

## Autopercepção da qualidade de vida de homens usuários da Estratégia de Saúde da Família em Manguinhos, município do Rio de Janeiro

*Self – perception of quality of life of males of a Family health unit located in Manguinhos, Rio de Janeiro city*

Maria Cecília Portugal Braga<sup>1</sup>, Angélica Ferreira Fonseca<sup>2</sup>

ARTIGO ORIGINAL – Recebido: agosto de 2021 – Aceito: setembro de 2021

### RESUMO

Expandir ações, superando o modelo biomédico, e aumentar a adesão dos homens aos cuidados são desafios da Atenção Primária em Saúde. Estudo observacional de corte transversal quantitativo, este trabalho objetivou discutir a autopercepção da qualidade de vida (QV) de usuários de uma unidade de Saúde da Família, de Manguinhos, bairro do município do Rio de Janeiro. Utilizou-se a versão abreviada do Instrumento de Avaliação de QV, o WHOQOL-bref. A amostra compôs-se de 133 homens com idade entre 20 e 59 anos residentes no território. As entrevistas foram realizadas nos meses de agosto e setembro de 2020. Os homens referiram boa QV geral; o domínio físico foi o mais bem avaliado, seguido do psicológico. Meio ambiente foi o domínio com pior resultado, principalmente sobre haver ou não recursos financeiros e oportunidades de lazer. Indivíduos com maior renda e escolaridade relataram melhor percepção da QV. Estudos sobre a população de homens contribuem para a compreensão de barreiras existentes nos serviços e para a definição de estratégias. Entre as ações coletivas, recomenda-se implementar grupos de saúde do homem, além de atender a demandas agudas, oportunizando ações de promoção e prevenção.

**PALAVRAS-CHAVE:** Saúde do homem. Atenção Primária à Saúde. Qualidade de Vida.

### ABSTRACT

Some of the challenges in primary health care are increasing men's compliance with health care orientation and expanding actions to overcome the biomedical model. The purpose of this observational, quantitative, descriptive, cross-sectional study was to discuss the self-perception of the quality of life of male users of a family health unit, located in Manguinhos, RJ, Brazil. The Portuguese abbreviated version of the Quality of Life Assessment Instrument (WHOQOL-bref) was used. The sample consisted of 133 male residents in the area, aged 20–59 years. The interviews were conducted in August and September 2020. The participants reported a good general quality of life; the physical aspect had the highest score followed by the psychological one. The domain with the worst evaluation was the environmental aspect, mainly in relation to the facet that measures having sufficient financial and have leisure opportunities. Individuals with higher income and education levels reported a better perception of quality of life. Studies on the male population should be conducted for a better understanding of the barriers existing in health services, as well as define specific strategies. Among the collective actions, men's health groups must be implemented in addition to the provision of care for acute demands, providing opportunities to promote and prevent.

**KEYWORDS:** Men's Health. Primary Health Care. Quality of Life.

<sup>1</sup> Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – ENSP. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8538-6138>. E-mail: [mcecipb@gmail.com](mailto:mcecipb@gmail.com)

<sup>2</sup> Escola Politécnica Joaquim Venâncio. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1694-1959>

## INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS), quando assumida como eixo estruturante de um sistema de saúde, além de porta de entrada e centro de comunicação entre as Redes de Atenção à Saúde (RAS), desempenha o papel de coordenadora do cuidado, devendo ser pautada pela oferta de atenção integral, de modo articulado com as necessidades e demandas do território e dos usuários, considerando as determinantes e condicionantes do processo saúde-doença. No Brasil, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) é reconhecida como forma prioritária para a reorientação do modelo de atenção, integrando vigilância epidemiológica e sanitária numa perspectiva de territorialização, cuidado individual e abordagem comunitária, ações intersetoriais, sendo fundamentada em atributos como a continuidade e a longitudinalidade do cuidado e o vínculo com usuários<sup>1</sup>.

A implementação de ações na APS que cumpram o objetivo de promover saúde e superar o modelo biomédico requer o reconhecimento das características da dinâmica local e da população, seu modo de vida e seus problemas em saúde. Contudo é necessário entender que a população não é um todo homogêneo, sendo importante distinguir as singularidades dos grupos populacionais. No presente estudo, nosso foco está dirigido aos homens, cuja presença nos serviços APS é menos regular, tornando a continuidade do cuidado um desafio permanente.

