Cognitio Juris
ISSN 2236-3009

SAÚDE MENTAL MASCULINA E O DESCASO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL: UMA ANÁLISE CRÍTICA DOS DETERMINANTES SOCIAIS, BARREIRAS DE ACESSO E OMISSÕES INSTITUCIONAIS

MALE MENTAL HEALTH AND THE NEGLECT OF PUBLIC HEALTH IN BRAZIL: A CRITICAL ANALYSIS OF SOCIAL DETERMINANTS, ACCESS BARRIERS AND INSTITUTIONAL OMISSIONS

Artigo submetido em 16 de novembro de 2026
Artigo aprovado em 17 de novembro de 2026
Artigo publicado em 17 de novembro de 2026

Cognitio Juris
Volume 16 – Número 59 – 2026
ISSN 2236-3009

.

Autor:
Luan Willy Felix Garcia

.

RESUMO: A saúde mental masculina constitui um campo historicamente negligenciado pelas

políticas públicas de saúde no Brasil, gerando um cenário epidemiológico de alta morbidade e mortalidade entre homens. O presente artigo de revisão narrativa analisa os determinantes socioculturais que afastam os homens dos serviços de saúde mental, os dados epidemiológicos que evidenciam o adoecimento psíquico masculino e as insuficiências das políticas públicas voltadas ao cuidado integral do homem, com ênfase na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH). A construção social da masculinidade hegemônica, marcada pela repressão emocional e pelo estigma associado à busca de ajuda psicológica, opera como barreira estrutural ao acesso à saúde mental. Os dados revelam que os homens respondem por quase 80% dos suicídios registrados no país, apresentam taxa de mortalidade por causas externas até 4,1 vezes superior à feminina e vivem, em média, 6,6 anos a menos do que as mulheres. Paradoxalmente, apenas 29% dos homens buscam atendimento psicológico quando necessário, e 65,4% daqueles que sofrem de ansiedade nunca consultaram um profissional de saúde mental. A fragilidade institucional da PNAISH, criada em 2009, persiste diante da escassez de recursos e da baixa adesão municipal, perpetuando um ciclo de invisibilidade do sofrimento psíquico masculino. Conclui-se que superar o descaso com a saúde mental masculina exige não apenas a reformulação das políticas públicas, mas uma ruptura cultural com os padrões hegemônicos de masculinidade que naturalizam o adoecimento e a morte precoce dos homens.

Palavras-chave: Saúde Mental Masculina. Masculinidade Hegemônica. Política Pública de Saúde. PNAISH. Suicídio. Saúde do Homem.

ABSTRACT: Male mental health constitutes a historically neglected field in Brazilian public health policies, generating an epidemiological scenario of high morbidity and mortality among men. This narrative review article analyzes the sociocultural determinants that keep men away from mental health services, the epidemiological data evidencing male psychological illness, and the shortcomings of public policies aimed at comprehensive male care, with emphasis on the National Policy for Comprehensive Male Health Care (PNAISH). The social construction of hegemonic masculinity, marked by emotional repression and the

stigma associated with seeking psychological help, operates as a structural barrier to access to mental health care. Data show that men account for nearly 80% of suicides recorded in the country, present mortality rates from external causes up to 4.1 times higher than women, and live an average of 6.6 years less. Paradoxically, only 29% of men seek psychological care when necessary, and 65.4% of those who suffer from anxiety have never consulted a mental health professional. The institutional fragility of the PNAISH, created in 2009, persists amid a scarcity of resources and low municipal adherence, perpetuating a cycle of invisibility of male psychological suffering. It is concluded that overcoming the neglect of male mental health requires not only the reformulation of public policies, but also a cultural break with the hegemonic patterns of masculinity that naturalize illness and premature death among men.

Keywords: Male Mental Health. Hegemonic Masculinity. Public Health Policy. PNAISH. Suicide. Men’s Health.

1 INTRODUÇÃO

A saúde do homem representa um dos maiores paradoxos da saúde pública contemporânea no Brasil. Ao mesmo tempo em que os dados epidemiológicos revelam um quadro alarmante de morbimortalidade masculina, a presença dos homens nos serviços de saúde preventivos permanece significativamente inferior à feminina. Essa contradição não é fruto do acaso, mas de um processo histórico e social que naturaliza o descuido masculino com a própria saúde, especialmente no campo da saúde mental.

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2024 a expectativa de vida dos homens no Brasil foi de 73,3 anos, enquanto as mulheres alcançaram 79,9 anos, uma diferença de 6,6 anos que se mantém relativamente estável há décadas (IBGE, 2024). Esse hiato não é explicado apenas por fatores biológicos: o comportamento de risco socializado, a resistência à busca de cuidados e o subacesso à saúde mental constituem determinantes centrais dessa mortalidade precoce masculina.

No campo específico da saúde mental, os números são ainda mais eloquentes. O Ministério da Saúde registrou que o Brasil contabilizou mais de 107 mil mortes por suicídio entre 2015 e 2022, sendo que quase 80% das vítimas eram homens (BRASIL, 2022). A taxa de suicídio masculina atingiu 10,7 óbitos por 100 mil habitantes em 2019, mais de três vezes superior à feminina, que foi de 2,9 por 100 mil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021). Em Minas Gerais, pesquisa observacional registrou aumento de 72% nos casos de suicídio entre 2013 e 2023, com homens na faixa de 26 a 35 anos como principal grupo afetado (REVISTA FOCO, 2025).

Apesar desse cenário, pesquisa publicada pela CartaCapital (2025) revelou que apenas 29% dos homens buscam atendimento psicológico quando necessitam, e dados da CNN Brasil (2024) indicaram que 65,4% dos homens que sofrem de ansiedade nunca consultaram um profissional de saúde mental, percentual superior à média nacional. A construção cultural da masculinidade hegemônica, que associa a busca de ajuda à fraqueza e a expressão emocional à feminilidade, opera como barreira estrutural ao cuidado psíquico.

