Revista Eletrônica
Acervo Saúde
Electronic Journal Collection Health ISSN 2178-2091

Saúde mental e o perfil de morbimortalidade do homem no Brasil: uma pesquisa documental entre 2009 e 2024

Mental health and the morbidity and mortality profile of men in Brazil: a documentary study between 2009 and 2024

Salud mental y perfil de morbilidad y mortalidad de los hombres en Brasil: un estudio documental entre 2009 y 2024

Alex da Silva Sousa[1], Maria de Jesus Dutra dos Reis[1].

RESUMO

Objetivo: Analisar indicadores de saúde mental e o perfil de morbimortalidade masculina entre indivíduos de 20 a 59 anos no Brasil entre 2009 e 2024. **Métodos:** Estudo é retrospectivo, analítico, observacional e transversal, com abordagem quantitativa, utilizando dados coletados na plataforma online e pública do DATASUS. **Resultados:** Quanto ao indicador saúde mental:violência autoinfligida, abuso de substâncias e transtornos mentais foram identificados como as principais causas de morbimortalidade masculina. Quanto ao perfil de morbimortalidade: causas externas, como lesões e violência, foram responsáveis pelas maiores taxas de hospitalização masculina, principalmente entre os homens mais jovens (20 a 39 anos), enquanto doenças crônicas circulatórias e digestivas predominaram entre os homens mais velhos (50 a 59 anos). **Conclusão:** Essas tendências permaneceram estáveis ao longo do período analisado, revelando desafios persistentes para a saúde pública. Promover a saúde mental, prevenir a violência e reduzir doenças crônicas requer estratégias intersetoriais, atenção às desigualdades sociais e incentivo à mudança comportamental.A psicologia inserida na atenção primária à saúde desempenha um papel central na promoção do autocuidado, do envelhecimento saudável e na ampliação do acesso aos serviços de saúde.

Palavras-chave: Saúde do homem, Saúde mental, Morbidade e mortalidade.

ABSTRACT

Objective: To analyze mental health indicators and the male morbidity and mortality profile among individuals aged 20 to 59 in Brazil between 2009 and 2024. **Methods**: This is a retrospective, analytical, observational, and cross-sectional study with a quantitative approach, using data collected from the public online DATASUS platform. **Results:** Regarding the mental health indicator, self-inflicted violence, substance abuse, and mental disorders were identified as the main causes of male morbidity and mortality. Regarding the morbidity and mortality profile, external causes, such as injuries and violence, were responsible for the highest male hospitalization rates, mainly among younger men (20 to 39 years old), while chronic circulatory and digestive diseases predominated among older men (50 to 59 years old). **Conclusion:** These trends remained stable throughout the analyzed period, revealing persistent public health challenges. Promoting mental health, preventing violence, and reducing chronic diseases requires intersectoral strategies, attention

[1] Universidade Federal de São Carlos (UFSCAR), São Carlos – SP.

SUBMETIDO EM: 10/2025 | **ACEITO EM: 11/2025** | **PUBLICADO EM: 12/2025**

to social inequalities, and encouraging behavioral change. Psychology, as part of primary health care, plays a central role in promoting self-care, healthy aging, and expanding access to health services.

Keywords: Men's health, Mental health, Morbidity and mortality.

RESUMEN

Objetivo: Analizar los indicadores de salud mental y el perfil de morbimortalidad masculina entre individuos de 20 a 59 años en Brasil entre 2009 y 2024. **Métodos:** El estudio es retrospectivo, analítico, observacional y transversal, con un enfoque cuantitativo, utilizando datos recopilados en la plataforma pública en línea del DATASUS. **Resultados:** En cuanto al indicador de salud mental: la violencia autoinfligida, el abuso de sustancias y los trastornos mentales fueron identificados como las principales causas de morbimortalidad masculina. En relación con el perfil de morbimortalidad: las causas externas, como lesiones y violencia, fueron responsables de las mayores tasas de hospitalización masculina, especialmente entre los hombres más jóvenes (20 a 39 años), mientras que las enfermedades crónicas circulatorias y digestivas predominaron entre los hombres de mayor edad (50 a 59 años). **Conclusión:** Estas tendencias se mantuvieron estables a lo largo del período analizado, revelando desafíos persistentes para la salud pública. Promover la salud mental, prevenir la violencia y reducir las enfermedades crónicas requiere estrategias intersectoriales, atención a las desigualdades sociales y fomento del cambio de comportamiento. La psicología integrada en la atención primaria de salud desempeña un papel central en la promoción del autocuidado, del envejecimiento saludable y en la ampliación del acceso a los servicios de salud.

Palabras clave: Salud del hombre, Salud mental, Morbilidad y mortalidad.

INTRODUÇÃO

O termo saúde do homemtem sido recorrentemente utilizado para se referir aos problemas de saúde física e mental que estão significativamente relacionados aos indivíduos homens; se refere às diferenças nas necessidades de saúde e cuidados demandados por jovens e adultos do gênero masculino, que vão muito além das questões reprodutivas. Compreende- se que fatores biológicos, psicológicos e culturais contribuem para as diferenças de gênero na saúde. Os comportamentos de risco para a saúde assumidos por muitos homens são abordados em muitas literaturas sob a perspectiva de modelos de masculinidade, oriundos da teoria social de gênero. Muitas vezes os estudos em saúde do homem são desenvolvidos com a seguinte organização temática: mortalidade, morbidade, comportamento e saúde, masculinidade e saúde, disparidades de gênero e saúde (WHITE A, et al., 2023; MARTINÉZ T, et al.,2025).

A saúde do homem é uma área em constante evolução que ultrapassa os limites das condições biológicas masculinas, como o câncer e as disfunções sexuais. Esta área incorporou uma concepção mais ampla a respeito da saúde, sobretudo pela inserção de categorias como comportamentos risco e proteção, estilo de vida, determinantes sociais e culturais. Parece existir alguns indicadores de saúde que demonstram que os homens mantêm significativa diferença no cuidado com sua saúde e na vulnerabilidade às formas de adoecimento, quando comparado a indivíduos do sexo feminino (HOUMANLN et al., 2020).

