

SAÚDE DO HOMEM: PERSPECTIVAS, POTENCIALIDADES E DESAFIOS PARA O ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE EM REGIÃO DE FRONTEIRA

MAN'S HEALTH: PERSPECTIVES, POTENTIALITIES AND CHALLENGES FOR ACCESS TO HEALTH SERVICES IN THE BORDER REGION

SALUD DEL HOMBRE: PERSPECTIVAS, POTENCIALIDADES Y DESAFÍOS PARA EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD EN UNA REGIÓN FRONTERIZA

**Daiani Scheffer¹, Carmen Justina Gamarra², Walfrido Kühl Svoboda³, Moisés Alves de Lima⁴,
Ronaldo Luiz Barboza⁵, Jefferson Kochinski Costa⁶**

DOI: 10.54899/dcs.v22i84.3678

Recibido: 29/10/2025 | **Aceptado:** 30/10/2025 | **Publicación en línea:** 26/11/2025.

RESUMO

Nas últimas décadas tem se notado uma crescente atenção sobre as questões relacionadas ao gênero masculino, principalmente no campo da Saúde Pública. A condição vulnerável da população masculina, em especial de regiões de fronteira desvelam opções de estudo na área de saúde pública, sempre com viés de promoção da saúde e prevenção de doenças. Evidente que homens de regiões de fronteira, por suas condições socioeconômicas e, culturais e ambientais, tem risco de elevação de problemas de saúde devido ao acesso limitado a serviços de atenção básica, aliado a comportamentos de risco, como o consumo elevado de álcool e tabaco, e à participação em atividades de trabalho de alto risco. Utilizou-se da pesquisa-ação para identificar e investigar nos discursos dos homens as possíveis demandas e subsídios à saúde do homem, voltadas para a prevenção e promoção da saúde. A coleta de dados ocorreu a partir de grupos de reflexão com homens de três municípios lindeiros ao lago da Usina Hidrelétrica de Itaipu do estado do Paraná, Brasil, e em abordagem por settings. O estudo proporcionou o desvelamento de potencialidade e desafios no contexto da saúde do homem, como também mudanças na vida dos participantes, gerando um espaço alternativo e solidário, de confiança e reflexão entre homens, possibilitando o reconhecimento de fraquezas, medos e limitações.

¹ Mestra em Políticas Públicas e Desenvolvimento pela Universidade Federal da Integração Latino-Americana (UNILA), Foz do Iguaçu, Paraná, Brasil. E-mail: daiani.scheffer.sc@gmail.com
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1853-0435>

² Pós-Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Universidade Federal da Integração Latino-Americana (UNILA). E-mail: carmen.gamarra@unila.edu.br
Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-4029-3859>

³ Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Londrina (UEL), Universidade Federal da Integração Latino-Americana (UNILA). E-mail: walfrido.svoboda@unila.edu.br Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-6320-4754>

⁴ Bacharel em Enfermagem, Must University, Florida, Estados Unidos. E-mail: lima181069@hotmail.com

⁵ Mestrando pelo Programa de Pós-Graduação em Sociedade, Cultura e Fronteiras, Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE), Foz do Iguaçu, Paraná, Brasil

⁶ Mestrando pelo Programa de Pós-Graduação Sociedade, Cultura e Fronteiras da Universidade Estadual do Paraná, Foz do Iguaçu, Paraná, Brasil. E-mail: jeffersonkochinski@hotmail.com

Palavras-chave: Saúde do Homem. Saúde Coletiva. Saúde Pública. Áreas de Fronteira.

ABSTRACT

In recente decades, there has been growing attention over questions related to male gender, especially in the field of Public Health. The vulnerable condition of the male population, especially in border regions, reveals options for study in the field of public health, always with a focus on health promotion and disease prevention. It is evident that men from border regions, due to their socioeconomic, cultural, and environmental conditions, are at increased risk of health problems because of limited access to primary care services, combined with risk behaviors such as high alcohol and tobacco consumption, and participation in high-risk work activities. Action research was used to identify and investigate in men's discourses the possible demands and supports for men's health, aimed at prevention and health promotion. The data collection took place through focus groups with men from three municipalities bordering the Itaipu Hydroelectric Dam lake in the state of Paraná, Brazil, and through a settings-based approach. The study revealed both the potential and challenges in the context of men's health, as well as changes in the participants' lives, creating an alternative and supportive space of trust and reflection among men, allowing the recognition of weaknesses, fears, and limitations.

Keywords: Men's Health. Collective Health. Public Health. Border Areas.

RESUMEN

En las últimas décadas se ha observado una creciente atención sobre las cuestiones relacionadas con el género masculino, principalmente en el ámbito de la salud pública. La situación vulnerable de la población masculina, especialmente en las regiones fronterizas, revela opciones de estudio en el ámbito de la salud pública, siempre con un enfoque en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades. Es evidente que los hombres de las regiones fronterizas, debido a sus condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales, corren el riesgo de sufrir un aumento de los problemas de salud debido al acceso limitado a los servicios de atención básica, junto con comportamientos de riesgo, como el consumo elevado de alcohol y tabaco, y la participación en actividades laborales de alto riesgo. Se utilizó la investigación-acción para identificar e investigar en los discursos de los hombres las posibles demandas y subsidios para la salud masculina, orientados a la prevención y promoción de la salud. La recopilación de datos se realizó a partir de grupos de reflexión con hombres de tres municipios ribereños del lago de la Central Hidroeléctrica de Itaipu, en el estado de Paraná, Brasil, y mediante un enfoque por entornos. El estudio permitió revelar el potencial y los retos en el contexto de la salud masculina, así como los cambios en la vida de los participantes, generando un espacio alternativo y solidario, de confianza y reflexión entre los hombres, que permitió reconocer debilidades, miedos y limitaciones.