No âmbito das políticas públicas, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), instituída pela Portaria n.º 1.944/2009 do Ministério da Saúde, representou um avanço histórico ao reconhecer as especificidades do adoecimento masculino. Contudo, após mais de quinze anos de vigência, persiste uma fragilidade institucional marcada pela escassez de recursos, baixa adesão municipal e insuficiência nas ações direcionadas à saúde mental (SCIELO, 2025). O resultado é que o sofrimento psíquico do homem brasileiro continua invisível aos olhos do sistema público de saúde.

Diante desse quadro, o presente artigo tem como objetivo analisar criticamente a intersecção entre a construção social da masculinidade, o adoecimento mental dos homens e o descaso das políticas públicas de saúde no Brasil. A partir de uma revisão narrativa da literatura científica disponível nas bases SciELO, LILACS e Redalyc, complementada por dados de órgãos oficiais como o IBGE, o Ministério da Saúde e a Organização Mundial de Saúde (OMS), busca-se evidenciar os mecanismos pelos quais o sistema de saúde pública

reproduz e aprofunda a vulnerabilidade psíquica masculina.

A relevância deste estudo justifica-se pela urgência epidemiológica e pela necessidade de subsidiar proposições de políticas públicas mais efetivas para a saúde mental dos homens no Brasil. Compreender as barreiras culturais, institucionais e estruturais que impedem o acesso masculino ao cuidado psíquico é condição indispensável para a formulação de estratégias de intervenção capazes de reverter os índices alarmantes de suicídio, depressão não tratada e morte precoce que acometem a população masculina brasileira.

Do ponto de vista metodológico, este trabalho caracteriza-se como uma revisão narrativa de literatura, modalidade adequada para a síntese de conhecimentos sobre temáticas amplas e interdisciplinares (BOTEGA, 2014). Foram consultados periódicos indexados nas plataformas SciELO e Redalyc, boletins epidemiológicos do Ministério da Saúde, relatórios da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), além de dados do IBGE. Foram priorizadas publicações dos últimos dez anos, sem exclusão de referências clássicas fundamentais para a compreensão teórica do tema.

2 REFERENCIAL TEÓRICO: MASCULINIDADE HEGEMÔNICA E SAÚDE

2.1 A construção social da masculinidade e seus efeitos na saúde

A masculinidade não é um atributo natural ou biológico, mas uma construção sociocultural que varia historicamente e entre diferentes grupos e contextos. O conceito de masculinidade hegemônica, desenvolvido por Connell (1995) e amplamente adotado nos estudos de gênero e saúde, refere-se a um modelo dominante de ser homem que prescreve comportamentos específicos: a supressão das emoções, a demonstração de força física, a autonomia, a competitividade e a resistência a qualquer demonstração de vulnerabilidade ou fragilidade.

Silva (2006) aponta que ao homem são atribuídas historicamente características como liderança, racionalidade, força física, destreza, coragem, competitividade e pouca

afetividade, enquanto à mulher destina-se o papel de cuidadora, recatada, frágil e emocional. Esse dualismo de gênero não apenas organiza as relações sociais, mas também determina comportamentos de saúde distintos entre homens e mulheres (ENCENA SAÚDE MENTAL, 2023). No processo de socialização, os meninos aprendem que demonstrar dor, medo ou tristeza é incompatível com a identidade masculina valorizada socialmente.

No campo da saúde, Courtenay (2000) demonstrou que as construções de masculinidade influenciam diretamente o bem-estar masculino, na medida em que os homens tendem a adotar comportamentos de risco como forma de afirmação de sua identidade de gênero. A busca de serviços de saúde preventivos, a admissão de doenças mentais e a procura de apoio psicológico são percebidas por muitos homens como atitudes incompatíveis com a masculinidade socialmente valorizada. Esse comportamento tem sido denominado na literatura como “a lógica do invulnerável”, segundo a qual o homem deve provar constantemente sua resistência às adversidades, incluindo o adoecimento (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007).

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) identificou que, entre os homens, as mortes por suicídio estão associadas ao uso de álcool, outras substâncias e à exposição à violência, indicando que o manejo do sofrimento psíquico masculino se dá frequentemente por vias autodestrutivas, em vez de pela busca de cuidado terapêutico (HOSPITAL SANTA MÔNICA, 2024). Esse padrão é consistente com a ideia de que os homens aprendem a transformar emoções como tristeza, medo e ansiedade em comportamentos externalizantes, como a agressividade, o uso de substâncias e a exposição a riscos.

A pesquisa “Homens e Masculinidades no Brasil”, publicada pelo Instituto Promundo em parceria com o Instituto Avon (2016), revelou que homens com crenças mais igualitárias de gênero apresentavam melhores indicadores de saúde mental, enquanto aqueles mais aderentes a normas tradicionais de masculinidade demonstravam maior propensão ao uso prejudicial de álcool, à violência e ao adoecimento psíquico. Esses dados indicam que a

transformação cultural das normas de masculinidade não é apenas desejável do ponto de vista moral, mas necessária do ponto de vista da saúde pública.

2.2 A cultura do silêncio: homens e a negação do sofrimento psíquico

A cultura do silêncio em torno do sofrimento emocional masculino é um fenômeno amplamente documentado na literatura científica. Estudo publicado na Revista PsicoFAE (2023) sobre a procura de auxílio profissional por homens identificou que os participantes demonstravam dificuldade em pedir ajuda e exteriorizar sua vulnerabilidade, e que muitos consideravam conversas informais com amigos e livros de autoajuda como substitutos ao acompanhamento psicoterapêutico. Os próprios participantes reconheciam que existia "muito preconceito" e que o estigma pesava sobre homens que buscavam ajuda psicológica (REVISTA PSICOFAE, 2023).