Recorrentemente há na literatura a constatação de que os homens se expõem com maior frequência à comportamentos de risco, sugere-se que os modelos de masculinidade chamados de hegemônicos predispõem os homens a mais comportamentos de risco que de proteção (Levant e Wimer, 2014), tais como: dificuldade de verbalizar suas emoções e facilidade para demonstrar raiva e outros sentimentos destrutivos (DeSantis et al. 2024), maior probabilidade de cometer suicídio (Eggenberger et al. 2024), consumo abusivo de álcool (Zanchetta et al. 2023), comportamento sexual de risco (Jepsen et al. 2024) e engajar-se em diversos tipos de violência ao longo das suas vidas (O'DONNELL S, et al. 2024).

Com exemplos deste processo pode-se citar ainda a pesquisa de Lataour e Granier (2022) que investigaram a influência da percepção de gênero masculino de profissionais bombeiros como um fator explicativo para os comportamentos de risco dos trabalhadores. Nos principais resultados identificaram que

a percepção masculina destes profissionais tem correlação com a avaliação de comportamentos de risco, sentimentos de autoeficácia na direção e comportamentos de risco. Os resultados também mostram que bombeiros mais jovens e profissionais relataram mais comportamentos de risco físico.

Por sua vez, a pesquisa conduzida por Fervant A, et al. (2009) teve como objetivo avaliar se a crença no modelo de masculinidade tradicional associa-se a comportamentos de risco autorrelatos e a atitudes negativas em relação à busca por ajuda psicológica. Evidenciaram que a crença em um modelo de masculinidade extremado foi preditora de comportamentos de risco, mas não foi capaz de predizer a refratariedade da amostra em buscar auxílio psicológico.

Em reconhecimento à esta problemática a *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem* (PNAISH) foi instituída, no âmbito nacional através do Sistema Único de Saúde (SUS), com a publicação da portaria Nº 1.944, de 27 de agosto de 2009, concentrando seu foco de ação em homens com idade entre 20 e 59 anos. Estabelece a Atenção Primária em Saúde (APS), com as ações de promoção de saúde e prevenção de doenças, enquanto nível estratégico de operacionalização desta política (BRASIL, 2009). Antes da publicação da portaria as ações em saúde do homem consistem basicamente em ações de caráter curativas, biomédicas, através da medicalização de doenças

A publicação da referida portaria constitui um marco histórico, que representa uma mudança paradigmática crucial na reorientação dos serviços de saúde que atendem esta população. Sua publicação consolidou o reconhecimento de que os agravos à saúde de homens colocam-se como um inegável problema de saúde pública no país, compondo de forma permanente a agenda deste setor. Um dos principais desafios desta política é justamente promover a mobilização da população masculina na luta e garantia do seu direito à saúde, tornando-os protagonistas deste processo (BRASIL, 2008).

O Brasil é o único país da América Latina com uma política de saúde específica para a população masculina. O objetivo da PNAISH é promover a melhoria das condições de saúde da população masculina brasileira, contribuindo, de modo efetivo, para a redução da morbidade e da mortalidade dessa população, abordando de maneira abrangente os fatores de risco e vulnerabilidades associados. Através da promoção do acesso a serviços de saúde abrangentes e ações preventivas, a política busca também reconhecer e respeitar as diversas manifestações de masculinidade (BRASIL, 2008).

Este artigo apresenta como objetivo: analisar indicadores de saúde mental e o perfil de morbimortalidade da população masculina no brasil, na faixa etária de 20 a 59 anos, entre os anos de 2009 e 2024. As perguntas de partida a serem respondidas são: Quais são os principais indicadores de saúde mental desta população? Quais as principais causas de hospitalização e óbito? No período considerado, houve mudanças nestes indicadores? Estas mudanças são estatisticamente significativas? Para tanto, conduziu-se uma pesquisa com coleta de dados do tipo documental.

MÉTODOS

Design metodológico

Em relação ao delineamento metodológico, este estudo é retrospectivo, analítico, observacional e transversal, com abordagem quantitativa, utilizando dados coletados de um banco de dados documental online disponível publicamente. O estudo empregou uma abordagem quantitativa para analisar os dados coletados.

Local de coleta de dados

O DATASUS disponibiliza informações que podem servir para subsidiar análises objetivas da situação sanitária, tomadas de decisão baseadas em evidências e elaboração de programas de ações de saúde. Tais dados incluem morbidade, incapacidade, acesso a serviços, qualidade da atenção, condições de vida e fatores ambientais passaram a ser métricas utilizadas na construção de indicadores de Saúde, que se traduzem em informação relevante para a quantificação e a avaliação das informações em saúde (Datasus, 2025).

No DATASUS os dados foram coletados considerando suas taxas (cálculo por 100 mil habitantes) entre os anos de 2009 e 2024, sendo eles:

1. Sobre o indicador de saúde mental: as três maiores taxas de internação e de mortalidade hospitalar por motivos de saúde mental.

2. sobre o indicador de internação: as taxas das cinco principais causas de internações hospitalares de homens, desagregadas por capítulo do CID 10 e por faixa etária.

3. Sobre o indicador mortalidade: as taxas das cinco principais causas de mortalidade hospitalar de homens, desagregadas por capítulo do CID 10 e por faixa etária.

Análise dos dados

Os dados serão analisados utilizando-se abordagem quantitativa. Para os dados referentes à saúde mental e às cinco principais causas de internação e mortalidade masculina, além da estatística descritiva, procedeu-se ainda com a estatística inferencial.

Calculou-se inicialmente a normalidade destes dados utilizando-se o teste de Shapiro Wilk, recomendado para testagem de amostragem pequena. Considerando-se que ao nível de 95% de confiança e um *p value* < 0,05 não há evidências amostrais de normalidade. Por isso escolheu-se o teste de Mann-Whitney para testar a hipótese das diferenças entre as médias das taxas destas variáveis demonstraram significância estatística. O teste de significância entre as médias das taxas foi realizado somente com aquelas variáveis que se repetiram consistentemente entre os anos de 2009 e 2024.