Palabras clave: Salud del Hombre. Salud Colectiva. Salud Pública. Zonas de Frontera.



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución- NoComercial 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/)

INTRODUÇÃO

Segundo Mondardo & Staliano (2020), entre as décadas de 1970 e 1980, ocorreram mudanças significativas nos contextos social e econômico que influenciaram as políticas públicas de saúde no Brasil. O país herdou uma estrutura de saúde com pouca atenção às necessidades populacionais, sendo que, apenas em 1988, com a promulgação da nova Constituição Brasileira, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS). Este sistema estabeleceu a saúde como um direito universal de todos os cidadãos e a responsabilidade do Estado em garanti-la. Antes da criação do SUS, a população brasileira era dividida em três grupos distintos no acesso à saúde: “O Brasil dos que têm planos de saúde, o Brasil dos que, bem ou mal, são atendidos pela rede pública e o Brasil dos que, na prática, não têm acesso a nenhum tipo de socorro médico e padecem das doenças da miséria e da desinformação” (Pessini; Barchifontaine, 2002, p. 90).

Os estudos realizados distinguem-se por adotar dois conceitos principais na delimitação da fronteira brasileira: a faixa de fronteira e a linha de fronteira. A faixa de fronteira constitui uma zona de aproximadamente 150 km de extensão ao longo do limite internacional do Brasil, abrangendo um total de 588 municípios, conforme estabelecido na delimitação oficial prevista na Constituição Federal. Já a linha de fronteira corresponde à delimitação direta dos limites municipais que limitam-se com os países vizinhos, englobando um total de 121 municípios (Brasil, 1979; Castro; Rodrigues-Junior, 2012; Cerroni; Carmo, 2015). Esses conceitos assumem importância fundamental para compreender as diferentes abordagens de delimitação territorial adotadas no contexto de estudos geográficos, políticos e administrativos relativos às regiões fronteiriças brasileiras.

A vulnerabilidade da população masculina em regiões de fronteira tem sido objeto de diversos estudos na área da saúde pública, que ressaltam as fragilidades específicas enfrentadas por esses indivíduos devido às condições socioeconômicas, culturais e ambientais dessas áreas. Oliveira *et al.* (2018) ressaltam que homens residentes de regiões fronteiriças apresentam maior risco de desenvolver problemas de saúde devido ao acesso limitado a serviços de atenção básica, aliado a comportamentos de risco, como o consumo elevado de álcool e tabaco, e à participação em atividades de trabalho de alto risco.

Além disso, Souza Freitas *et al.* (2018) destacam que fatores como a mobilidade constante, a vulnerabilidade social e a ausência de políticas de saúde específicas para populações

fronteiras contribuem para a maior incidência de doenças infecciosas, transtornos mentais e condições crônicas não controladas nesta população.

Segundo Lima Lago (2021), a falta de serviços de atenção integral e a cultura de resistência ao cuidado de saúde entre os homens agravam ainda mais esses problemas, constituindo um desafio importante para as políticas públicas na região de fronteira. Esses estudos reforçam a necessidade de estratégias de intervenção que considerem as particularidades culturais, sociais e econômicas da população masculina residente nessas regiões, visando à redução da vulnerabilidade e ao fortalecimento do acesso aos serviços de saúde.

A invulnerabilidade masculina acrescido ao fato da invisibilidade de suas demandas pelos serviços de saúde no que diz respeito à organização dos serviços, têm contribuído com a ampliação da vulnerabilidade e mortalidade dos homens (Cavalcanti *et al.*, 2014).

Os homens revelam maior dificuldade em buscar assistência em saúde em razão dessa auto percepção de necessidades de cuidados, e pela noção de que esta é uma tarefa do feminino (Machin *et al.*, 2011).

A partir da Política Nacional de Atenção à Saúde do Homem (PNASH) em 2009, observa-se um olhar diferenciado para o homem na saúde pública. Nesse contexto, busca-se qualificar a assistência à saúde masculina na perspectiva de linhas de cuidado que resguardecam a integralidade a atenção primária para que ela não se restrinja somente a recuperação, garantindo sobretudo a promoção da saúde e a prevenção de agravos evitáveis (Brasil, 2009).

Entretanto, existem obstáculos ao acesso aos serviços de saúde tais como, a vergonha de se expor, espera por atendimento, falta de resolutividade das necessidades de saúde, dificuldades atribuídas ao regime de trabalho e incompatibilidade entre os horários de funcionamento dos serviços com a disponibilidade após suas atividades laborais, os quais fragilizam a atenção à saúde do homem (Brasil, 2009, P.47-48; Gomes *et al.*, 2012, P. 2591; Cavalcanti *et al.*, 2014, p. 629). Defende-se que não basta existir a Política de Saúde do Homem; a assistência à saúde masculina necessita adaptar-se às realidades locais, adequando as diretrizes e normas às reais necessidades da população em foco (Mendonça; Andrade, 2010).

Nesse sentido este estudo busca identificar e investigar nos discursos dos homens as possíveis demandas e subsídios à saúde do homem, voltadas para a prevenção e promoção da saúde.

REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico central desta obra fundamenta-se na teoria de gênero, compreendendo as questões de gênero como relações sociais historicamente construídas. Baseando-se na perspectiva de Joan Scott, que trata as questões de gênero como relacionais, os autores reconhecem que a saúde do homem não pode ser analisada apenas sob a ótica biológica, mas deve incorporar as dimensões sociais, culturais e políticas que moldam as experiências masculinas.