Esse padrão se expressa de maneira especialmente grave no Brasil. Paula e Rocha (2019) definem a masculinidade tóxica como um conjunto de crenças e práticas que geram inúmeros impactos negativos sobre o bem-estar masculino, ao condicionar os homens a suprimir emoções, evitar demonstrações de afeto e rejeitar o cuidado com a própria saúde mental. Trata-se de um ciclo em que o adoecimento psíquico é simultaneamente produzido e tornado invisível pelas mesmas normas culturais que definem o que significa "ser homem".

Pesquisa da CNN Brasil (2024) revelou que 68% dos brasileiros se sentem ansiosos, mas menos da metade busca ajuda. Entre os homens, o cenário é ainda mais preocupante: 65,4% afirmam não ter procurado um profissional para lidar com questões relacionadas à ansiedade, percentual acima da média nacional. Os pesquisadores concluíram que as convenções sociais ainda tratam as queixas relacionadas à saúde mental como algo inversamente proporcional à masculinidade, o que contribui para que menos homens procurem ajuda (CNN BRASIL, 2024).

A psicóloga Luanna Debs, especialista em relacionamentos abusivos e trauma, explica que o

machismo funciona como um duplo obstáculo: além de legitimar comportamentos agressivos, dificulta que homens reconheçam suas vulnerabilidades e busquem ajuda adequada. Muitos silenciam o sofrimento e tentam lidar sozinhos ou com recursos que reafirmem sua masculinidade, como a violência ou o consumo de álcool (TRIBUNA DO SERTÃO, 2025). Esse padrão gera um efeito especialmente preocupante: quando mais necessitam de suporte, os homens tendem a se afastar dos serviços de saúde mental, atrasando diagnósticos e reduzindo as chances de prevenção.

Estudos sobre a alexitimia, condição caracterizada pela dificuldade de identificar e expressar as próprias emoções, indicam que ela é significativamente mais prevalente entre homens. Essa condição, intensificada pelo processo de socialização masculina que desestimula a linguagem emocional, dificulta tanto o reconhecimento do sofrimento psíquico pelo próprio indivíduo quanto a comunicação adequada com profissionais de saúde. A alexitimia opera, assim, como fator de mediação entre a masculinidade hegemônica e o não acesso à saúde mental (ENCENA SAÚDE MENTAL, 2023).

3 PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO DA SAÚDE MENTAL MASCULINA NO BRASIL

3.1 Suicídio: a expressão mais letal da negligência

O suicídio representa a face mais extrema e visível do adoecimento mental masculino no Brasil. Os dados são inequívocos: segundo o Senado Federal (2025), o Brasil registrou mais de 107 mil mortes por suicídio entre 2015 e 2022, sendo quase 80% das vítimas homens. A Organização Mundial de Saúde (OMS) corrobora esse padrão ao apontar que, em escala global, 78% dos casos de autoextermínio em 2019 tiveram homens como vítimas (AL.ES.GOV.BR, 2022).

O Boletim Epidemiológico n.º 33, publicado em 2021 pelo Ministério da Saúde, registrou que a taxa de morte por suicídio entre indivíduos do sexo masculino foi de 10,7 por 100 mil habitantes em 2019, enquanto entre as mulheres o número foi de 2,9, uma razão de quase

quatro vezes. No âmbito nacional, os dados indicam que 12,6 por cada 100 mil homens morrem devido ao suicídio, em comparação com 5,4 por cada 100 mil mulheres (TJDFT, 2025). Em média, o suicídio de homens ocorre 3,9 vezes mais frequentemente que o de mulheres, com pico de prevalência registrado em 2021 (REVISTA MULTIDISCIPLINAR EM SAÚDE, 2023).

Um estudo da OMS publicado em 2022 indicou que os homens têm 2,35 vezes mais probabilidade de tirar a própria vida em comparação às mulheres em todo o mundo (UNINASSAU, 2024). A psiquiatra Maria Carmen Viana, da Universidade Federal do Espírito Santo, explica que mais mulheres tentam o suicídio do que homens, mas mais homens morrem, porque as tentativas masculinas tendem a ser mais violentas (AL.ES.GOV.BR, 2022). Esse padrão reflete tanto a maior letalidade dos métodos empregados por homens quanto a menor probabilidade de que o suicídio masculino seja identificado como tentativa e receba intervenção clínica a tempo.

O Boletim Epidemiológico n.º 33 aponta também baixa autoestima, experiências adversas pregressas — como abusos físicos e sexuais pelos pais ou outras pessoas próximas —, falta de amigos e suporte de parentes, exposição à violência e dificuldades socioeconômicas como fatores de risco para o suicídio masculino, compondo um quadro multifatorial de vulnerabilidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021, p. 8).

A associação entre o uso de álcool e outras substâncias e o suicídio masculino é consistentemente documentada na literatura. A OPAS identificou que, entre os homens, as mortes por suicídio estão associadas especificamente ao consumo de álcool e outras substâncias, sugerindo que a busca por alívio do sofrimento psíquico por vias autodestrutivas, em vez do acesso a cuidados de saúde mental, é um padrão estrutural no comportamento masculino (HOSPITAL SANTA MÔNICA, 2024).

Em Minas Gerais, pesquisa observacional retrospectiva baseada em dados do Sistema de

Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e da Secretaria de Estado de Justiça e Segurança Pública (SEJUSP) registrou 17.262 casos de suicídio entre 2013 e 2023, representando um aumento de 72% no período. Os homens, especialmente na faixa etária de 26 a 35 anos, foram os mais afetados. O método mais utilizado foi o sufocamento (enforcamento), seguido pelo uso de armas de fogo e agentes tóxicos, reforçando a maior letalidade das tentativas masculinas (REVISTA FOCO, 2025).

O impacto da pandemia de COVID-19 sobre o suicídio masculino merece atenção específica. Segundo dados da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (2022), entre 2016 e 2021 houve um aumento de 49,3% nas taxas de mortalidade por suicídio entre adolescentes de 15 a 19 anos, chegando a 6,6 por 100 mil, e de 45% entre adolescentes de 10 a 14 anos, chegando a 1,33 por 100 mil (TJDFT, 2025). A pandemia, ao ampliar o isolamento social, o desemprego e a insegurança financeira, agravou os fatores de risco para o suicídio em um contexto em que os serviços de saúde mental já eram precários para os homens (SCHUCK et al., 2020).