De acordo com Yoshida e Andrade<sup>2</sup>, o processo de cuidado de saúde por parte dos homens sofre a influência de aspectos comportamentais, dentre os quais se destacam: a priorização do trabalho, principalmente entre os autônomos, uma resistência a buscar os serviços de saúde, o que geralmente ocorre em situações de maior gravidade, e a interferência do tabagismo e alcoolismo como hábitos não saudáveis mais frequentes. Quirino<sup>3</sup>, cujo estudo se deu em uma unidade de saúde da APS de Recife, destaca que, mesmo não sendo em grande número, os homens estão presentes no serviço, seja para cuidado próprio (vacinação, troca de curativos e consultas) seja acompanhando crianças e mulheres. O mesmo autor relata que eles raramente buscavam ações de prevenção, estando a ida ao serviço relacionada a queixas já instaladas. Cavalcanti et al.<sup>4</sup>, em estudo sobre obstáculos e estratégias de saúde à assistência integral à saúde do homem, identificaram os seguintes fatores como influentes na dificuldade de acesso: número insuficiente de profissionais e serviços lotados, a vergonha em se expor, o trabalho como prioridade e a baixa resolutividade das necessidades. Diversos outros estudos que investigam o cuidado de homens na APS indicam a necessidade de remover obstáculos ao acesso e a necessidade de ampliação das formas de atendimento<sup>4,5,6</sup>. Particularmente, a saúde do homem é um grande desafio, visto que é observada a menor procura dos homens nos serviços, principalmente nas atividades de prevenção e promoção<sup>2</sup>.

Pereira e Barros<sup>7</sup> alertam para a invisibilidade do público masculino nos serviços de saúde, apontando divergências entre as necessidades e/ou expectativas desse grupo e a estrutura e dinâmica de funcionamento dos serviços. Em termos gerais, os autores confirmam que, para planejar programas mais eficazes e aumentar a procura e a adesão ao cuidado longitudinal, é importante compreender a percepção dos próprios usuários sobre sua qualidade de vida e saúde, bem como a relação destes com os serviços<sup>3,6,7</sup>. Araujo et al.<sup>6</sup> destacam que esses usuários acessam prioritariamente os serviços de urgência e outros equipamentos de média complexidade (ambulatórios, hospitais) por perceberem que em tais locais podem obter respostas mais resolutivas para suas situações de adoecimento, com atendimentos mais ágeis e realização de procedimentos imediatos. Os mesmos autores registram uma autoclassificação de risco sustentando a decisão sobre que serviços buscar, além da adoção de práticas de automedicação<sup>6</sup>.

Em termos de políticas de saúde, um marco no sentido de trazer à cena pública a necessidade de dirigir maior atenção ao cuidado desse grupo foi a formulação, em 2008, da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH). O propósito da

PNAISH é promover a melhoria das condições de saúde da população masculina no Brasil contribuindo, de modo efetivo, para a redução da morbidade e mortalidade, por meio do enfrentamento racional dos fatores de risco e mediante a facilitação ao acesso às ações e aos serviços de assistência integral à saúde (Ministério da Saúde, 2008, p 31.)<sup>8</sup>.

A PNAISH foi instituída em um contexto de fortalecimento da APS e assume seus princípios, definidos na PNAB de 2006 (Política Nacional de Atenção Básica), pretendendo consolidar ações e serviços em redes, além de facilitar o acesso dos homens e reconhecer a ESF como principal estratégia de organização do cuidado.

Diversos instrumentos podem ser utilizados para levantar informações e produzir conhecimentos que venham a fundamentar propostas de estratégias de cuidado em saúde. A avaliação da qualidade de vida (QV) tem aumentado em importância, sendo usada em vários estudos<sup>9,10,11</sup>.

O movimento que deu impulso para a criação de métodos para avaliar a QV aconteceu em 1991, quando a divisão de saúde mental da OMS promoveu um encontro internacional que reuniu antropólogos, médicos, psicólogos, profissionais da sociologia médica e da psicométrica e formuladores de políticas para discutir a elaboração de um instrumento. Em 1996, 25 centros de pesquisa ligados à OMS desenvolviam estudos específicos para estabelecer as questões que fariam parte do instrumento. O Brasil foi um dos países que fizeram parte desse processo. Em 1997 o WHOQOL, World Health Organization Questionnaire for Quality of Life (WHOQOL) foi publicado, e em 1998 a versão abreviada WHOQOL Bref tornou-se disponível. Em 2004 o WHOQOL já havia sido incorporado em mais de 40 países e traduzido para inúmeras línguas<sup>12</sup>. A OMS define a QV como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas,

padrões e preocupações”.