Connell (1995) é referência central ao identificar a existência de uma masculinidade hegemônica - padrão socialmente esperado onde o homem deve ser provedor, invulnerável e corajoso. Esta teoria explica como a internalização desses padrões impacta negativamente na saúde masculina, levando os homens a evitarem buscar cuidados preventivos e a negarem fragilidades. Conforme Oliveira (2004), essa masculinidade hegemônica é "simbólica, estruturante e partilhada coletivamente", auxiliando na construção social e presente no imaginário coletivo.

Decorre o reconhecimento, ainda, que existem múltiplas masculinidades, cujas variabilidades se relacionam com fatores como raça, classe social e contexto cultural. Este entendimento pluralista é fundamental para compreender as diferentes realidades dos homens e evitar generalizações na abordagem em saúde.

Sob outra perspectiva de compreensão, Santos (2010, p. 24 *apud* Korin 2001, p. 70) contribui com a discussão do significado de gênero ao dizer que “em vez de usar uma definição de gênero monolítica e estereotipada, é mais apropriado falar de masculinidades e feminilidades”.

Ponto de vista este a ser utilizado como princípio fundamental neste estudo, visto acreditarmos na diversidade de amplos modelos masculinos presentes atualmente na sociedade. Ao considerarmos um olhar ampliado sobre o masculino teremos uma maior possibilidade de transversalizar a temática sob diversos campos do saber. Existe então um consenso em considerar a existência de múltiplas formas do “ser homem”. Essa máxima é justificada pelo reconhecimento da diversidade de várias concepções sobre este assunto em diversas culturas, grupos e contextos históricos (Connell, 1995; Santos, 2010 *apud* Segal, 1997).

A pesquisa se insere no marco da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), instituída pela Portaria GM nº 1.944/2009. Esta política reconhece que os

homens enfrentam barreiras significativas para acessar serviços de saúde, resultando em indicadores preocupantes de morbimortalidade.

O referencial teórico articula teorias de gênero, políticas públicas de saúde, metodologias de intervenção comunitária e perspectivas críticas sobre as masculinidades. Ao propor grupos de reflexão realizados fora das unidades de saúde, a pesquisa reconhece que a transformação das práticas de cuidado com a saúde masculina requer não apenas mudanças nos serviços, mas também na forma como os homens são convidados a refletir sobre suas próprias experiências e construções identitárias. A abordagem proposta busca superar a mera medicalização da saúde do homem, promovendo espaços de diálogo que valorizem a subjetividade masculina e contribuam para a construção de novos modelos de cuidado e bem-estar.

METODOLOGIA

O presente estudo é um recorte de um Trabalho de Conclusão de Curso, que se encontra no repositório da Universidade da Integração Latino-Americana/UNILA, e caracteriza-se como um estudo descritivo e exploratório, de abordagem qualitativa, desenvolvido sob o delineamento da pesquisa-ação. Essa escolha metodológica deve-se ao fato de que o estudo buscou compreender percepções, significados e experiências de homens em diferentes contextos sociais, ao mesmo tempo em que promoveu processos reflexivos e de transformação individual e coletiva. Participaram do estudo cinquenta e cinco homens residentes em três municípios lindeiros ao lago da Usina Hidrelétrica de Itaipu, localizados no estado do Paraná: Foz do Iguaçu, São Miguel do Iguaçu e Serranópolis do Iguaçu.

Os participantes foram organizados em sete grupos distintos, conforme suas características socioculturais e ocupacionais: cinco estudantes universitários (Grupo I), treze trabalhadores terceirizados da área de manutenção predial de uma universidade local (Grupo II), cinco trabalhadores de uma oficina mecânica (Grupo III), sete homens afrodescendentes (Grupo IV), cinco integrantes do Movimento LGBT (Grupo V), quinze membros do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST) (Grupo VI) e cinco agricultores familiares (Grupo VII). A distribuição dos grupos ocorreu de forma que os grupos I, II, III, IV e V concentraram-se em Foz do Iguaçu, o grupo VI em São Miguel do Iguaçu e o grupo VII em Serranópolis do Iguaçu.

A coleta de dados foi realizada entre dezembro de 2016 e maio de 2017, por meio de doze encontros reflexivos com cada grupo. Esses encontros ocorreram em locais previamente

acordados com os participantes, buscando-se ambientes tranquilos e adequados ao diálogo coletivo, como salas de reunião da universidade, espaços comunitários e locais de convivência dos próprios grupos, como oficinas mecânicas. As reuniões foram audiogravadas e, posteriormente, transcritas integralmente. Para assegurar o anonimato e a confidencialidade dos participantes, as falas foram identificadas por meio de códigos alfabéticos correspondentes aos grupos (G1 a G7). Os encontros seguiram a abordagem por settings, previamente agendados conforme a conveniência dos participantes, realizados semanalmente e com duração média de quarenta e cinco minutos, todos acompanhados pela pesquisadora principal.

Os três primeiros encontros tiveram caráter introdutório, sendo destinados à apresentação da pesquisa, à integração dos grupos e à organização do cronograma e dos horários das reuniões. Nesse momento, os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme as diretrizes éticas estabelecidas pela Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. No primeiro encontro, foi apresentado um vídeo e uma notícia que abordavam o medo e o sofrimento de homens em diferentes contextos sociais, o que serviu de ponto de partida para uma discussão coletiva. No segundo encontro, foi utilizada a técnica lúdica do cabide, que consistiu na disponibilização de um cabide com diversas peças de roupas e acessórios, como turbantes, chapéus, lenços, colares e brincos. Cada participante escolheu elementos que julgava representativos de si e os pendurou no cabide, refletindo e compartilhando com o grupo os significados atribuídos a essas escolhas. A atividade possibilitou a discussão sobre expressão e identidade de gênero, incentivando a reflexão sobre padrões e construções sociais relacionados à masculinidade.