RESULTADOS

Quanto à variável 1, indicadores de saúde mental na hospitalização e óbito, a **Tabela 1** demonstra que no intervalo de tempo pesquisado, as três principais causas se mantiveram as mesmas, consistemente entre 2009 e 2024. As maiores taxas foram para internações do capítulo CID 10 F-10 (2009 taxa de 45.877 e 2024 taxa de 21.161). Este CID inclui várias categorias, como intoxicação aguda, uso nocivo, síndrome de dependência, síndrome de abstinência, síndrome de abstinência com delirium, transtorno psicótico, síndrome amnésica e outros transtornos.

Em segundo lugar tem-se internações do capítulo F30 à F38 (2009 taxa de 14.207 e 2024 taxa de 18.926). Este CID inclui várias categorias como: episódios maníacos, transtorno afetivo bipolar, episódios depressivos, transtorno depressivo recorrente e transtornos de humor persistentes. Em terceiro, tem-se óbitos do CID X60 à X84 (2009 taxa de 5.860 e 2024 taxa de 10.098). Este CID inclui várias categorias como lesões autoprovocadas intencionalmente e as sequelas resultantes.

Tabela 1 - Distribuição de internações e óbitos entre homens de 20 a 59 anos, Brasil, 2009 e 2024 por motivos de saúde mental.

2009	20-29	30-39	40-49	50-59	Total	2024	20-29	30-39	40-49	50-59	Total
Óbito: X60 até X84*	1.815	1.610	1.461	974	5.860	Óbito: X60 até X84*	2.806	2.873	2.466	1.953	10.098
Internação: F-10**	4.783	13.191	17.730	10.173	45.877	Internação: F-10**	1.716	4.579	7.832	7.034	21.161
Internação: F30 até F38***	3.353	4.045	4.115	2.704	14.217	Internação: F30 até F38***	5.869	5.412	4.411	3.234	18.926

Nota: *Abrangem lesões autoprovocadas intencionalmente e as sequelas resultantes; **Inclui várias categorias, como intoxicação aguda, uso nocivo, síndrome de dependência, síndrome de abstinência, síndrome de abstinência com delirium, transtorno psicótico, síndrome amnésica e outros transtorno; *** Estes códigos abrangem diversas categorias, como episódios maníacos, transtorno afetivo bipolar, episódios depressivos, transtorno depressivo recorrente e transtornos de humor persistentes. **Fonte:** Sousa AS e Reis MJD, 2025.

Em diversos continentes evidencia-se consistentemente baixos níveis de utilização de serviços de saúde mental entre homens adultos. Acredita-se que muitas consequências adversas do sofrimento mental, como o uso indevido de drogas, a automutilação e o suicídio, poderiam ser evitadas com intervenção apropriadas

em serviços de prevenção de saúde mental. Em muitos países, por exemplo, as taxas de suicídio são entre três e cinco vezes maiores entre homens do que entre mulheres e, ainda assim, os homens são diagnosticados com depressão e transtornos de humor em uma taxa muito menor (LOK R e LAW Y, 2025).

Em todo o mundo, mais de 1 em cada 10 homens adultos sofrem de algum tipo de problema de saúde mental, incluindo depressão, ansiedade, esquizofrenia e transtorno bipolar. A teoria da masculinidade hegemônica explica como certas formas de masculinidade se tornam culturalmente dominantes dentro de uma sociedade, estabelecendo normas tradicionais de masculinidade que definem o comportamento masculino "aceitável ou ideal". Essas normas tradicionais de masculinidade são frequentemente associadas à supressão ou desvalorização emocional, que desencoraja os homens a expressarem vulnerabilidade ou emoções como a tristeza (SHEPHERD G, et al., 2023).

Tais padrões hegemônicos de masculinidade têm sido citados como fatores que contribuem para a hesitação dos homens em discutir questões de saúde mental ou em buscar assistência de profissionais de saúde mental. Isso pode ser compreendido por meio dos padrões sociais e culturais predominantes que, ao longo dos anos, moldaram as abordagens dos homens em relação ao seu bem-estar. Então quando os homens compartilham problemas relacionados à sua saúde mental podem ser descritos como fracos e femininos. Por isso, buscar ajuda ou se manifestar traz o perigo de ser ridicularizado e categorizado como "não homem o suficiente" por outros homens e mulheres (MOKHWELEPA L e SUMBANE G, 2025).

A respeito dos resultados sobre as variáveis 2 e 3 das cinco principais causas de internação e mortalidade hospitalar de homens, desagregadas por capítulo do CID 10 e por faixa etária, a **Tabela 2** demonstra os dados obtidos. De acordo com a **Tabela 1**, nota-se que as causas descritas no cap. XIX. Envenenamento e outras causas externas violentas se manteve de forma consistente entre 2009 (taxa de 401.417) e 2024 (taxa de 697.007) como a principal causa de internação hospitalar nesta população. Respectivamente, as demais causas observadas, de forma sistemática entre 2009 e 2024, foram: em segundo lugar, tem-se as causas do capítulo Cap. XI. Doenças do aparelho digestivo, na terceira posição vê-se as causas do Cap. IX. Doenças do aparelho circulatório, no quarto lugar Cap. I. Doenças infecciosas e parasitárias.

Desagregando este dado por faixa etária, observa-se que as internações causadas pelos motivos do cap. XIX. Envenenamento e outras causas externas violentas foi maior entre 30-39 anos em 2009 (taxa de 109.511), também em 2024 (184.436). Este dado se altera na faixa etária de 50-59 anos, na qual a principal causa de internação em 2009 foi a contida no Cap. IX. Doenças do aparelho circulatório (taxa de 118.164). Nesta mesma faixa etária, em 2024, a principal causa das internações foi a contida no Cap. XI. Doenças do aparelho digestivo (134.909).