3.2 Depressão, ansiedade e transtornos mentais comuns em homens

A depressão e os transtornos de ansiedade em homens constituem um campo de estudo marcado por desafios diagnósticos específicos. Ao contrário do padrão sintomatológico feminino, mais associado à tristeza e ao choro, a depressão masculina frequentemente se manifesta por meio de comportamentos externalizantes: irritabilidade, uso abusivo de álcool e outras drogas, agressividade, impulsividade e comportamentos de risco. Esse perfil atípico dificulta o reconhecimento do transtorno tanto pelos próprios indivíduos quanto pelos profissionais de saúde, contribuindo para a subnotificação e o subdiagnóstico da depressão em homens (ZANELLO et al., 2014).

Estudos indicam que quase 30% dos homens atendidos na atenção primária no Brasil apresentam algum grau de adoecimento mental, mas em vez de buscar apoio psicológico,

muitos recorrem ao álcool, às drogas ou à violência como formas de lidar com o sofrimento (TRIBUNA DO SERTÃO, 2025). O Ministério da Saúde reconhece que por não cuidarem de suas emoções, muitos homens desenvolvem ansiedade e depressão, e buscam na bebida e no consumo de drogas uma válvula de escape para suas dores (ENCENA SAÚDE MENTAL, 2023).

A busca por serviços de saúde mental acontece de forma tardia e frequentemente por canais de urgência. Dados publicados pela CartaCapital (2025) revelam que a ansiedade já aparece como a quinta maior causa de entrada masculina em Pronto Atendimento, indicando que muitos homens recorrem ao sistema de saúde apenas quando os sintomas já interferem gravemente no cotidiano. A procura masculina por atendimento psicológico se concentra nas faixas etárias mais jovens, entre 21 e 30 anos, caindo significativamente após os 50 anos, quando apenas 22,2% dos atendimentos em serviços de saúde mental são realizados por homens (CARTACAPITAL, 2025).

A revisão sistemática da literatura brasileira realizada por Zanello e colaboradores (2014), publicada na plataforma Redalyc e abrangendo publicações de 2003 a 2013 nas bases LILACS e SciELO Brasil, identificou que a articulação entre estudos de masculinidade e saúde mental é ainda incipiente na produção científica nacional. O estudo apontou que apenas duas pesquisas do período realizaram entrevistas com homens, evidenciando a invisibilidade de pesquisas qualitativas e a escassez de estudos que efetivamente ouçam os homens sobre sua experiência de adoecimento psíquico, limitação que impacta diretamente a formulação de políticas públicas adequadas.

O fenômeno da alexitimia contribui adicionalmente para a subnotificação dos transtornos mentais masculinos. Homens com dificuldade de identificar e nomear suas emoções tendem a apresentar sintomas somáticos, como dores de cabeça, problemas gastrointestinais e fadiga crônica, em vez de queixas psíquicas reconhecíveis. Essa somatização frequentemente desvia o diagnóstico e o tratamento para especialidades médicas distintas

da saúde mental, retardando ou impedindo o acesso ao cuidado psicológico adequado.

3.3 Mortalidade precoce e causas externas

A sobremortalidade masculina no Brasil constitui um fenômeno com múltiplas dimensões que transcendem a saúde mental estrita, mas com ela se articulam intimamente. Segundo o IBGE (2023), a expectativa de vida dos homens é de 73,1 anos, quase sete anos abaixo da expectativa das mulheres, de 79,7 anos. Em 2024, os dados atualizados indicam 73,3 anos para homens e 79,9 para mulheres, mantendo a diferença de 6,6 anos (IBGE, 2024). O Censo de 2022 revelou, ainda, queda no número total de homens por 100 mulheres, de 98,7 em 1980 para 94,2 em 2022, refletindo a maior mortalidade masculina em todas as faixas etárias.

A diferença na expectativa de vida se acentua dramaticamente na juventude. Entre jovens de 20 a 24 anos, a taxa de mortalidade masculina é 4,1 vezes maior do que a feminina devido a causas externas, como violência e acidentes (IBGE, 2023). Na faixa de 15 a 19 anos, homens têm 3,4 vezes mais chance de morrer do que mulheres da mesma faixa etária (IBGE, 2024). Em termos absolutos, de agosto de 2021 a julho de 2022, 54,5% de todos os óbitos registrados no Brasil foram de homens (PERFIL.COM, 2024).

As causas externas, que englobam homicídios, suicídios e acidentes de trânsito, são a principal causa de incapacidade, internação e morte entre homens no Brasil, comprometendo o bem-estar e a qualidade de vida e reduzindo a expectativa de vida masculina (SAÚDE E PESQUISA, 2024). Documento do Ministério da Saúde para o Novembro Azul apontou que, em 2023, a taxa de mortalidade masculina por causas externas foi de 117,0 por 100 mil habitantes, totalizando 120.843 casos, enquanto no público feminino esse índice foi de apenas 30,6 por 100 mil habitantes, com 33.187 casos (JORNAL OPÇÃO, 2025).

A sobremortalidade masculina por causas externas e os padrões de masculinidade hegemônica estão profundamente articulados. A literatura científica indica que o processo de

socialização masculina é elemento fundamental para a compreensão do maior número de internações e mortes masculinas por situações de violência. Os homens são estimulados, durante a socialização, a assumir comportamentos considerados masculinos, sobretudo práticas de poder e violência, produtividade, provisão material e exposição ao risco (SAÚDE E PESQUISA, 2024). No Brasil, as estatísticas nacionais registraram, apenas na década de 1990, mais de um milhão de óbitos por violência e acidentes, sendo cerca de 400 mil por homicídios e 310 mil em acidentes de trânsito, com predominância absoluta de vítimas do sexo masculino (SCIELO, 2014).