Nos encontros subsequentes, as conversas foram iniciadas com perguntas abertas relacionadas a acontecimentos recentes, geralmente retirados de noticiários locais ou nacionais, o que favoreceu um ambiente mais espontâneo e acolhedor. As discussões seguiram questões norteadoras implícitas, voltadas ao fortalecimento da autoestima, ao desenvolvimento de habilidades comunicativas e à promoção de ações coletivas voltadas ao bem-estar do grupo. Durante as reuniões, a pesquisadora realizou registros em diário de campo, destacando observações e falas significativas, especialmente aquelas relacionadas às categorias temáticas definidas para o estudo: Saúde, Trabalho, Violência, Política e Cidadania e Vivências em Grupos de Homens.

A análise dos dados foi conduzida por meio da Técnica de Análise de Conteúdo, na modalidade temática, conforme proposta de Bardin (2011). Essa técnica permite identificar e

interpretar núcleos de sentido que compõem as falas dos participantes, cuja presença ou frequência revelam significados relevantes para os objetivos da pesquisa. O processo analítico foi estruturado em três etapas: pré-análise, que envolveu a leitura flutuante e organização do material; exploração do material, com codificação e categorização das informações; e, por fim, tratamento e interpretação dos resultados, buscando-se compreender os significados emergentes à luz do referencial teórico e dos objetivos do estudo.

O estudo atendeu aos princípios éticos de pesquisa com seres humanos, garantindo o sigilo das informações, o respeito à autonomia dos participantes e o direito de desistência a qualquer momento, sem prejuízo. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e o projeto foi previamente submetido e aprovado por um Comitê de Ética em Pesquisa. Reconhece-se como limitação do estudo a restrição da amostra a três municípios e o caráter qualitativo e contextualizado da investigação, o que não permite generalizações estatísticas dos resultados. Entretanto, os achados possibilitam compreender de maneira aprofundada e situada os processos de reflexão sobre masculinidades e as dinâmicas de interação e transformação em grupos de homens.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A técnica do cabide mostrou que a percepção masculina com o corpo é de negação. O que pode levar à falta de higiene com o pênis, retração do quadril, que pode se associar a doenças diversas. Entre tais doenças cabe ressaltar o câncer de pênis que tem associação estreita com questões socioeconômicas, como baixa escolaridade, e higiene íntima inadequada, cerca de 1000 homens têm o pênis amputado parcial ou totalmente todos os anos, no país, a maioria, por falta de higienização adequada nessa região do corpo. Além, disso, a percepção masculina de negação do corpo pode propiciar comportamentos pouco saudáveis em exposição de um corpo violento. (Viggiano, 2017; Souza; Dourado, 2015).

O conteúdo das rodas de conversa foi transcrito, e através de leituras sistemáticas foram identificados aproximações e distanciamentos nos argumentos produzidos nas discussões.

Após esse exercício, construíram-se eixos para análise dos discursos: o primeiro eixo sobre a procura pelos serviços da rede pública de saúde; o segundo, sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH); o terceiro e último eixo, sobre os sentidos produzidos nos debates das rodas de conversa.

A interpretação de um discurso requer a explicitação dos sujeitos discursivos (público abordado) bem como os lugares que estes ocupam Maingueneau (2008), assim iniciamos caracterizando a amostra estudada. Destacamos que o estudo contou com a participação de 56 (100%) pessoas, sendo a maioria brasileiro 48 (87,3%), adultos jovens na faixa etária entre 31 a 40 (30,9 %) anos de idade, solteiros 27 (49,1%), heterossexual 50 (90,9%) e com escolaridade acima de nove anos, totalizando 55 homens (74,5%). (Tabela 1).

Tabela 1: Características dos homens que participaram do estudo segundo raça, estado civil, idade, escolaridade, orientação sexual e busca UBS. Foz do Iguaçu, São Miguel do Iguaçu e Serranópolis do Iguaçu, Paraná, 2017

Caraterísticas	Frequência	Porcentagem
Raça		
Branca	29	52,7
Parda	14	25,5
Negra	12	21,8
Estado civil		
Solteiro	27	49,1
Casado/com parceiro (a)	26	47,3
Viúvo/separado	2	3,6
Idade		
19 – 25	11	20,0
26 – 30	14	25,5
31 – 40	17	30,9
41 – 64	13	23,6
Escolaridade		
Fundamental incompleto	14	25,5
Fundamental completo	1	1,8
Médio incompleto	3	5,5
Médio completo	13	23,6
Sup. Incompleto	6	10,9
Sup. Completo	15	27,3
Técnico completo	3	5,5
Orientação sexual		
Heterossexual	50	90,9
Homossexual	5	9,1
Nacionalidade		
Brasileiro	48	87,3
Estrangeiro	7	12,7

Fonte: Elaborado pelos autores

Tabela 2: Frequência e estado civil dos homens que buscam UBS. Foz do Iguaçu, São Miguel do Iguaçu e Serranópolis do Iguaçu, Paraná, 2017

Estado Civil	Frequência	Porcentagem (%)
Às vezes	23	41,8
Solteiro	5	
Casado/com parceiro (a)	18	
Viúvo/separado	1	
Frequentemente	3	5,5
Solteiro	2	
Casado/com parceiro (a)	1	
Viúvo/separado	0	
Nunca	29	52,7

Solteiro	21
Casado/com parceiro (a)	8
Viúvo/separado	1

Fonte: Elaborado pelos autores

Em relação à procura por serviços de saúde, Gomes, Nascimento e Araújo (2007) destacam que homens com maior tempo de estudo, como aqueles que possuem curso superior, geralmente buscam mais os serviços, pois apresentam mais orientações para isso, enquanto homens com menor nível de escolaridade, quando apresentam alguma sintomatologia tendem a procurar medidas e tratamentos alternativos, como chás e automedicação.

