos. Nessa perspectiva as condições de saúde estariam condicionadas às trajetórias individuais e aos estilos de vida destes indivíduos em seus contextos sociais forjados a partir de condições heterogêneas de vida.

Lillie-Blanton e Laveist (1996) apontam que o ambiente social, refere-se a fatores sócio-econômicos (emprego, educação etc), ambiente físico (bairro e condições de trabalho), as relações sociais e poder (políticas de empoderamento do indivíduo e da comunidade). Fatores como esses, individualmente e em combinação com mais fatores pessoais, são determinantes potenciais do estado de saúde. A autora destaca que a ocupação, por exemplo, não é apenas uma fonte de renda e auto-estima mas também é uma fonte potencial de apoio social bem como uma variável de procura pelos serviços (LILLIE-BLANTON; LAVEIST, 1996; NERI, 2002).

A construção social da desigualdade de oportunidades entre brancos e negros condiciona a sua forma de viver nos diferentes grupos sociais. Estudos apontam que o agrupamento étnico racial estão diretamente relacionados com a distribuição da doença e da morte. Além disso, as evidências disponíveis sugerem que a associação entre essas variáveis sociais e de saúde não mudaram ao longo do tempo. Nas sociedades racialmente estratificadas, a discriminação institucional ligada à ideologia racista leva a grandes diferenças nas condições de saúde da população (LILLIE-BLANTON; LAVEIST, 1996; WILLIAMS, 2001).

Batista (2002), analisando dados da Pesquisa de Condições de Vida registra que, no Estado de São Paulo, escolaridade, renda, condições indesejáveis para habitação e acesso a saneamento básico e a bens de consumo são sempre menores e piores entre os negros. O autor enfatiza que a desvantagem dos negros quanto a salário, educação, habitação e a exclusão de vários direitos sociais perfazem um quadro de vulnerabilidade social (AYRES et al. 1999; BATISTA, 2002). Por estes fatores Williams (1997) e Monteiro (2005) sugerem que as pesquisas investiguem de que forma as condições ambientais, genéticas e as particularidades psicológicas e comportamentais, aumentam a vulnerabilidade e o risco de doenças em determinados grupos (Monteiro 2005).

No âmbito das relações de gênero, noção de gênero e as configurações sobre o masculino e o feminino, não determinam somente as atitudes e os comportamentos interpessoais a serem adotados e esperados socialmente, mas também influenciam na forma como os indivíduos devem perceber e lidar com seus corpos (CONNELL, 1995; COURTNEY, 2000; DOYAL, 2001; GOMES, 2003; KORIN, 2001). Alguns estudiosos afirmam que o gênero deve ser visto como fator altamente influente na caracterização dos padrões de morbi-mortalidade. Na construção de gênero, muitos homens assumem riscos que interferem em suas condições de saúde (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007; KORIN, 2001).

No âmbito da saúde as masculinidades tem sido foco de estudos investigativos e de políticas que viabilizem o acesso e o uso de serviços de saúde por parte dos homens. Os estudos da área, em uma concepção relacional, demonstram que os homens seriam indivíduos que nas relações de gênero são invisíveis para os serviços de saúde e que reproduzem em seu contexto particular, atributos que fortalecem esta invisibilidade (COUTO; et al, 2010). A ausência dos homens nos serviços de saúde é vista por muitos como particularidades masculinas referentes ao



uso do corpo, contudo, essa compreensão individualizada vem perdendo espaço nas discussões acadêmicas pois reduz a compreensão das condições sociais que generificam os serviços de saúde os tornando estranhos e pouco receptivos aos homens.

A compreensão e o manejo acerca do masculino definem em termos culturais um modelo de masculinidade predominante e, portanto, os padrões e normas a serem seguidas pelos homens em suas interações sociais (CONNELL, 1995). Segundo Connell (1995) há um conjunto de expressões que representam um modelo hegemônico e estereotipado de masculinidade. Modelo esse, idealizado e que revela e mantém, características comportamentais em torno da posição dos homens na estrutura das relações de gênero como, por exemplo, maior atividade, desempenho, força física, resistência, independência, etc. As características não enquadradas nesse padrão são, em geral, avaliadas negativamente entre os membros de nossa sociedade uma vez que podem ser consideradas não-masculinas, tipicamente femininas ou relativas a homossexuais efeminados (CONNELL, 1995). Na área da saúde estes padrões também são reproduzidos na interação dos usuários com os profissionais (COSTA-JUNIOR; MAIA, 2009; COSTA-JUNIOR, 2010)

Diversas pesquisas demonstram que, em geral, os homens vivem menos que as mulheres. Eles morrem em maior quantidade e mais cedo em relação a população feminina. Em alguns países das Américas os estudos revelam que os homens têm uma expectativa de vida ao nascer sempre menor quando comparada à das mulheres, e taxas de mortalidade por faixa etária apontam uma sobre mortalidade masculina em todos os grupos etários. Portanto tais estudos apontam uma situação de saúde desfavorável para os homens, situação esta que precisa ser enfrentada pelos serviços e políticas de saúde (FIGUEIREDO, 2005).