Ainda na **Tabela 2** é possível observar os dados sobre a mortalidade hospitalar desta população. Sobre este indicador evidenciou-se que as causas descritas no Cap. IX. Doenças do aparelho circulatório apresentou a maior taxa em 2009 (taxa de 12.332). Já em e 2024 a maior taxa foi referente às causas do Cap. I. Doenças infecciosas e parasitárias (17.603). As causas da mortalidade do Cap. XIX. Envenenamento e outras causas externas violentas obteve a quarta maior taxa de mortalidade hospitalar em 2009 (taxa de 2.004) e em 2024 (taxa de 11.218).

Ao desagregar o dado pela idade, pode-se afirmar que as causas descritas no Cap. IX. Doenças do aparelho circulatório apresentou a menor taxa no grupo etário de 30-39 anos tanto em 2009 (taxa de 1.331) quanto em 2024 (taxa de 1.294) e a maior taxa no grupo de 50-59 anos, em 2009 (taxa de 7.018) em 2024 (taxa de 8.421). Já as causas de mortalidade contidas no Cap. I. Doenças infecciosas e parasitárias constata-se a mesma tendência nos dois anos, taxa maior faixa etária de 50-59 anos e menor na taxa em homens mais jovens, 20-29 e 30-39. Quanto à causa de mortalidade hospitalar contida no Cap. XIX. Envenenamento e outras causas externas violentas, nota-se que apresentou a maior taxa em 2009 no grupo de 20-29 anos (taxa de 3.155) e menor no grupo de 50-59 (taxa de 2.004), tendência que se mantém em 2024, pois neste ano a maior e a menor taxa permanecem, respectivamente, nos mesmos grupos etários notados em 2009.

Tabela 2 - Distribuição de internações e óbitos entre homens de 20 a 59 anos por capítulo da CID-10, Brasil, 2009 e 2024.

Internação											
2009	**20-29**	**30-39**	**40-49**	**50-59**	**Total**	**2024**	**20-29**	**30-39**	**40-49**	**50-59**	**Total**
XIX	149.457	109.511	85.419	57.030	401.417	XIX	212.980	184.436	169.087	130.504	697.007
XI	55.846	66.136	81.072	83.518	286.572	XI	55.991	79.009	112.979	134.909	382.888
IX	17.159	31.118	66.525	118.164	232.966	IX	13.429	28.322	67.746	133.705	243.202
I	44.083	43.746	44.163	39.056	171.048	I	32.713	38.842	49.049	58.070	178.674
V	43.491	47.492	43.544	23.755	158.282	II	13.631	19.058	37.908	78.046	148.643
Óbitos											
2009	20-29	30-39	40-49	50-59	Total	2024	20-29	30-39	40-49	50-59	Total
IX	670	1.331	3.313	7.018	12.332	I	1.600	2.741	4.841	8.421	17.603
I	1.295	2.480	3.510	4.014	11.299	IX	597	1.294	3.466	7.630	12.987
X	1.195	1.693	3.146	5.153	11.187	X	978	1.652	2.889	5.943	11.462
XIX	3.155	2.487	2.289	2.004	9.935	XIX	2.722	2.724	2.749	3.023	11.218
XI	578	1.380	2.986	4.131	9.075	II	674	1.006	2.698	6.656	11.034

Legenda: Cap. XIX. Envenenamento e outras causas externas violentas; Cap. XI. Doenças do aparelho digestivo; Cap. IX. Doenças do aparelho circulatório; Cap. I. Doenças infecciosas e parasitárias; Cap. V. Transtornos mentais e comportamentais; Cap II. Neoplasias; Cap. X. Doenças do aparelho respiratório; Cap. I. Doenças infecciosas e parasitárias; Cap. II. Neoplasias. **Fonte:** Sousa AS e Reis MJD, 2025.

Estes dados parecem apontar para a manutenção de uma tendência sobre o perfil de morbimortalidade da população masculina: A população mais jovem, de 20-39 anos, é sensivelmente vulnerável às causas de morbimortalidade oriundas da violência urbana e autoprovocada em diferentes modalidades. Já a população masculina mais velha, 50-59 anos, é, na sua maior parte, vulnerável à hospitalização e ao óbito por doenças crônicas, sobretudo do aparelho digestivo e circulatório, além das doenças infecciosas e parasitárias.

Sobre isto, o último levantamento oficialmente realizado pelo SUS em 2009 já evidencia esta tendência, demonstrando como o perfil de morbimortalidade masculina no Brasil apresenta especificidades de acordo com a faixa etária considerada. Destaca-se que, segundo o documento, a violência urbana e a autoprovocada, historicamente, já se mantinham como a principal causa de morbimortalidade da população jovem do país, dos 20 aos 39 anos. A respeito da população masculina mais velha, entre 50-59, também se observa uma tendência no seu perfil de morbimortalidade, desde 2009. A maior vulnerabilidade às doenças crônicas (transmissíveis e não transmissíveis), doenças do aparelho circulatório e digestivo também se mantém como as mais incidentes (BRASIL, 2009; SOUSA A, 2024). Este dado evidencia que, considerando os principais indicadores de morbimortalidade dessa população, não houve mudanças significativas no intervalo de tempo pesquisado.

Considera-se que a população brasileira ainda atravessa um momento de transição do seu perfil epidemiológico. Na sua generalidade, esta mudança se caracteriza por redução acentuada das causas ligadas às doenças infecciosas e parasitárias, com um aumento sensível das causas ligadas às doenças crônicas não transmissíveis, sobretudo as cardiovasculares. As causas ligadas às neoplasias e a violência externa ainda se mantêm em crescimento. Somado a isto, observa-se um aumento geral na longevidade da população e uma mudança na pirâmide etária, com redução da sua base, sinalizando diminuição da população mais jovem (MARTINS T, et al, 2021). A transição epidemiológica descrita parece não descrever adequadamente os dados observados nesta pesquisa sobre as condições de saúde da população masculina.