Entre homens adultos jovens, de 40 a 45 anos, não há uma grande aproximação com os serviços de saúde, pois ainda os enxergam com desconfianças (Scraiber *et al.*, 2010; Couto *et al.*, 2010).

Observou-se que dos 55 participantes do estudo, 29 (vinte e nove) afirmaram nunca ter buscado a UBS, sendo 21 (vinte e um) solteiros, 8 (oito) casados e 1 (um) viúvo. Somente 3 buscavam frequentemente/sempre a UBS, sendo 1 (um) deles casado e os outros 2 (dois) solteiros e homossexuais. Os 23 restantes disseram buscar a Unidade Básica de Saúde às vezes, sendo 18 (dezoito) casados, 5 (cinco) solteiros e 1 (um) divorciado.

Nesta análise, os homens casados/com união estável foram os que relataram mais procurar os serviços de saúde.

Para Bakalar (2011), o fato dos homens casados ou com união estável procurarem mais a UBS do que o homem solteiro deve-se a influência da esposa, que possivelmente assume o papel de cuidadora e aconselhadora do marido. O autor refere o caso de um estudo norte-americano onde os homens casados mostraram maior rapidez em procurar o serviço de saúde quando comparados aos solteiros, esse fator aumentou significativamente a sobrevivência daqueles homens (Bakalar, 2011).

Um estudo qualitativo realizado pela Organização Pan-Americana da Saúde em nove países da América Latina (OPAS, 2002), incluindo o Brasil, mostrou que os homens adolescentes e jovens resistem a usar os serviços de saúde por não se sentirem à vontade. Eles têm vergonha e não contam com profissionais sensibilizados para as suas necessidades, similarmente aos achados nesse estudo, conforme discurso a seguir: “Eu não vou ao posto porque a gente não tem atenção” (G2). “Não me sinto acolhido” (G5).

O medo de adoecer é comum, independente do gênero, esse medo influencia na adesão aos serviços de saúde, uma vez que as pessoas têm receio de receber um diagnóstico de doença e

serem submetidos ao tratamento (Gomes; Nascimento; Araujo, 2007). Nesse sentido ao questionarmos os participantes sobre em quais circunstâncias eles procuravam os serviços de saúde, destacaram-se os relatos: “Mas eu só procuro quando estou passando muito mal. Quando preciso mesmo” (G1). “Quando eu vou pelo posto fazer algum exame é a minha ‘véia’ que vai marcar pra mim, eu pra falar a verdade nem sei o que é entrar lá na secretaria (G2)”. “Então a gente só vai quando tá precisando mesmo, eu só vou quando a mulher enche muito o saco ou ela vai atrás de marcar” (G7).

Constata-se que a procura pelos serviços de saúde pelos homens é devido à presença de alguma doença, ou quando as esposas, familiares agendam junto à UBS, ignorando as consultas de caráter preventivo.

Segundo Gomes, Nascimento e Araújo (2007), essa busca ocorre quando estes sentem dores insuportáveis ou quando se veem incapazes de exercerem as atividades laborativas, sendo relevante também à procura para exames adicionais exigidos pelas empresas. Os autores destacam que a baixa demanda dos homens nos serviços de saúde está ligada ao fato dos mesmos se sentirem invulneráveis aos agravos, à ocupação do tempo com o trabalho e também o medo de descobrirem alguma doença, entre outros motivos.

Os relatos a seguir justificam essa afirmação: “O homem teve desde sua infância, que é forte, é resistente, não pode ficar doente por gripe, e etc. Eu só vou mesmo quando me acidento, se estou muito mal a ponto de não encontrar a solução sozinho” (G4). “Mas ainda assim demoro pra ir, às vezes perco a consulta” (G7).

Outros fatores que influenciam a baixa demanda são a incompatibilidade dos horários de funcionamento das UBS's e o horário de trabalho. Na maioria das vezes quando os homens procuram atendimentos preferem a atenção secundária, ficando as ações restritas à recuperação e não à prevenção e promoção de saúde (Brasil, 2008).

Como uma das formas de quebrar os paradigmas que transformam os homens em reféns da própria identidade no que se refere ao hábito de cuidar da própria saúde Medrado et al., (2009, p. 10) indica que “é preciso também envolver os homens em reflexões e ações que possam promover a ruptura com padrões culturais fortemente arraigados nas práticas dos profissionais de saúde e na definição de políticas públicas”.

Keijzer (2003), Schraiber, Gomes e Couto (2005, p. 8) corroboram alertando que incluir a participação do homem nas ações de saúde é, no mínimo, um desafio, por diferentes razões. Uma delas se refere ao fato de em geral, o cuidar de si e a valorização do corpo no sentido da

saúde, e, também no que se refere ao cuidar dos outros, não serem questões colocadas na socialização dos homens. Os autores também enfatizam que “sem equidade de gênero não há saúde”.

Por isso, para efetivar a igualdade em termos de direitos entre homens e mulheres, se faz necessário “corrigir desigualdades”, já que “simbolicamente, o feminino ainda está fortemente associado ao cuidado e à fragilidade, e o masculino, ao poder e à violência” (MEDRADO et al., 2009, p. 10). Fica o desafio ao Estado, aos gestores, empregadores, profissionais de saúde e a sociedade de um modo geral de romper com as amarras socioculturais para que a população masculina também utilize as ações e serviços primários de saúde.