A masculinidade, tal como está configurada, gera comportamentos danosos à saúde. Pesquisas indicam que dentre outros aspectos, os padrões masculinos prescrevem a regra de que cuidar do próprio corpo ou da saúde é algo tipicamente feminino, podendo remeter a uma possível demonstração de fragilidade perante os outros (GOMES, 2003; PINHEIRO, 2002). Denota-se disto a constante ideia de feminização associada a cuidados de saúde (CONNELL, 1995; KORIN, 2001), e a ciência teve um papel fundamental para tal associação (AQUINO, 2005). Os homens percebem que sua relação com a saúde não é adequada, identificando, entre outros aspectos, que não há serviços voltados para suas necessidades (GOMES, NASCIMENTO e ARAÚJO, 2007).

Como indivíduos sociais, os homens não teriam apenas sua condição de saúde condicionada apenas aos atributos do gênero, mas a outros fatores tais como a raça e a classe social a que pertencem. O acesso aos serviços de saúde é complexo e está relacionado à percepção das necessidades de saúde e da conversão destas necessidades em demanda e destas em uso. Fatores ligados à oferta podem facilitar ou reprimir o acesso, ter um serviço ao qual o indivíduo recorre regularmente quando necessita de cuidados de saúde mostra-se associado ao uso e pode ser considerado um indicador de acesso (BRAZ, 2005).



Braz (2005) e outros autores avaliam que uma primeira questão a ser entendida para que os serviços de saúde e as políticas ampliem seu foco para a população masculina, diz respeito à identificação das condições sociais e necessidades relativas ao homem. Porém, tal como explicita Aquino (2005), o objetivo não é caminhar para a medicalização da sexualidade masculina, tal qual, historicamente ocorreu com a mulher. Espera-se com isso alcançar uma atenção integral a saúde, adequando os serviços às demandas masculinas, superando mecanismos e atitudes de discriminação (AQUINO, 2005).

Os estudos ratificam as dificuldades e carências em saúde da população masculina, bem como a escassez de práticas diferenciadas a essa demanda. Portanto, a problemática não deve ser entendida exclusivamente como uma falta de responsabilidade dos homens com sua saúde ou especificamente como a falha na organização de intervenções. Segundo Figueiredo (2005, p. 106)

a saúde masculina envolve três dimensões: 1) os homens e suas diferentes histórias de aprendizagem; 2) os serviços na maneira como eles se organizam para atender estas peculiaridades; 3) a relação e o vínculo estabelecido entre os homens e os serviços de saúde.

Neste cenário, a necessidade em cuidar da saúde revela-se como uma demanda predominantemente feminina que se distancia do cotidiano masculino, especialmente em homens de menor poder aquisitivo e que não sofrem de doenças crônicas (TRAVASSOS, et al, 2002). Como sinônimo de potência, desempenho e invulnerabilidade, o corpo masculino não requer cuidado, uma vez que é erroneamente visto como resguardado de possíveis problemas orgânicos ou psicológicos (CONNELL, 1995; COURTNEY, 2000; DOYAL, 2001; KORIN, 2001; GOMES, 2003).

O distanciamento masculino referente aos cuidados com a saúde, principalmente em relação aos comportamentos relativos aos aspectos preventivos, à adesão ao tratamento e ao engajamento em situações de risco, atua negativamente sobre os índices de mortalidade masculina (COURTENAY, 2000; DOYAL, 2001; GAWRYSZEWSKI; KOIZUMI; MELLO-JORGE, 2004). Segundo Gawryszewski et al (2004) o risco de um homem se envolver em um evento fatal, sendo este intencional ou não, é maior que o da mulher. Comportamentos tidos como violentos e danosos, tais como o homicídio e suicídio, também ocorrem mais freqüentemente entre os homens, aumentando entre eles a incidência de mortes ou de hospitalizações.

Na população brasileira, os dados oficiais do ano 2000 indicaram um elevado coeficiente de mortes masculinas por causas externas: 119 mortes de homens por 100 mil habitantes e um número significativamente menor quando se tratavam de mulheres, 21,8 mortes por 100 mil habitantes. Gawryszewski et al. (2004) sugerem que essa freqüência também pode estar



relacionada com acidentes ocorridos no ambiente de trabalho. Esses achados desvelam outros fatores que se interrelacionam com as condições sociais nas quais os homens se localizam diante das condições de vida.