Os instrumentos WHOQOL levam em consideração a percepção de cada pessoa, tendo a possibilidade de serem usados em todas as culturas, podendo avaliar qualidade de vida em diversos grupos e situações. A aplicação desse questionário pode ser feita em inúmeras ocasiões, não somente nos atendimentos individuais, mas também na avaliação da eficácia de tratamentos, da organização dos serviços de saúde, assim como pode nortear políticas públicas.”<sup>9,13</sup>

A inserção da QV de indivíduos entre as questões de maior relevância na formulação de políticas públicas tem sido defendida por autores como Azevedo et al.<sup>14</sup>. Essa defesa baseia-se no entendimento de que existem importantes informações sobre a situação de risco e agravos à saúde que podem ser propiciadas à APS a partir de estudos da avaliação da QV. Tais informações são relevantes para definir a priorização destas, subsidiando, desse modo, políticas públicas de saúde<sup>9,11</sup>.

Existem diversos estudos sobre QV que incluem homens, eles investigam prioritariamente idosos, população que vem sendo foco desses estudos. Entendemos ser necessário buscar conhecer melhor o público masculino de 20 a 59 anos, faixa etária priorizada na PNAISH. Assim, o presente estudo tem como objetivo avaliar a autopercepção da QV de vida de homens usuários da ESF de uma equipe do território de Manguinhos e descrever o perfil sociodemográfico com a finalidade de recomendar estratégias de ação na ESF, visando ampliar e melhorar a adesão aos cuidados em saúde e interferir positivamente sobre a QV.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo de abordagem quantitativa de corte transversal. A amostra de 135 homens foi calculada considerando-se a estimação da média do escore de qualidade de vida com um intervalo de confiança de 95% de tamanho igual a 5% da média suposta a priori (m). Considerou-se como média a priori do escore o valor de m = 52,4 e o desvio padrão DP = 15,5. Esse foi o menor valor encontrado no estudo de Almeida-Brasil et al.<sup>11</sup>. Como o tamanho do intervalo de confiança de 95% é igual a  $\frac{1,96 * DP}{\sqrt{n}}$ , logo:

$$m * 0,05 = \frac{1,96 * DP}{\sqrt{n}}$$

Assim, o tamanho da amostra pôde ser calculado pela expressão:

$$n = \left( \frac{1,96 * DP}{m * 0,05} \right)^2$$

A seleção foi realizada por sorteio aleatório simples, com dados coletados do sistema E-SUS,

prontuário eletrônico utilizado na unidade. Foram sorteados 197 homens entre os moradores cadastrados do território adscrito à Equipe Aconchego, do Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria (CSEGSF) /Fiocruz, com idade entre 20 e 59 anos, faixa etária da PNAISH. Foram consideradas perdas 43 pessoas – não encontradas nos domicílios após três tentativas – e 23, que se recusaram. Optou-se pela exclusão de oito homens por serem, sabidamente, portadores de transtorno mental grave. A amostra final foi de 123 homens entrevistados, o que representa 20,7% da população de homens, nesse território, da faixa etária definida e 91,1% da amostra inicialmente estabelecida.

As entrevistas foram efetuadas em agosto e setembro de 2020 por profissionais de saúde no peridomicílio, atendendo às recomendações estabelecidas para a prevenção da Covid-19. Os profissionais foram treinados e atuaram como bolsistas.

Para avaliação da QV foi usado o questionário WHOQOL-Bref, instrumento que contém 24 facetas distribuídas em 4 domínios – físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente – e um questionário de dados sociodemográficos, elaborado para o estudo.

Para realizar a análise descritiva das variáveis categóricas e das facetas de cada domínio, foram utilizadas as frequências absolutas e relativas. Na descrição das variáveis quantitativas, foram utilizadas medidas de tendência central, medidas de dispersão e posição dos dados. Além disso, para descrever os indicadores de cada domínio, foram utilizadas medidas de posição, dispersão, tendência central e o intervalo percentílico bootstrap de 95% de confiança. Cabe ressaltar que a escala Likert estava fixada entre 1 e 5.

Os indicadores foram criados a partir da média da pontuação referente às perguntas de cada domínio. Em seguida, foi realizado o processo de validação no qual foi avaliada a confiabilidade através dos indicadores Alfa de Cronbach (A.C.) e Confiabilidade Composta (C.C.), sendo que, para ocorrer a validação, é necessário apresentarem valores superiores a 0,70 ou valores superiores a 0,60, no caso de pesquisas exploratórias.