Apesar da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) haver sido apresentada a comunidade de profissionais da saúde e à sociedade em 2008, ainda há falta de empoderamento de conquistas da população com relação a essa política, e em particular, de aspectos ligados especificamente à saúde dos homens, como podemos observar nas falas dos entrevistados: “E na política da saúde do homem é o contrário. Mas no caso a nossa política já existe, mas a gente tem que tornar ela a nossa cara. Eu sou um estudante de saúde e não tinha essa consciência, esses grupos são fundamentais” (G1). “Eu acho ótima essa política de saúde do homem, porque a gente só pensa mesmo em trabalho, e que somos de ferro” (G2). “E sobre a política de saúde dos homens, eu acho que ela vem para melhorar as nossas vidas, mas a gente primeiro tem que entender isso” (G3). “Quando a gente falou da política a gente nunca vai ao posto eu acho que é porque a gente tem as mulheres que sempre lutou e daí a gente é que se folga nelas” (G4). “Aqui na cidade poderia vir uma pessoa com conhecimento e falar com nós nas reuniões de comunidade, de tudo, dessas políticas do homem” (G5).

Segundo as falas acima podemos observar de forma hegemônica, não haver uma clareza do que são políticas para a saúde do homem. Enunciaram um conformismo e falta de mobilização para o exercício da própria cidadania, nos diversos níveis de participação: individual, coletiva, organizada ou ocasional. Fairclough (2008) argumenta que “ao produzirem seu mundo, as práticas dos membros são moldadas, de forma inconsciente, por estruturas sociais, relações de poder e pela natureza de práticas sociais”.

Consideramos todas as falas extremamente ricas, mas analisando a questão das políticas merece destaque as falas do grupo LGBT por fornecer elementos para nossa dialética, conforme discurso abaixo:

Esses corpos marginalizados, eles tendem a ter essa noção política, mesmo como cidadãos

são negados de acessar a certos espaços, então essa ‘negação é um estímulo que dispara esse interesse para aspectos de cidadania, políticas, que são necessários para nossa vivência, nossos direitos e eu não vejo essa vivência LGBT longe disso’ (G5).

Nesse contexto, há de se considerar as concepções que norteiam os conceitos historicamente solidificados nas relações do cuidado à saúde, onde se verifica que desde a infância as meninas são mais propensas a usar serviços de saúde do que os meninos. Isso acontece não somente como fruto da socialização, mas também pelo papel que os adultos desempenham nessas questões. Modelos de homens mais preocupados e sensíveis a questões de gênero podem ter um papel importante na construção de uma relação de autocuidado por parte dos homens (Monteiro *et al.*, 2011).

Neste sentido, reforçamos a importância de estratégias de promoção de saúde que incentivem a participação de homens jovens, e que os encorajem a mostrarem os seus sentimentos, a falarem de suas dúvidas e frustrações, sem a intenção de criarmos modelos de controle, e, ou, de comportamentos normatizados (Heilborn, 2006; Louro, 2003).

Quando questionamos sobre a experiência vivenciada nos grupos de reflexão, observamos através das falas dos pesquisados, que a metodologia utilizada foi positiva para o fortalecimento da Saúde do homem, podendo ser utilizada como proposta político-metodológica de trabalho e intervenção, que convoque os homens e executarem coletivamente uma reflexão e possíveis mudanças, considerando os relatos apresentados abaixo: “Achei maravilhoso! me senti super a vontade, falei dos meus valores, das minhas experiências, dos meus pontos de vista” (G1). “Eu nem sabia de política do homem” (G2). “Eu não vou mais tratar as minhas filhas diferentes dos meus filhos. Assim, é difícil eu acho que leva muitos anos porque a gente quando vê está fazendo errado, mas valeu, valeu esses encontros” (G3). “É importante à criação desses grupos, porque muitas vezes nós achamos que sabemos de tudo, e na verdade é o contrário, quando você se junta com outras pessoas, aí acontece o que se chama de choque de ideias” (G4). “Essas vivências nesses grupos dispara uma visão crítica de como essa sociedade está estruturada a ponto de marginalizar uma pessoa pelo jeito que ela é” (G5). “Só retomando as ideias das rodas, desses nossos grupos, a gente compartilha as vivências, não só com homens no fim das contas, a gente leva pra casa (G6). “Cheguei aqui achando que sabia de tudo, que não tinha mais como aprender, e ninguém sabe tudo. A gente tem que deixar lugar para coisas novas (G7).

Acosta *et al.*, (2004) destacam que grupos reflexivos permitem a expressão de percepções, promovendo diálogos, e podem ser considerados como espaços de solidariedade e prazer gerado

pela companhia, pois, “sem o prazer da companhia, sem amor, não há socialização humana, e toda sociedade na qual se perde o amor se desintegra”. E lhes possibilitam a construção de um contexto de confiança onde os homens se colocam enquanto sujeitos e, sobretudo, onde a afetividade pode emergir como o principal elo entre eles.

Os grupos reflexivos permitem que os homens encontrem pares que vivem ou viveram situações semelhantes, e compartilhem suas histórias e emoções. Neste processo de identificação e diferenciação, proporcionadas pelas conversações, os homens percebem diversas formas de expressão da masculinidade, o que possibilita a cada um construir alternativas para lidar com as diferenças e conflitos vivenciados em suas relações íntimas, familiares e cotidianas.