Sobre estes dados é fundamental considerar os determinantes sociais em saúde. Tais determinantes referem-se às condições dos ambientes onde as pessoas nascem, vivem, aprendem, trabalham, se divertem, praticam cultos religiosos e envelhecem que afetam uma ampla gama de resultados e riscos para a saúde, o funcionamento e a qualidade de vida (HINNANT A, et al., 2022). Afetam diretamente os resultados de saúde de uma dada população, identificando as desigualdades sociais que são mais frequentes, o conhecimento sobre tais determinantes é fundamental para promover a equidade em saúde e aprimorar o acesso à saúde de grupos populacionais (JEANNE A, 2024).

A literatura aponta que homens, em diferentes contextos socioeconômicos, apresentam menor adesão às práticas preventivas e buscam os serviços de saúde de forma tardia, geralmente em situações de agravo já instalado. Tal comportamento está associado a construções socioculturais que vinculam a masculinidade à invulnerabilidade e ao autocontrole, gerando barreiras simbólicas ao cuidado em saúde. Desse modo, a identidade de gênero, enquanto determinante social, exerce influência significativa sobre o autocuidado masculino e sobre a busca por assistência médica (Garfield et al, 2008).

É necessário reconhecer que os homens possuem determinantes sociais em saúde que os vulnerabilizam aos problemas de saúde descritos. Como exemplo disto tem-se as representações sociais sobre a masculinidade vigente que comprometem o acesso à atenção integral, bem como repercutem de modo crítico na vulnerabilidade dessa população à situações de serem vítimas e também perpetradores de violências (Brasil, 2008). Outros determinantes sociais introduzidos para reestruturar a área da saúde dos homens, de forma a reconhecer as iniquidades na saúde deste grupo e as questões sociais e comportamentais inseridas na relação de diferentes masculinidades com a saúde, são apontados justamente como a saúde de homens negros, indígenas, gays, bissexuais, transsexuais e oriundos de classes sociais menos favorecidas (Soares et al., 2024).

A saúde masculina é influenciada por um conjunto de determinantes sociais que abrangem aspectos socioeconômicos, culturais, ambientais e demográficos. Dentre esses, a faixa etária constitui um fator central, visto que o processo de envelhecimento e as diferentes fases do ciclo de vida masculino modulam a exposição a riscos, a vulnerabilidade a agravos e o acesso aos serviços de saúde (GARFIELD CF, et al. 2008).

Na juventude e na fase adulta inicial (aproximadamente 15 a 29 anos), os homens tendem a adotar comportamentos de risco mais acentuados, como maior prevalência de consumo de álcool, tabaco e outras substâncias psicoativas, além da maior propensão a práticas sexuais desprotegidas e a situações de violência interpessoal e acidentes. Essas condições contribuem para taxas elevadas de morbimortalidade por causas externas, configurando um desafio para políticas de promoção da saúde e prevenção de agravos (HAJI e IBRAHIM, 2025).

Na fase adulta intermediária (30 a 59 anos), observa-se o impacto cumulativo de hábitos de vida inadequados, aliado à exposição prolongada a estressores laborais e sociais. Esse período é marcado pelo aumento da incidência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como hipertensão arterial, diabetes mellitus, obesidade e doenças cardiovasculares, frequentemente diagnosticadas em estágios avançados, devido à baixa procura dos homens por serviços de atenção primária. Esse padrão de utilização dos serviços de saúde é condicionado (HAJI e IBRAHIM, 2025).

Por fim, na **Tabela 3** observa-se que o teste de hipóteses de Mann-Whitney evidenciou, ao nível de 0,05 de significância que há diferenças nas médias somente das seguintes variáveis entre 2009 e 2024: Internação por capítulo XIX CID 10, Óbito por capítulo XIX, Óbito por capítulo X60 - 84 CID 10 e Internação por capítulo F10 CID.

Tabela 3 - Resultados do teste U de Mann-Whitney comparando hospitalizações e mortes entre 2009 e 2024.

Variável	Hipóteses	Estatística do teste U	*P value*
Internação por capítulo XIX	Ho = Não há diferenças entre as médias da variável entre 2009 e 2024 Ha = Há diferenças entre as médias da variável entre 2009 e 2024	14,15	0,01*
Internação por capítulo XI		100,05	0,34
Internação por capítulo IX		26,00	0,15
Internação por capítulo I		39,00	0,58
Óbito por capítulo X		17,41	0,11
Óbito por capítulo XIX		51,00	0,05*
Óbito por capítulo X60 - 84		22,34	0,00*
Internação por capítulo F10		14,62	0,04*
Internação por capítulo F30 - 38		29,00	0,32

Legenda: **P value* > 0,05 significância estatística na diferença entre as media. **Fonte:** Sousa AS e Reis MJD, 2025.

DISCUSSÃO

A saúde mental masculina

A saúde mental masculina tem se consolidado como um campo de interesse crescente nas últimas décadas, em razão da alta prevalência de transtornos mentais e da elevada taxa de suicídio entre homens, quando comparados às mulheres. Apesar de avanços nas políticas públicas e na disseminação de informações sobre saúde mental, observa-se que os homens continuam apresentando dificuldades em buscar ajuda psicológica, muitas vezes devido a barreiras culturais, sociais e subjetivas que moldam sua identidade de gênero (GALVEZ-SÁNCHEZ C, et al., 2025).

Pode-se afirmar que ainda se mantém uma crise silenciosa na saúde mental masculina, representada principalmente pela maior prevalência de condições como o abuso de substância e transtornos ligados à impulsividade, maior propensão ao suicídio e, provavelmente, subnotificação dos casos de depressão. Além disso, os autores apontam que homens são menos propensos a reconhecer sintomas relacionados ao humor devido à não conformidade com noções dominantes de masculinidade e parecem ter uma tendência a reagir de modo distinto ao de mulheres quando enfrentam estresse psicológico (SILVA R e MELO M, 2021).

De acordo com Barata (2009) a construção do gênero masculino condiciona a expressão do sofrimento mental e as formas de gestão do autocuidado em homens. De acordo com o modelo da masculinidade hegemônica, os homens possuem menor facilidade para falar suas aflições e buscam menos serviços e saúde mental. Acrescente-se a isto a pressão pelo sucesso profissional e ganho financeiro, tornando-os mais vulneráveis a jornadas de trabalho extenuantes incompatíveis com o horário de funcionamento de muitos serviços de saúde mental.