Com o intuito de verificar a correlação entre os domínios, foi utilizada a correlação de Spearman, medida limitada entre -1 e 1, em que quanto mais próximo de -1 maior a correlação negativa e quanto mais próximo de 1 maior a correlação positiva. Com o objetivo de relacionar as variáveis categóricas com os quatro domínios, foram utilizados o teste de Mann-Whitney para as variáveis com duas categorias e o Teste de Kruskal-Wallis para variáveis com 3 ou mais categorias. Além disso, quando o teste de Kruskal-Wallis evidenciou diferença significativa, foi utilizado o teste de Nemenyi para as comparações múltiplas. O *software* utilizado nas análises foi o R (versão 4.0.2).

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca / Fundação Oswaldo Cruz (CAAE 30716820.4.0000.5240) e os entrevistados foram

informados dos aspectos éticos e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

## RESULTADOS

Os entrevistados apresentaram, em média, 38,51 anos, com desvio padrão de 11,86 anos. Em relação às características sociodemográficas da amostra, observou-se que a maioria dos indivíduos (68,29%) vivia com companheira ou companheiro e tinha ensino fundamental incompleto (47,97%). Ainda que 60,98% dos homens afirmassem ter uma renda própria, quando observamos os valores, vimos que praticamente metade (50,41%) tinha renda de 1 salário-mínimo e que 19,51% tinham renda inferior a 1 salário mínimo. O percentual se repetiu quando questionados sobre renda familiar. Sobre a relação com a unidade de saúde, 32,52% dos indivíduos procuraram atendimento no CSEGSF nos últimos 6 meses, 61,54% o fizeram há 2 anos ou menos e 6,5% não procuravam o serviço há mais de cinco anos ou nunca foram à unidade, evidenciando um afastamento significativo do cuidado na APS. Ainda assim, pode-se afirmar que a maioria dos usuários tem ligação com o serviço. Em relação ao tipo de atendimento, o maior percentual, 24,39%, foi em razão de queixa aguda e 22% foram à unidade para vacinação (não Covid). Dos que receberam atendimento, 10% não lembram o motivo, embora a pergunta se refira a um período relativamente curto, 6 meses anteriores, e a população da pesquisa não seja idosa (20 a 59 anos), (Tabela 1).

**Tabela 1** – Análise descritiva das variáveis categóricas

	Variáveis	N	%
Vive com companheiro	Não	39	31,71
	Sim	84	68,29
Escolaridade	Analfabeto	1	0,81
	Ensino fundamental incompleto	59	47,97
	Ensino fundamental completo	9	7,32
	Ensino médio incompleto	15	12,2
	Ensino médio completo	32	26,02
	Ensino superior incompleto	4	3,25
	Ensino superior completo	3	2,44

(Continua)

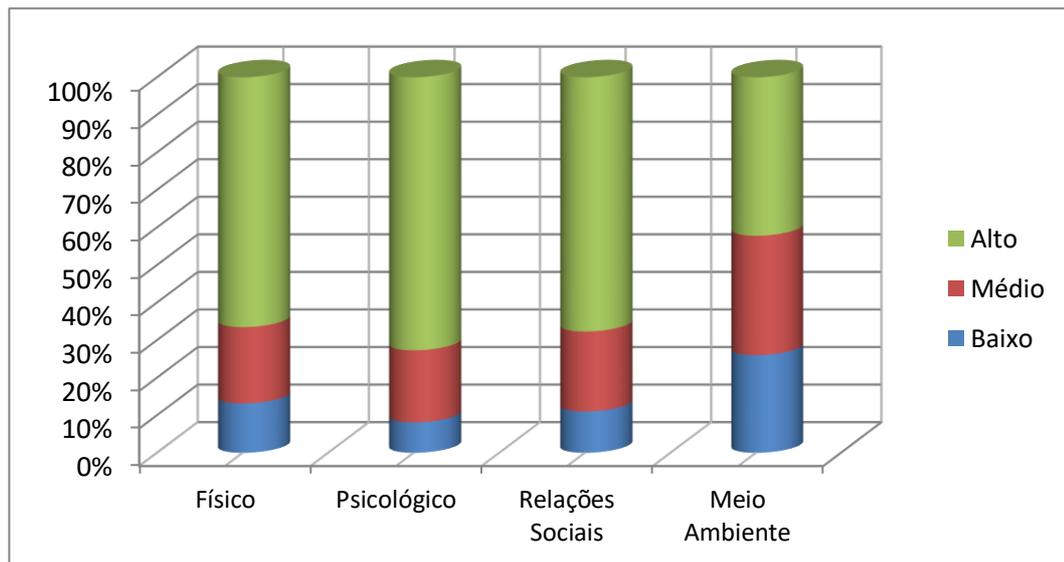
		(Conclusão)	
	Variáveis	N	%
Renda própria	Não	48	39,02
	Sim	75	60,98
Renda familiar	Menos de 1 salário mínimo	24	19,51
	1 salário mínimo	62	50,41
	2 a 3 salários mínimos	35	28,46
	4 a 5 salários mínimos	2	1,63
Última vez em que procurou atendimento no CSEGSF	Nos últimos 6 meses	40	32,52
	Entre 6 meses a 1 ano	19	15,45
	1 a 2 anos	13	10,57
	2 a 5 anos	10	8,13
	+ de 5 anos	4	3,25
	Não lembra	33	26,83
	Nunca	4	3,25
Tipo de atendimento	Acompanhamento de doença crônica	17	13,82
	Queixa aguda (atendimento med/enf)	30	24,39
	Imunização	28	22,76
	Coleta de exames	6	4,88
	Atendimento Covid	5	4,07
	Procedimento	6	4,88
	Renovação de receita	6	4,88
	Assistência farmacêutica	2	1,63
	Atendimento odontológico	3	2,44
	Laudo	1	0,81
	Não lembra	13	10,57
	Outros	6	4,88