Logo, outras possibilidades de ser homem passam a ser consideradas e incentivadas. Vozes masculinas mais participativas no que se referem a cuidados na esfera da saúde sexual e reprodutiva, mais engajadas no exercício da cidadania, que não usam e não aceitam a violência para a resolução de conflitos, podem também nortear intervenções no campo da saúde e da educação. “Fala-se não mais de uma única forma de ser homem, mas de formas plurais e diversas” (Nascimento *et al.*, 2011; Barker, 2008).

Nesse cenário de trabalho com homens, em uma perspectiva de gênero e de promoção da saúde, com o referencial da pluralidade e da diversidade de suas experiências cotidianas, que este trabalho foi construído.

CONCLUSÃO

Independentemente de serem todos homens, cada participante possui uma realidade distinta, agravada pelas particularidades das regiões de fronteira, onde as condições sociais, econômicas e culturais muitas vezes contribuem para uma maior vulnerabilidade e invisibilidade dos seus problemas. A aplicação desse projeto utilizando a pesquisa-ação em abordagem por settings proporcionou mudanças na vida das pessoas que participaram, gerando um espaço alternativo e solidário, de confiança e reflexão entre homens, possibilitando o reconhecimento de fraquezas, medos e limitações.

Compartilhando essas questões masculinas que deixam de ser absolutas e passam a ser relativizadas e também contextualizadas, sendo não somente um alívio, mas também surgindo novas possibilidades de atuação. Dessa forma, a potencialidade desses grupos é incluir na vida desses homens efeitos positivos em suas relações com homens, mulheres, crianças, conhecidos e

familiares. Ênfase nas relações com as mulheres, com a quebra de silêncios, manifestações de desejos e tomadas de decisões que envolvem desde sexualidade até parentalidade.

Acredita-se que esta articulação (conhecendo para transformar) entre o individual e coletivo, com cunho pessoal e político, o projeto introduziu uma relevante proposta de educação para a inserção masculina numa reflexão para abordar os temas: amor e relacionamentos, sexualidade, saúde, violência, trabalho e desemprego e outros pontos abordados no livro de base palavra de homem, questionando padrões históricos.

Sejam como homens, pais ou filhos, companheiros (as), educadores ou profissionais de saúde, acreditamos ter a certeza de que sabemos o que é bom para os homens, o que precisam e o que desejam. Admitir que podemos aprender com eles e que não sabemos tudo sobre os mesmos, pode ser um caminho de mudança desta crença para homens capazes de se despir de suas “armaduras nem tão privilegiadas assim”.

REFERÊNCIAS

- BAKALAR, N. **Homem casado chega mais rápido a local de tratamento para infarto.** Folha de São Paulo, 29 jul. de 2011. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/951658-homem-casado-chega-mais-rapido-a-local-de-tratamento-para-infarto.shtml>>. Acesso em 23 jun. 2018.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo** (L. de A. Rego & A. Pinheiro, Trans.). Lisboa: Edições 70. (Obra original publicada em 1977). 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.** 2009. Brasília, DF, 2009. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/saude-para-voce/saude-do-homem/politica-nacional-de-atencao-integral-a-saude-do-homem-pnaish>>. Acesso em: 11 ago. 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde do homem** (princípios e diretrizes). Brasília, DF, 2008. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_saude_homem.pdf>. Acesso em: 29 ago. 2016.
- BRASIL. Segurança pública nas fronteiras, diagnóstico socioeconômico e demográfico: **Estratégia Nacional de Segurança Pública nas Fronteiras (ENAFRON)**, 2016. Disponível em: <http://www.justica.gov.br/sua-seguranca/seguranca-publica/analise-e-pesquisa/download/outras_publicacoes/pagina-3/diagnostico_socioeconomico_final.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2017.
- BRASIL. **Lei no 6.634, de 02 de maio de 1979.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6634.htm>. Acesso em: 15 dez. 2017.

CASTRO, J. M.; RODRIGUES-JUNIOR, A. L. A influência da mortalidade por causas externas no desenvolvimento humano na faixa de fronteira brasileira. **Caderno de Saúde Pública** v. 28, n. 1, p. 195-200, 2012.

CAVALCANTI, J. R. D. *et al.* **Assistência Integral a Saúde do Homem: necessidades, obstáculos e estratégias de enfrentamento.** *Esc Anna Nery*, v.18, n.4, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n4/1414-8145-ean-18-04-0628.pdf>>. Acesso em: 07 ago. 2017.

CERRONI, M. P.; CARMO, E. H. Magnitude das doenças de notificação compulsória e avaliação dos indicadores de vigilância epidemiológica em municípios da linha de fronteira do Brasil, 2007 a 2009. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 24, n. 4, p. 617-628, 2015.

COUTO, M.; GOMES, R.; SCHRAIBER, L. B. Homens e Saúde na pauta da saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 10, n. 1, P. 7-17, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n1/a02v10n1.pdf>>. Acesso em: 07 ago. 2017.

FAIRCLOUGH, M. *Discurso e mudança social*. Trad. MAGALHÃES, Izabel. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2001, 2008 (reimpressão). 320 p.

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. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n.3, v. 23, p. 565 – 574, mar. 2007.

GOMES, R. A. **Sexualidade Masculina em Foco**, org. Saúde do Homem em Debate. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2011, p. 145-156. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/6jhfr/pdf/gomes-9788575413647-07.pdf>>. Acesso em: 25 set. 2017.

GOMES, R. *et al.* Sentidos atribuídos à política voltada para a Saúde do Homem. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 10, p. 2589-2596, out. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001000008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 31 ago. 2016.

HEILBORN, M. L.; CARRARA, S. Em cena, os homens. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, vol. 6, nº 2, 1998.