A proposta de uma Política Nacional de Atenção à Saúde do Homem tem ganhado destaque no cenário nacional, principalmente a partir da 13ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em Brasília, no ano de 2007. O Ministério da Saúde reconhecendo a necessidade de maior investimento e visando melhorias no acesso ao serviço de saúde para a população masculina estabeleceu a implantação de ações voltadas para a Atenção à Saúde do Homem (BRASIL, 2009), com previsão de ser colocada em prática até o ano de 2011. A política foi formulada com base em estudos recentes, que trazem informações fundamentadas nos indicadores de enfermidade e mortalidade da população masculina, o que vem reforçar a importância de uma atenção mais integral para que ocorram mudanças no comportamento que os homens adotam em relação à saúde. Tem ainda, o propósito de qualificar os profissionais de saúde para o correto atendimento à saúde do homem, implantar assistência em saúde sexual e reprodutiva, orientar os homens e familiares sobre promoção, prevenção e tratamento das enfermidades que atingem o homem. Sobretudo, objetiva que os serviços de saúde reconheçam os homens como sujeitos que necessitem de cuidados e, assim, incentive-os na atenção à própria saúde (BRASIL, 2009).

Mendonça e Andrade (2010), investigaram a percepção de usuários homens sobre a política nacional da saúde do homem e verificaram que para os participantes da pesquisa, poucas mudanças efetivamente ocorreram no que se refere a assistência prestada, porém os homens entrevistados reconhecem a relevância da política para a saúde do homem. Diante disto, nos parece impar a pertinência de estudos que alcancem a complexidade do acesso e do uso dos serviços por parte dos homens e que sobretudo analisem outras categorias como raça/etnia e classe social uma vez que estas são outras variáveis que ampliariam a efetividade da política nacional de assistência a saúde do homem.

Utilizando os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, Travassos et al. (2002) observaram que características como ser branco, ter um elevado nível de escolaridade, ser empregador ou assalariado com carteira aumentam a probabilidade de procurar serviços de saúde. Em contra partida, ser homem, pertencer a classe baixa, estar empregado no setor informal da economia e ser chefe de família são os critérios que predispõe a menor utilização de serviços de saúde por parte dos homens (TRAVASSOS, et al, 2002). Ao localizarmos os indivíduos em uma dada sociedade, lidamos com inúmeros fatores inter-relacionados na construção de suas subjetividades e sobretudo aqueles relativos à reprodução da discriminação social que irão repercutir nas demandas em saúde. Além de serem sujeitos masculinos, os homens se situam também em grupos sociais específicos sejam eles de caráter étnico racial ou de classe social. Defendemos aqui a necessidade de estudos investigativos que promovam a compreensão de



como a classe social, a raça e a etnia se articulam com as masculinidades e como esta relação dinâmica irá efetivamente se configurar em desigualdades no campo da saúde coletiva.

Uma vez que diferentes fatores tenham sido articulados no sentido de mapear suas influências na saúde da população, as políticas podem então viabilizar intervenções pontuais que partam das características de determinados seguimentos sociais e promover os princípios de equidade. Desta forma, não basta apenas conhecer os determinantes do gênero nas condições de saúde, mas devemos sobretudo articulá-lo a outras categorias de análise.

Os determinantes sociais somados a outras características individuais e domiciliares evidenciam que mesmo garantindo acesso universal, a provisão de saúde pública torna-se bastante segmentada no país. Albuquerque et.al (2011) abordam a necessidade de intervenções junto a atuação dos profissionais de saúde, sugerindo capacitações voltadas para o maior entendimento das questões de gênero, raça, etnia e classe social, trazendo estas categorias para a formação do profissional para que estes consigam articular sua prática e gestão diante das especificidades dos grupos sociais atendidos nos serviços de saúde. Trazer a tona estas discussões no campo da saúde poderia conduzir a práxis e as políticas de saúde de modo que considere a saúde e seus multideterminantes.

Em síntese, busco abordar neste ensaio a política nacional a saúde do homem e instigar o avanço deste debate para outras esferas produtoras de desigualdades. Poucas são as discussões que se focam nos grupos minoritários de homens em situação de vulnerabilidade. Temos estudado pouco ou quase nada as populações de homens indígenas ou os estrangeiros bem como os homens de classes populares. E, para uma assistência coerente aos princípios do SUS, estes grupos devem ser considerados e atendidos a partir de suas singularidades.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADORNO, T. W. (1986). O ensaio como forma. In G. Cohn (Org.), **Sociologia: Adorno** (p. 167-187). São Paulo: Editora Ática

ALBUQUERQUE, M. D. S. V. D., A. M. COSTA, ET al. (2011). "Equidade e inclusão de grupos sociais na política de saúde: o caso do Recife, Brasil." **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil 11**: 73-82.