Outro aspecto relevante refere-se às estratégias de enfrentamento utilizadas pelos homens diante de situações de estresse e sofrimento. Frequentemente, observa-se maior tendência à externalização dos sintomas, por meio da agressividade, da irritabilidade, da busca de comportamentos de risco e uso abusivo de diversas substâncias. Esse padrão contrasta com o que se observa em muitas mulheres, que tendem a buscar suporte social mais cedo, o que pode contribuir para diagnósticos e tratamentos precoces (NAGOSHI L, et al., 2025).

Quanto a possíveis variáveis responsáveis pela procura e não procura de homens pelos serviços de saúde mental, a pesquisa de Walger C e Gulin L (2022) levantou evidências importantes. Os resultados apontam que: a maioria dos respondentes já utilizou algum serviço em saúde mental; parte dos respondentes associa o acompanhamento psicológico à cura de doenças e não leva em consideração o aspecto preventivo e de promoção à saúde; os participantes têm dificuldade em pedir ajuda e exteriorizar sua vulnerabilidade; os participantes consideram conversas informais com amigos e livros de autoajuda como substitutos ao acompanhamento psicoterapêutico.

Nesse contexto, a psicologia desempenha papel essencial ao propor intervenções que ampliem o espaço de diálogo, desconstruindo padrões rígidos de masculinidade. Abordagens que favoreçam a psicoeducação, a escuta ativa e a validação das experiências emocionais contribuem para que os homens reconheçam e legitimem seus sofrimentos. Argumenta-se que as abordagens psicológicas para as próximas gerações devam flexibilizar estereótipos de gênero masculino hegemônicos, promovendo masculinidades diversas e saudáveis, favorecedoras do cuidado em saúde mental (SEIDLER R, et al., 2017).

É igualmente importante destacar a necessidade de políticas públicas voltadas à saúde mental masculina. Iniciativas que integrem práticas interdisciplinares, contemplando aspectos psicológicos, sociais e médicos, podem promover a integralidade no cuidado à saúde desta população. Campanhas de conscientização e a inserção do tema em programas de saúde da família, por exemplo, podem favorecer a criação de uma rede de suporte mais sólida. Neste sentido, a PNAISH ocupa função estratégica estabelecendo as diretrizes nacionais de assistência a esta população, por isso aponta-se para a necessidade de que a saúde mental de homens seja uma das prioridades desta política.

A violência como problema de saúde pública

Na perspectiva de Hamby H (2017) conceitualizar a violência é uma tarefa complexa, abordada principalmente pela psicologia social, psicologia da saúde e saúde pública. Uma definição abrangente da violência deve incluir quatro aspectos principais: a) intencionalidade, b) indesejabilidade, c) não essencial e d) prejudicial. Definições precisas sobre a violência podem aprimorar a vigilância, promover uma identificação mais precisa das causas e consequências, aprimorar a avaliação dos resultados e orientar o desenvolvimento de programas de prevenção.

A violência no Brasil impõe um impacto considerável na juventude, resultando também na perda significativa de anos potenciais de vida. Estas mortes refletem padrões de desigualdades que ainda se mantêm estruturais da sociedade brasileira: fatores como classe social, idade, raça e localização geográfica influenciam o risco de exposição à violência. O Brasil apresenta um elevado número de anos de vida perdidos por violência na população masculina jovem (AMADOR A, et al, 2025).

A violência constitui-se em um dos mais complexos e persistentes problemas de saúde pública contemporâneos, repercutindo de forma multidimensional sobre indivíduos, famílias e comunidades. Enquanto fenômeno social, apresenta determinantes estruturais vinculados às desigualdades sociais, econômicas, de gênero e raciais, ao mesmo tempo em que se expressa em comportamentos individuais e coletivos. O campo da saúde coletiva reconhece que a violência extrapola o âmbito jurídico e policial, demandando estratégias intersetoriais de prevenção e cuidado (DAHLBERGL e KRUG E, 2007).

Referente às formas de prevenção, no campo da saúde coletiva fortalece-se um modelo de prevenção por grupo alvo de interesse. Os principais aspectos deste modelo são: intervenções universais -abordagens direcionadas a grupos ou à população em geral sem considerar o risco individual; intervenções selecionadas -abordagens direcionadas a pessoas consideradas em alto risco de violência; intervenções indicadas - abordagens direcionadas a pessoas que já demonstraram comportamento violento (DAHLBERG L e KRUG E, 2007).

No Brasil o enfrentamento da violência juvenil é uma prioridade de saúde pública, dada sua prevalência, danos e custos para a sociedade. No entanto, o engajamento dos jovens aos serviços e instituições projetados para prevenir ou reduzir a violência ainda é um desafio. Evidências sugerem que ações como recrutamento de pessoal com experiência e qualidades adequadas, desenvolvimento de relacionamentos positivos entre profissionais e participantes, criação de um ambiente de serviço convidativo, incentivo ao engajamento de pares, garantia do apoio de pais/cuidadores, exploração de oportunidades de integração de serviços, inclusão proativa de grupos marginalizados e exploração de oportunidades digitais podem ser eficazes para aumentar a adesão destes jovens. (AXFORD N, et al., 2023).

As respostas institucionais ao problema exigem integração entre diferentes setores: saúde, educação, assistência social, segurança pública e justiça. Como exemplo disto, o Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, busca estruturar ações de vigilância, promoção e cuidado às vítimas. Na mesma direção, a notificação compulsória de casos de violência interpessoal e autoprovocada é um exemplo de ferramenta que possibilita dimensionar a magnitude do problema e orientar estratégias de prevenção.