4 O DESCASO DA SAÚDE PÚBLICA COM A SAÚDE MENTAL MASCULINA

4.1 A PNAISH: avanços, limitações e quinze anos de promessas

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), instituída pela Portaria n.º 1.944 do Ministério da Saúde em 2009, representou um marco histórico no reconhecimento das especificidades do adoecimento masculino pelo sistema público de saúde brasileiro. A política fundamenta-se na promoção e qualificação das condições de saúde da população masculina por meio do enfrentamento dos fatores de risco e da ampliação do acesso aos serviços de saúde, especialmente na Atenção Básica (SAÚDE RS, 2025). Sua criação reconheceu, pela primeira vez em nível federal, que os homens constituem uma população com necessidades de saúde específicas, historicamente invisibilizadas pela organização dos serviços.

A PNAISH organiza-se em cinco eixos prioritários, sendo o acesso e acolhimento o primeiro deles, seguido por saúde sexual e reprodutiva, prevenção de doenças crônicas, violência e acidentes, e saúde mental. O primeiro eixo traz em si o desafio central de colocar essa população em contato com serviços, profissionais e informações em saúde, o que evidencia que a política reconhece a magnitude da barreira do acesso (SCIELO, 2025). A política busca, em seu escopo, respeitar a heterogeneidade das masculinidades e promover uma atenção

integral que considere tanto a dimensão individual quanto relacional dos cuidados de saúde (BRASIL, 2009).

Contudo, passados mais de quinze anos desde sua criação, o balanço da PNAISH é marcado por persistentes desafios. Artigo publicado na revista Interface (SciELO, 2025) identificou, entre os principais entraves à implementação da política, a naturalização de estereótipos de masculinidade, com a negação de vulnerabilidades e resistência à busca por cuidados; as desigualdades no acesso à saúde, evidenciadas pela baixa procura espontânea dos homens pelos serviços, especialmente na Atenção Primária à Saúde (APS); e a frágil institucionalização da PNAISH, marcada pela escassez de recursos humanos e financeiros para a implementação de suas ações, sobretudo nos estados e municípios.

Ainda não há um canal bem desenvolvido para o tratamento e acompanhamento da saúde mental masculina, onde muitos tabus ainda perduram. Apesar de haver reconhecimento da complexa situação, os programas de governo não conseguiram resolver as dificuldades para o atendimento e tratamento eficaz de muitos (REVISTA MULTIDISCIPLINAR EM SAÚDE, 2023, p. 2).

Um dos problemas centrais é o desconhecimento da própria política entre seus potenciais beneficiários. Durante as ações de promoção da saúde e divulgação da PNAISH desenvolvidas na Paraíba, observou-se que muitos homens demonstraram surpresa com a existência de uma política específica para a sua saúde. Os participantes apresentaram pouco conhecimento em relação à promoção da saúde e à prevenção de agravos, indicando que a comunicação e a divulgação da política são insuficientes (GOVERNO DO TOCANTINS, 2012). Essa ausência de conhecimento é, por si mesma, um indicador de falha de implementação.

Outro fator limitante é a organização dos serviços de saúde, que historicamente não foram estruturados para acolher as demandas masculinas. Os homens preferem utilizar serviços que respondem mais rapidamente e objetivamente às suas demandas, como farmácias e

prontos-socorros, em detrimento dos serviços de atenção primária, onde o cuidado longitudinal e preventivo acontece (FIGUEIREDO, 2005). Essa lógica reativa, em vez de preventiva, é incompatível com as necessidades da saúde mental, que demanda vínculo, continuidade e escuta qualificada.

A mortalidade masculina por doenças cardiovasculares é 40% superior à feminina, dado que reforça como o sistema público de saúde não consegue alcançar os homens de forma efetiva nem mesmo nas condições de saúde física mais documentadas e tratáveis (SCIELO, 2025). Se a saúde física masculina já apresenta indicadores tão precários, a situação da saúde mental é ainda mais grave, dado o estigma adicional envolvido e a menor priorização histórica desse eixo na PNAISH.

4.2 Barreiras estruturais no acesso à saúde mental

As barreiras que impedem os homens de acessar serviços de saúde mental no Brasil são de natureza múltipla, articulando dimensões culturais, institucionais e econômicas. Compreendê-las em sua complexidade é indispensável para a formulação de estratégias de intervenção efetivas.

No plano cultural, a barreira mais documentada é o estigma associado à busca de ajuda psicológica. A Revista PsicoFAE (2023) registrou que participantes de pesquisa sobre saúde mental masculina identificavam certo preconceito social e reconheciam que ainda se considera um tabu o fato da pessoa do sexo masculino buscar por auxílio psicológico. Esse estigma é reforçado por expressões culturais que associam a masculinidade à fortaleza emocional, a ideia de que homem não chora e não pode demonstrar fraqueza, internalizadas desde a infância como valores identitários (REVISTA PSICOFAE, 2023).

No plano institucional, os serviços de saúde mental do SUS apresentam déficits significativos que afetam desproporcionalmente os homens. A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), criada pelo Decreto n.º 7.508/2011, ampliou o escopo dos serviços de saúde mental no Brasil, mas

enfrenta subfinanciamento crônico, escassez de profissionais especializados e cobertura insuficiente, especialmente nas regiões Norte e Nordeste. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), serviços centrais da RAPS, atendem prioritariamente transtornos graves e persistentes, deixando uma lacuna no cuidado dos transtornos mentais comuns, que são os mais prevalentes entre os homens que chegam à atenção primária.

O horário de funcionamento dos serviços de saúde é outra barreira estrutural relevante. A maioria das Unidades Básicas de Saúde (UBS) opera em horário comercial, incompatível com a jornada de trabalho da maioria dos homens em idade ativa. Estudo publicado na Escola Anna Nery (CORDEIRO et al., 2014) analisou a atenção básica à saúde masculina e identificou que o atendimento noturno representa uma possibilidade concreta para aumentar o acesso dos homens aos serviços, mas é ainda uma realidade restrita a poucos municípios brasileiros.