KEIJZER, B. Hasta donde el cuerpo aguante: género, cuerpo y salud masculina. In: CÁCERES, C.F.; CUETO, M.; RAMOS, M.; VALLAS, S. (editors). **La salud comoderecho ciudadano: perspectivas y propuestas desde América Latina**. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2003. p. 137-52.

LIMA LAGO, IR. de. **A saúde das comunidades ribeirinhas: análise situacional e o acesso aos serviços da atenção primária**. 2021. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Sul da Bahia, Campus Paulo Freire, Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, 2021.
LOURO, G.L. A emergência do gênero. In: Louro GL, organizadora. **Gênero, sexualidade e educação: uma perspectiva pós-estruturalista**. 5ª ed. Petrópolis: Vozes; 2003.

MACHIN, R. et al. Concepções de gênero, masculinidade e cuidados em saúde: estudo com profissionais de saúde da atenção primária. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p. 4503-4512, nov. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001200023&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 abr. 2016.

MAINGUENEAU, D. **Gênese dos discursos**. São Paulo: Parábola, 2008.

MEDRADO, B. et al. **Princípios, Diretrizes e Recomendações para a Atenção Integral ao Homens**. Recife. Instituto PAPAI; 2009. Disponível em: <<http://www.eme.cl/wp-content/uploads/Princ%C3%ADpios-diretrizes-e-recomenda%C3%A7%C3%B5es-para-uma-aten%C3%A7%C3%A3o-integral-aos-homens-na-sa%C3%BAde.pdf>>. Acesso em: 07 set. 2017.

MEDRADO, B.; LYRA, J.; AZEVEDO, M. 'Eu Não Sou Só Próstata, Eu sou um Homem. Org. **Saúde do Homem em Debate**, Rio de Janeiro-RJ, Editora Fiocruz, 2011. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/6jhfr/pdf/gomes-9788575413647-03.pdf>>. Acesso em: 17 jan. 2017.

MENDONÇA, V. S.; ANDRADE, A. N. A Política Nacional de Saúde do Homem: necessidade ou ilusão? **Psicologia Política**. Vol. 10. Nº 20. P. 215-226. Jul. Dez. 2010. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpp/v10n20/v10n20a03.pdf>>. Acesso em: 17 jan. 2017.

MIALHE, F. L.; PELICIONI M.C.F. Abordagens por Settings para a Promoção da Saúde: O movimento de Cidades Saudáveis e a Iniciativa da Escola Promotora de Saúde. In: Maria Cecília Focesi Pelicioni; Fâbi Luiz Mialhe. (Org.). **Educação e Promoção da Saúde- Teoria e Prática**. 1 ed.São Paulo: Editora Santos- Grupo GEN, 2012, v. 1, p. 23-56. 2012.

MONDARDO, M.; STALIANO, P. **Saúde na Fronteira Brasileira: Políticas Públicas e Acesso a Serviços**. Espaço Aberto, PPGG - UFRJ, Rio de Janeiro, V. 10, N.1, p. 99-116, 2020
MONTEIRO, S.; CECCHETTO, F. Discriminação, Cor/Raça e Masculinidade no Âmbito da Saúde. Contribuições da Pesquisa Social. Rio de Janeiro. Ed. FIOCRUZ. 2011. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/6jhfr/pdf/gomes-9788575413647-06.pdf>>. Acesso em: 27/05/2017.

NASCIMENTO, M.; SEGUNDO, M.; BARKER, G. **Reflexões sobre a Saúde dos Homens Jovens: uma articulação entre juventude, masculinidade e exclusão social**. Rio de Janeiro. FIOCRUZ, 2011. p. 111- 128.

OLIVEIRA, O. P. de,; PAL, L. A. Novas fronteiras e direções na pesquisa sobre transferência, difusão e circulação de políticas públicas: agentes, espaços, resistência e traduções. **Revista de Administração Pública** | Rio de Janeiro 52(2):199-220, mar. - abr. 2018
PESSINI, L.; BARCHIFONTAINE, C. de P. de. **Problemas atuais de Bioética**. São Paulo: Edições Loyola, 2002.

SCHRAIBER, L. B.; COUTO, M. T. **Homens, violência e saúde: uma contribuição para o campo de pesquisa e intervenção em gênero, violência doméstica e saúde**. 2004. Relatório final de pesquisa (Processo nº 02/00413-9). São Paulo: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo, 2004.

SCHRAIBER, L. B. *et al.* Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 5, p. 961-970, maio 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000500018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 31 ago. 2017.

SCHRAIBER, L. B.; GOMES, R.; COUTO, M.T. Homens e saúde na pauta da Saúde Coletiva. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 7-17, Mar. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000100002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 ago. 2016.

SOUZA, V. C.; DOURADO, S. M. M. Câncer de pênis no Brasil: um problema de saúde pública. **Revista Brasileira de Oncologia Clínica** < Vol. 11, no 40. abril / maio / junho, 2015. Disponível em: <<https://www.sboc.org.br/sboc-site/revista-sboc/pdfs/40/editorial.pdf>>. Acesso em: 29 ago. 2017.

SOUZA FREITAS, A. A. *et al.* Análise das produções científicas sobre atenção integral à saúde do homem: **Revista Nursing Brasileira**. *Nursing Edição Brasileira*, 27(307), 10068–10073.

VIGGIANO, G. **Mil brasileiros têm o pênis amputado todos os anos por falta de higiene.** limpeza inadequada do órgão está ligada com maiores chances de câncer na região. 2017. Disponível em: <<https://revistagalileu.globo.com/Ciencia/Saude/noticia/2017/11/mil-brasileiros-tem-o-penis-amputado-todos-os-anos-por-falta-de-higiene.html>>. Acesso em: 29 ago. 2017.