AYRES, J.R.C.M; et al (1999). Vulnerabilidade e prevenção em tempos de Aids, PP. 49-72. In: BARBOSA, R.M .; PARKER; R .(ORGS.) **Sexualidades pelo avesso**: direitos, identidades e poder. Editora 34-IMS-Uerj, São Paulo-Rio de Janeiro.

AQUINO, E. M. L. (2005) Saúde do homem: uma nova etapa da medicalização da sexualidade? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, ano 10, n.1, p.19-22.

BATISTA, L.E. (2005). Masculinidade, raça/cor e saúde. **Ciênc Saúde Coletiva**. ;10:71-80

BARROS, M.B.A.(1986). A utilização do conceito de classe social nos estudos dos perfis epidemiológicos: uma proposta. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 20, n. 4.

BATISTA, L.E. (2002). Mulheres e homens negros: saúde, doença e morte. Tese de doutorado. Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista, Araraquara

BARATA, R. B. (2006). Desigualdades Sociais e saúde. **Tratado de saúde coletiva**. G. W. e. c. O. CAMPOS. Rio de Janeiro, HUCITEC/FIOCRUZ: p. 201-230.

BRASIL. (2009). Ministério da Saúde. Dispõe sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília. Acesso em: 10 de dezembro de 2011, de: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/PT-09-CONS.pdf>>.

CONNELL, R. W. (1995) Políticas da Masculinidade. **Educação e Realidade**, v. 20, n. 2, p. 185-206.

COSTA-JUNIOR; F.M.; MAIA, A.C.B. (2009). Concepções de homens hospitalizados sobre a relação entre gênero e saúde. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v.25, n.1, pp. 55-63.



COSTA-JUNIOR, F. M. (2010) Concepções de médicos/as e enfermeiros/as sobre questões de gênero na saúde. Dissertação (Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem), Faculdade de Ciências, Universidade Estadual Paulista, Bauru,

COUTO, M.T.; et al. (2010). O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. **Interface (Botucatu)**, Jun, vol.14, no.33, p.257-270

COURTENAY, W. H. (2000). Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. **Social Science & Medicine**, v. 50, p. 1385-1401,.

DOYAL, L. (2001). Sex, Gender, and health: the need for a new approach. **British Medical Journal**, v. 323, p.1061-1063,. Disponível em: <http://www.bmj.com>. Acesso 22 Abr. 2007.

FIGUEIREDO, W.(2005).Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n.1, p.105-109.

GAWRYSZEWSKI, V. P.; KOIZUMI, M. S.; MELLO-JORGE, M. H. P. (2004). Causas externas no Brasil no ano de 2000: comparando a mortalidade e a morbidade. **Cad. Saúde Pública**, 20(4), 995-1003.

GOMES, R. (2003) Sexualidade masculina e saúde do homem: proposta para uma discussão. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, ano 8, n.3, p. 825-829.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F.; ARAÚJO, F. C. (2007) Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e de homens com ensino superior. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, ano 23, n. 3, p. 556-574.

MENDONÇA, V. S.; ANDRADE A. N (2010). A Política Nacional de Saúde do Homem: necessidade ou ilusão? **Psicologia Política**. VOL. 10. Nº 20. PP. 215 – 226.

JOHNSON, R. J.; WOLINSKY; F. D. (1994). "Gender, Race, and Health: The Structure of Health Status Among Older Adults." **The Gerontologist** 34(1): 24-35.

KORIN, D. (2001) Nuevas perspectivas de gênero en salud. **Adolescência Latinoamericana**, ano 02, n. 2, p. 67-79.



TOBAR, F.;YALOUR, M.R. (2002). **Como fazer teses em saúde pública: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisas**. Fiocruz, Rio de Janeiro.

LILLIE-BLANTON, M.; LAVEIST; T. (1996). "Race/ethnicity, the social environment, and health." **Social Science & Medicine** 43(1): 83-91.

MONTEIRO, S. (2005). Etnicidade, raça e saúde no Brasil: questões e desafios. **Críticas e atuantes: Ciências Sociais e Humanas na América Latina**. M. Minayo and C. J. CE. Rio de Janeiro, FIOCRUZ: 437-486.

SEN; A.K. (2002) ¿Por qué la equidad en salud? **Rev Panam Salud Publica**. 11: 302-9

SILVA, E.; SARRETA, F.; BERTANI, I.. (2010) As políticas públicas de saúde no Brasil: o sistema único de saúde (SUS) e a rede de saúde em Franca. **Serviço Social & Realidade**, América do Norte, 16, 9.

WILLIAMS, D.R. (2001). Ethnicity, Race, and Health. **International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences**. J. S. Editors-in-Chief: Neil and B. B. Paul. Oxford, Pergamon: 4831-4838.