A formação dos profissionais de saúde para o acolhimento masculino é, igualmente, um ponto crítico. Os serviços de saúde tendem a ser percebidos pelos homens como espaços feminizados, nos quais se sentem desconfortáveis e pouco acolhidos. Ribeiro e colaboradores (2015) demonstraram que a formação dos enfermeiros para o cuidado da saúde do homem é inadequada, com currículos que raramente abordam as especificidades do adoecimento masculino e as barreiras de gênero ao acesso à saúde. A ausência de capacitação específica leva profissionais a reproduzir, inadvertidamente, os mesmos estereótipos de gênero que afastam os homens do cuidado.

4.3 A subnotificação e a invisibilidade institucional

O adoecimento mental masculino no Brasil é sistematicamente subnotificado, o que compromete tanto a dimensão diagnóstica quanto o planejamento de políticas públicas. A subnotificação resulta de uma cadeia de invisibilizações: os homens não reconhecem ou não expressam o sofrimento psíquico; quando o reconhecem, não buscam serviços de saúde mental; e quando buscam, frequentemente recebem diagnósticos de outras condições, como

hipertensão, abuso de álcool ou queixas somáticas, sem que o transtorno mental subjacente seja identificado.

A Organização Mundial de Saúde estima que, globalmente, são registrados mais de 700 mil suicídios por ano, mas, considerando os episódios subnotificados, o número real pode ultrapassar 1 milhão de casos (TJDFT, 2025). No Brasil, estimam-se cerca de 14 mil casos por ano, ou seja, em média 38 pessoas morrem por suicídio diariamente. Praticamente 100% dos casos estavam relacionados a doenças mentais, principalmente não diagnosticadas ou tratadas incorretamente (TJDFT, 2025). Esses dados evidenciam que a subnotificação não é apenas um problema de registro estatístico, mas uma falha sistêmica que custa vidas.

A invisibilidade do sofrimento psíquico masculino é também produto de uma produção científica insuficiente. A revisão de Zanello e colaboradores (2014) sobre depressão e masculinidades nas bases LILACS e SciELO Brasil identificou que o fenômeno da depressão raramente é analisado considerando os estudos das masculinidades e de raça/etnia, e que apenas duas pesquisas no período de 2003 a 2013 realizaram entrevistas com os homens, evidenciando a pouca escuta que a academia confere ao sofrimento masculino. Essa lacuna científica alimenta diretamente a inadequação das políticas públicas.

Há nesse cenário uma circularidade perversa: a ausência de dados robustos sobre o adoecimento mental masculino dificulta a alocação de recursos e o planejamento de ações específicas; a insuficiência das ações perpetua o afastamento dos homens dos serviços; e o afastamento produz mais invisibilidade nos sistemas de informação. Quebrar esse ciclo exige um esforço coordenado que envolva a produção científica, o sistema de informação em saúde, a formação profissional e a gestão das políticas públicas.

5 PERSPECTIVAS E CAMINHOS PARA A TRANSFORMAÇÃO

A superação do descaso histórico com a saúde mental masculina no Brasil exige uma abordagem que articule diferentes níveis de intervenção: o cultural, o institucional e o

político. Não se trata de uma questão que possa ser resolvida por uma única medida ou política isolada, mas de uma transformação que demanda ação coordenada e sustentada ao longo do tempo.

No plano cultural, a desconstrução dos padrões hegemônicos de masculinidade que obstaculizam o cuidado psíquico masculino é condição fundamental. Pesquisadores e especialistas convergem na indicação de que programas educacionais que incentivem a expressividade emocional desde a infância e questionem os estereótipos de gênero são estratégias essenciais (REDAÇÃO ONLINE, 2026). Isso implica a incorporação da perspectiva de gênero nos currículos escolares, a formação de profissionais de educação para a temática da masculinidade e saúde, e campanhas de comunicação que normalizem a busca masculina de cuidados psíquicos sem reforçar estigmas.

A experiência do Instituto Promundo com programas de educação de gênero voltados a homens e meninos, como o Programa H e o MenCare, demonstrou que intervenções baseadas em grupos reflexivos de masculinidade são eficazes para transformar atitudes e comportamentos relacionados ao cuidado com a saúde e ao relacionamento afetivo. Essas experiências indicam que é possível criar espaços seguros nos quais os homens possam discutir suas vulnerabilidades e desenvolver habilidades emocionais sem que isso seja percebido como ameaça à sua identidade de gênero.

No âmbito institucional, a reformulação dos serviços de saúde para acolher melhor os homens é uma prioridade. Isso inclui a ampliação do atendimento noturno e nos finais de semana nas UBS, a formação específica dos profissionais de saúde para o acolhimento das demandas masculinas, a criação de grupos de suporte emocional para homens nas unidades de saúde e a integração da saúde mental como eixo transversal em todas as ações da atenção primária voltadas ao público masculino. A PNAISH prevê essas estratégias em seu escopo, mas sua implementação é fragmentada e insuficiente (P2 SAÚDE, 2024).

A articulação entre saúde mental e outros setores é igualmente relevante. A conexão entre o sofrimento psíquico masculino e a violência, tanto como vítimas quanto como perpetradores, demanda uma abordagem intersetorial que envolva saúde, educação, assistência social, segurança pública e justiça. A PNAISH reconhece essa necessidade de atuação intersetorial como condição para o enfrentamento da morbimortalidade masculina por causas externas, mas a efetivação dessa articulação encontra obstáculos burocráticos e políticos significativos (SCIELO, 2025).

No plano político, o fortalecimento da PNAISH exige comprometimento orçamentário real e mecanismos de monitoramento e avaliação mais robustos. A escassez de recursos humanos e financeiros para a implementação das ações, sobretudo nos estados e municípios, é um dos principais entraves identificados na literatura (SCIELO, 2025). A criação de indicadores específicos para a saúde mental masculina nos sistemas de informação do SUS, como o SINAN e o DataSUS, é uma medida técnica essencial para tornar o adoecimento psíquico masculino visível ao planejamento em saúde.