A perspectiva da promoção da saúde propõe ações que vão além do atendimento imediato às vítimas. Intervenções comunitárias, fortalecimento de vínculos sociais, valorização da cultura da paz e investimentos em educação e inclusão social são estratégias reconhecidas na literatura como fundamentais para reduzir a incidência da violência, destaca-se a promoção de uma cultura da paz como uma estratégia fundamental para redução da violência escolar (SANTOS D, et al., 2024). Tais medidas contribuem para enfrentar as desigualdades estruturais que alimentam a perpetuação do fenômeno.

Portanto, como problematizado por Oliveira e Beretta (2023) a violência deve ser compreendida como um problema prioritário da saúde coletiva, cuja abordagem demanda estratégias integradas de vigilância, prevenção e cuidado. A consolidação de políticas públicas efetivas requer investimentos em pesquisa,

monitoramento contínuo e participação social. Somente por meio de uma ação intersetorial, centrada nos determinantes sociais da saúde e no fortalecimento de redes de proteção, será possível reduzir os impactos da violência e construir sociedades mais justas, seguras e saudáveis.

Promoção de saúde e prevenção de doenças crônicas

Considera-se que um dos principais fatores de risco para o surgimento das DCNT são o estilo de vida e os hábitos das pessoas, quando há comportamentos de risco como tabagismo, consumo de bebida alcoólica, inatividade física, alimentação inadequada e obesidade, mais chances os indivíduos possuem de desenvolvê-las, portanto elas são preveníveis e evitáveis (Monteiro et al. 2023). Intervenções para reduzir a exposição aos fatores de risco para as DCNTs poderiam reduzir entre 30% e 40% as mortes prematuras, prolongando os anos de vida das pessoas com índices de saúde mais satisfatórios (VINEIS P, et al., 2021).

As doenças crônicas representam a maioria das causas de morte e redução de qualidade vida em muitos países, embora acometa sujeitos de diferentes classificações socioeconômicas, considera-se que é mais frequente em sujeitos em vulnerabilidades sociais, ainda que residentes em países em desenvolvimento, perfil bastante consistente com o da presente amostra. A resposta à crise de DCNT tem como estratégia essencial o foco na prevenção primária, única abordagem capaz de garantir que as gerações futuras não corram o risco de morrer de forma prematura por causa dessas doenças. (GOULART F, 2011).

Diferentemente da promoção da saúde, a prevenção de enfermidades tem como objetivo a redução do risco de se adquirir uma doença específica por reduzir a probabilidade de que uma doença ou desordem venha a afetar um indivíduo (CZERESNIA D, 2003). A Prevenção primária é a ação tomada para remover causas e fatores de risco de um problema de saúde individual ou populacional antes do desenvolvimento de uma condição clínica. Inclui promoção da saúde e proteção específica, tais como: imunização, orientação de atividade física para diminuir chance de desenvolvimento de obesidade (BRASIL, 2013).

Para a prevenção de doenças crônicas, a APS desempenha um papel estratégico, pois possibilita a detecção precoce de fatores de risco e a implementação de intervenções preventivas. A APS atua como porta de entrada do sistema de saúde, constituindo o ponto inicial para o diagnóstico e o tratamento precoce de condições crônicas. Por meio de ações de promoção da saúde e de prevenção de doenças, a APS contribui para a redução da incidência e da prevalência de doenças crônicas na população. A intervenção precoce, facilitada pela proximidade e pelo vínculo estabelecido entre os profissionais de saúde e a comunidade, é um dos pilares para o sucesso na prevenção dessas enfermidades (Brito et al., 2024).

A atuação dos psicólogos na APS, com os usuários, dá-se pela realização de visitas domiciliares, atendimentos individuais, familiares e coordenação de grupos, podendo ser classificados em educativos/reflexivos e de socialização. Nestas atividades podem ser utilizados recursos audiovisuais, técnicas de dinâmica de grupo, discussões em grupos e trocas de experiências. A importância das ações do psicólogo na APS focar na interferência dos fatores de risco à saúde da população, visando a alcançar mudanças comportamentais que proporcionem melhor qualidade de vida (GORAYEB R, et al., 2012).

De acordo com Ribeiro (2015) do ponto de vista da psicologia da saúde, também é necessário abordar a construção de um envelhecimento ativo. Isso envolve estimular a participação em atividades sociais, culturais e comunitárias, que não apenas reduzem o isolamento social, mas também contribuem para a manutenção da saúde física e mental. O fortalecimento de vínculos e o engajamento em práticas de lazer constituem fatores protetivos que reduzem os riscos de declínio funcional e agravos crônicos.

Portanto, a promoção da saúde e a prevenção de doenças crônicas em homens mais velhos devem ser compreendidas como processos multidimensionais, que vão além da ausência de enfermidades. Envolvem a valorização do autocuidado, a superação de barreiras socioculturais e a ampliação do acesso a recursos de saúde e suporte social. Nesse cenário, a psicologia da saúde desempenha papel estratégico, ao intervir em aspectos comportamentais, emocionais e contextuais, para promover maior qualidade de vida e envelhecimento saudável para a população masculina

CONCLUSÃO

A partir desses dados considera-se que os objetivos do artigo foram alcançados adequadamente. Aponta-se como fragilidade metodológica a possibilidade de subnotificação dos dados, que hipoteticamente, pode ocorrer em decorrência de dificuldades na notificação e consolidação destas informações no DATASUS, desta forma considera-se possível que as taxas dos indicadores investigados possam ser maiores que as observadas. Conclui-se a partir deste trabalho que embora a saúde do homem seja um tema prioritário para as políticas públicas de saúde do Brasil e do mundo, os desafios para o alcance de mudanças nos agravos à saúde desta população ainda se mantém como um problema a ser enfrentado por toda a sociedade. Neste sentido o presente trabalho sugeriu o entendimento da violência como problema do setor da saúde, a prevenção de doenças crônicas não transmissíveis e o cuidado à saúde mental de homens como encaminhamentos possíveis para a transformação destes indicadores historicamente existentes.