A interseccionalidade entre gênero, raça, classe social e sexualidade produz formas específicas de vulnerabilidade psíquica que as políticas generalistas tendem a invisibilizar. Homens negros, indígenas, LGBTQIA+, em situação de rua e em contextos de privação de liberdade representam grupos com acesso ainda mais restrito aos serviços de saúde mental e com riscos psicossociais agravados pela múltipla exclusão social. A pesquisa de Costa (2019) sobre determinantes de saúde e transtornos mentais comuns entre homens do interior de São Paulo reforça a necessidade de análises interseccionais para a formulação de políticas adequadas às diversidades das masculinidades brasileiras.

Por fim, o investimento em pesquisa científica sobre saúde mental masculina é um imperativo ético e epidemiológico. A escassez de estudos qualitativos que escutem os homens sobre sua experiência de adoecimento psíquico, identificada pela revisão de Zanello et al. (2014), precisa ser superada para que as políticas públicas sejam formuladas com base

em evidências que reflitam a complexidade do sofrimento masculino em seus contextos socioculturais específicos. O financiamento público à pesquisa nessa área, por meio de órgãos como o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), é uma demanda urgente.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise empreendida ao longo deste artigo evidencia que a saúde mental masculina no Brasil configura uma crise epidemiológica de amplas proporções, historicamente silenciada pela confluência de fatores culturais, institucionais e políticos. Os dados são contundentes: os homens respondem por quase 80% dos suicídios, vivem em média 6,6 anos a menos do que as mulheres, apresentam taxa de mortalidade por causas externas até 4,1 vezes superior à feminina na juventude, e paradoxalmente são os que menos buscam e recebem cuidados de saúde mental.

Essa crise não é natural, nem inevitável. Ela é produto de um sistema que simultaneamente produz e reproduz a vulnerabilidade psíquica masculina: uma cultura que ensina os homens a negar o sofrimento, serviços que não os acolhem adequadamente e políticas públicas que, apesar de reconhecerem o problema, carecem de recursos e implementação efetiva. A PNAISH, após quinze anos de existência, permanece mais como promessa do que como realidade transformadora para a maioria dos homens brasileiros.

O descaso da saúde pública com a saúde mental masculina não é apenas uma falha técnica de gestão: é uma expressão de como o sistema de saúde incorpora e reproduz normas de gênero que naturalizam o sofrimento e a morte precoce dos homens. Superar esse descaso requer uma ruptura epistemológica que reconheça a saúde mental masculina como questão de saúde pública prioritária, merecedora de investimento, pesquisa e ação coordenada.

As perspectivas de transformação existem e estão respaldadas em evidências científicas:

programas de educação para a masculinidade, reforma dos serviços de saúde para o acolhimento masculino, fortalecimento financeiro e institucional da PNAISH, investimento em pesquisa e qualificação dos sistemas de informação em saúde. Trata-se, em última análise, de reconhecer que cuidar da saúde mental dos homens é também cuidar da saúde coletiva, pois o adoecimento psíquico masculino não produz apenas sofrimento individual, mas também violência, ruptura familiar e custos econômicos e sociais imensuráveis para toda a sociedade brasileira.

Espera-se que este artigo contribua para o debate acadêmico e político sobre a saúde mental masculina no Brasil, fornecendo subsídios teóricos e empíricos para a formulação de políticas públicas mais efetivas e para a reflexão crítica sobre os limites do atual modelo de atenção à saúde do homem. A urgência dos dados epidemiológicos não permite mais o adiamento de respostas estruturais à crise silenciosa que compromete, dia após dia, a vida psíquica e física de milhões de homens brasileiros.

REFERÊNCIAS

AL.ES.GOV.BR. Homens estão entre as principais vítimas de suicídio. Assembleia Legislativa do Espírito Santo, 2022. Disponível em: https://www.al.es.gov.br. Acesso em: 15 maio 2025.

BAÉRE, F. DE; ZANELLO, V. Suicídio e masculinidades: uma análise por meio do gênero e das sexualidades. Psicologia em Estudo, v. 25, e44147, p. 1-15, 2020.

BARROS, C. T. et al. “Mas se o homem cuidar da saúde fica meio que paradoxal ao trabalho”: relação entre masculinidades e cuidado à saúde para homens jovens em formação profissional. Saúde e Sociedade, v. 27, n. 2, p. 423–434, 2018.

BOTEGA, N. J. Comportamento suicida: epidemiologia. Psicologia USP, v. 25, n. 3, p. 231–236, 2014.

BRANDÃO, C. C. et al. Gestão federal da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do

Homem: uma perspectiva histórico-crítica. Interface (Botucatu), v. 29, e240378, 2025. DOI: 10.1590/interface.240378.

BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico n.º 33: mortalidade por suicídio e notificações de lesões autoprovocadas. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Portaria n.º 1.944, de 27 de agosto de 2009. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

CARTACAPITAL. Homens fogem do cuidado emocional e só 29% buscam psicologia. CartaCapital, 21 dez. 2025. Disponível em: https://www.cartacapital.com.br. Acesso em: 15 maio 2025.

CNN BRASIL. 68% dos brasileiros sentem-se ansiosos e menos da metade busca ajuda, diz pesquisa. CNN Brasil, 13 jun. 2024. Disponível em: https://www.cnnbrasil.com.br. Acesso em: 15 maio 2025.

CONNELL, R. W. Masculinities. Berkeley: University of California Press, 1995.

CORDEIRO, S. V. L. et al. Atenção básica à saúde masculina: possibilidades e limites no atendimento noturno. Escola Anna Nery, v. 18, n. 4, 2014.

COSTA, F. S. Determinantes de saúde e associação com transtornos mentais comuns entre homens de cidade do interior de São Paulo – SP. 2019. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) — Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2019.

COURTENAY, W. H. 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, 2000.

ENCENA SAÚDE MENTAL. Os desafios da saúde mental que ainda são um dilema para o universo masculino. (En)Cena – A Saúde Mental em Movimento, 2023. Disponível em:

https://encenasaudemental.com. Acesso em: 15 maio 2025.

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

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F.; ARAÚJO, F. C. 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, v. 23, n. 3, Rio de Janeiro, 2007.

GOVERNO DO TOCANTINS. Fortalecimento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Palmas: Governo do Estado do Tocantins, 2012. Disponível em: https://central3.to.gov.br/arquivo/494605/. Acesso em: 15 maio 2025.

HOSPITAL SANTA MÔNICA. Quais os índices de suicídio no Brasil? Fique por dentro dos dados. 8 jul. 2024. Disponível em: https://hospitalsantamonica.com.br. Acesso em: 15 maio 2025.

IBGE — INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Tábua completa de mortalidade para o Brasil 2023. Rio de Janeiro: IBGE, 2023.

IBGE — INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Tábua completa de mortalidade para o Brasil 2024. Rio de Janeiro: IBGE, 2024.

JORNAL OPÇÃO. Homens vivem menos: entenda por que a expectativa de vida deles é de até seis anos menor que a das mulheres. Jornal Opção, 30 nov. 2025. Disponível em: https://www.jornalopcao.com.br. Acesso em: 15 maio 2025.

MINAYO, M. C. S.; MENEGHEL, S. N.; CAVALCANTE, F. G. Suicídio de homens idosos no Brasil. Ciência e Saúde Coletiva, v. 17, n. 10, p. 2665-2674, 2012.

OMS — ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Suicide worldwide in 2019: global health estimates. Geneva: WHO, 2021.

OMS — ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. World mental health report: transforming mental health for all. Geneva: WHO, 2022.

OPAS — ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. Suicide mortality in the Americas: regional report. Washington, D.C.: PAHO, 2021.

P2 SAÚDE. Novembro Azul e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH): fortalecendo o cuidado masculino no SUS. 4 nov. 2024. Disponível em: https://p2saude.com.br. Acesso em: 15 maio 2025.

PAULA, M.; ROCHA, R. A masculinidade tóxica e seus impactos na vida dos gays dentro das organizações. Revista Ciências do Trabalho, n. 13, p. 125-136, 2019.

PERFIL.COM. Por que homens morrem mais do que mulheres no Brasil? Perfil.com, 25 out. 2024. Disponível em: https://brasil.perfil.com. Acesso em: 15 maio 2025.

REVISTA FOCO. Análise do perfil suicida nos últimos 10 anos: Brasil, Minas Gerais. Revista Foco, 30 jul. 2025. DOI: disponível em https://ojs.focopublicacoes.com.br/foco/article/view/9335. Acesso em: 15 maio 2025.

REVISTA MULTIDISCIPLINAR EM SAÚDE. Saúde mental masculina e suicídio no Brasil. v. 4, n. 2, 2023. Disponível em: https://ime.events/epidemion2023/pdf/24915. Acesso em: 15 maio 2025.

REVISTA PSICOFAE. Saúde mental masculina: um estudo sobre a procura por auxílio profissional. Revista PsicoFAE: Pluralidades em Saúde Mental, 13 fev. 2023. Disponível em: https://revistapsicofae.fae.edu/psico/article/view/397. Acesso em: 15 maio 2025.

RIBEIRO, D. B. et al. Saúde dos homens: abordagem na formação de enfermeiros. Revista Enfermagem UERJ, v. 22, n. 4, p. 540-545, 2015.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. Saúde do homem. Porto Alegre: SES/RS, 2025. Disponível em: https://saude.rs.gov.br/saude-do-homem. Acesso em: 15 maio 2025.

SAÚDE E PESQUISA. Mortalidade masculina por causas externas em três agregados ecológicos (Brasil, Mato Grosso do Sul e Campo Grande), 2010 a 2019. Saúde e Pesquisa, 2024. Disponível em: https://periodicos.unicesumar.edu.br. Acesso em: 15 maio 2025.

SCHUCK, F. W. et al. A influência da pandemia de COVID-19 no risco de suicídio. Brazilian Journal of Health Review, 2020.

SCIELO. Mortalidade masculina por causas externas em Minas Gerais, Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/HCdJjwFpzpRXvLNmjSbkDkj/. Acesso em: 15 maio 2025.

SCIELO. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: 15 anos de importantes avanços e persistentes desafios. Interface (Botucatu), v. 29, supl. 1, e250258, 2025. DOI: 10.1590/interface.250258.

SENADO FEDERAL. Saúde mental dos homens em foco diante do aumento de casos de suicídio. Rádio Senado, 12 set. 2025. Disponível em: https://www12.senado.leg.br. Acesso em: 15 maio 2025.

SILVA, A. Masculinidade e identidade: entre a força e a fragilidade. Cadernos de Pesquisa, v. 36, n. 127, 2006.

TJDFT — TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO DISTRITO FEDERAL E TERRITÓRIOS. Setembro Amarelo 2025: se precisar, peça ajuda! Brasília: TJDFT, 2025. Disponível em: https://www.tjdft.jus.br. Acesso em: 15 maio 2025.

TRIBUNA DO SERTÃO. Saúde mental dos homens no Brasil expõe ligação direta com violência. 29 set. 2025. Disponível em: https://www.tribunadosertao.com.br. Acesso em: 15

maio 2025.

UNINASSAU. Psicólogo ressalta a importância da saúde mental masculina. 10 dez. 2024. Disponível em: https://www.uninassau.edu.br. Acesso em: 15 maio 2025.

ZANELLO, V. et al. Depressão e masculinidades: uma revisão sistemática da literatura. Redalyc, 2014. Disponível em: https://www.redalyc.org/pdf/2871/287148579008.pdf. Acesso em: 15 maio 2025.