REFERÊNCIAS

1. AMADOR A, et al. The lost youth in Brazil: potential years of life lost due to violent deaths according to immediate urban articulation regions. Cadernos de Saúde Coletiva, 2025;33(2):1-11.
2. AXFORD N, et al. Engaging youth at risk of violence in services: messages from research. Children and Youth Services Review, 2023;144(1):1-14.
3. Brasil. Ministry of Health, Secretariat of Health Care, Department of Strategic Programmatic Actions. National Policy for Comprehensive Attention to Men's Health (Principles and Guidelines). Brasília; 2008.
4. Brasil. Primary Care Notebooks: Screening. Ministry of Health. Secretariat of Health Care. Department of Primary Care. Brasília; 2013.
5. Brasil. Profile of male morbidity and mortality in Brazil. Ministry of Health. Brasília, DF; 2009.
6. BRITO M, et al. Prevention of chronic diseases in the context of primary health care. Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences, 2024;6(9):3888–3910.
7. CZERESNIA D, FREITAS CM. Health promotion: concepts, reflections, trends, 2003. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
8. DAHLBERG L, KRUG E. Violence: a global public health problem. Ciência & Saúde Coletiva, 2007;11(Sup):1163-1178.
9. DATASUS. Access to information – DATASUS. Accessed May 14, 2025.
10. DESANTIS AJ, et al. Emotional dysregulation, anger, and masculinity in men who have experienced lifetime sexual violence. Journal of Interpersonal Violence, 2024;11(29):1-15.
11. EGGENBERGER L, et al. Men's suicidal thoughts and behaviors and conformity to masculine norms: a person-centered, latent profile approach. Heliyon, 2024;10(20):e39094.
12. EPSEN D, et al. Patterns of sexual risk behaviors and sexuality-related risk factors among young adults in Germany: implications for prevention and therapy. Archives of Sexual Behavior, 2024;53(7):2671–2688.
13. GALVEZ-SÁNCHEZ C, et al. Exploring the role of masculinity in male suicide: a systematic review. Psychiatry International, 2025;6(1):35-55.
14. GARFIELD CF, et al. A review of men's health and masculinity. American Journal of Lifestyle Medicine, 2008;2(6):474–487.
15. GARFIELD CF, et al. A Review of Men's Health and Masculinity. American Journal of Lifestyle Medicine, 2008;2(6):474–87.
16. GORAYEB R, et al. Psychology in primary care: actions and reflections in a professional improvement program. Psicologia: Ciência e Profissão, 2012;32(3):674-685.
17. GOULART FA. Chronic noncommunicable diseases: control strategies and challenges for health systems, 2011. Pan American Health Organization – PAHO; World Health Organization.
18. HAJI M, IBRAHIM MI. The Determinants of Men's Health Behaviors: A Cross-Sectional Study Among Public Safety Personnel in Kelantan, Malaysia. Healthcare, 2025;13(3):291-302.

19. JEANNE A. The impact of social determinants on health outcomes. Research Invention Journal of Public Health and Pharmacy, 2024;3(2):10-13.
20. JUSTIN J, et al. Current and future trends in men's health clinics. Translational Andrology and Urology, 2020;9(2):22-48.
21. LEVANT RF, WIMER DJ. Masculinity constructs as protective buffers and risk factors for men's health. American Journal of Men's Health, 2013;8(2):110–120.
22. LOK R, LAW Y. Men's mental health service engagement amidst the masculinity crisis: towards a reconstruction of traditional masculinity. SSM – Qualitative Research in Health, 2025;8(1):1-15.
23. MAGRIN JC, OLIVEIRA WA. Men's Perceptions of Domestic Violence Against Women: A Qualitative Study. Paidéia, 2023;31(33):1–14. e3302.
24. MARTINS T, et al. Transition of morbidity and mortality in Brazil: a challenge for 30 years of SUS. Ciência & Saúde Coletiva, 2021;26(10):4483–4496.
25. MOKHWELEPA LW, SUMBANE GO. Men's Mental Health Matters: The Impact of Traditional Masculinity Norms on Men's Willingness to Seek Mental Health Support; a Systematic Review of Literature. American Journal of Men's Health, 2025;19(3):150-68.
26. MONTEIRO LZ, et al. Carneiro MDLA, Oliveira DMSD, Toledo JOD. High prevalence of risk factors for non-communicable diseases in university students of a nursing course. Cadernos Saúde Coletiva, 2023;31(10):1-11.
27. NAGOSHI L, et al. Experienced versus perpetrated intimate partner violence and psychological maladjustment: the role of adaptive and avoidant coping. International Journal of Environmental Research and Public Health, 2025;22(1):36–49.
28. O'DONNELL S, et al. Masculinity and violence interconnectedness: defining and reconciling the gender paradox among men with cumulative lifetime violence histories. SAGE Open, 2024;14(3):41-56.
29. SANTOS D, et al. The importance of preventing and combating school violence for building a culture of peace. Revista de Gestão e Secretariado, 2024;15(11):1-23.
30. SEIDLER E, et al. Men's mental health services: the case for a masculinities model. The Journal of Men's Studies, 2018;26(1):92–104.
31. SHEPHERD G, et al. The challenges preventing men from seeking counselling or psychotherapy. Mental Health & Prevention, 2023;31(2):1-14.
32. SILVA R, MELO M. Masculinities and mental suffering: from singular care to confronting machismo? Ciência & Saúde Coletiva, 2021;26(10):4613-4622.
33. SOARES M, et al. Exploring men's health in medium and high complexity care in Brazil: A deductive thematic analysis of social determinants. Belitung Nursing Journal, 2024;28(2).
34. VERAS R. Chronic diseases and longevity: future challenges. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 2023;1(26):1-11.
35. VINEIS P, al. Strategy for primary prevention of non-communicable diseases (NCD) and mitigation of climate change in Italy. Journal of Epidemiology and Community Health, 2021;75(9):917-924.
36. WALGER C, GULIN L. Men's mental health: a study on seeking professional help. Pluralidades em Saúde Mental, 2022;11(2):1-16.
37. WHITE A. Defining "Men's Health." International Journal of Men's Social and Community Health, 2023;6(1):1-9.