Fonte: elaborada pelas autoras

Sobre os resultados para o bloco de duas questões gerais sobre a QV, pode-se concluir que 70,3% dos entrevistados avaliaram positivamente sua saúde, e a maioria (63,41%) avaliou a QV como boa.

No gráfico 1 estão representados os níveis de satisfação da QV nos quatro domínios. Observou-se melhor avaliação no domínio Psicológico, com nível alto de satisfação de 72,2%, seguidos dos domínios Físico e de Relações Sociais. O menor percentual de nível alto de satisfação, 42,2%, coube ao domínio Meio Ambiente.

**Gráfico 1** – Níveis de satisfação dos domínios em relação à qualidade de vida



Fonte: elaborado pelas autoras

**Tabela 2** – Validação dos domínios

Domínios	Itens	A.C. <sup>1</sup>	C.C. <sup>2</sup>
Físico	7	0,74	0,77
Psicológico	6	0,68	0,74
Relações Sociais	3	0,74	0,78
Meio Ambiente	8	0,65	0,71

<sup>1</sup>Alfa de Cronbach; <sup>2</sup>Confiabilidade Composta

Fonte: elaborada pelas autoras

Os resultados do Whoqol-Bref para a percepção da QV foram convertidos de 0 a 100. Não houve diferença significativa entre as médias dos domínios, conforme Tabela 3.

**Tabela 3** – Análise descritiva dos indicadores dos domínios

Indicadores	n	Média	D.P.	I.C(95%) <sup>1</sup>	Mín.	Máx.
Físico	123	3,87	0,66	[3,76 ; 3,98]	1,86	5,00
Psicológico	123	3,90	0,56	[3,80 ; 4,00]	2,17	5,00
Relações Sociais	123	3,74	0,85	[3,58 ; 3,90]	1,00	5,00
Meio Ambiente	123	3,18	0,59	[3,07 ; 3,28]	1,50	4,88

<sup>1</sup>Intervalo Bootstrap

Fonte: elaborada pelas autoras

As tabelas 4 e 5 apresentam a comparação dos domínios com as variáveis categóricas e ordinais

ou numéricas. Em relação ao domínio Físico, foi demonstrado que houve diferença significativa ( $p = 0,032$ ) entre “Renda própria” e o domínio Físico. Também se concluiu que houve correlação significativa ( $p = 0,048$ ) e negativa ( $r = - 0,18$ ) entre a idade e o domínio Físico e também correlação significativa ( $p = 0,010$ ) e positiva ( $r = ,23$ ) entre a escolaridade e o domínio Físico. Em relação à comparação das variáveis categóricas com o domínio Psicológico, conclui-se que houve diferença significativa ( $p = 0,020$ ) entre “renda própria” e o domínio Psicológico. Foi demonstrada correlação significativa ( $p < 0,001$ ) e positiva ( $r = 0,33$ ) entre a escolaridade e o domínio Psicológico. Nas comparações das variáveis categóricas com o domínio Relações Sociais, foi evidenciada diferença significativa ( $p = 0,027$ ) entre Renda própria e o domínio Relações Sociais e também correlação significativa ( $p = 0,003$ ) e positiva ( $r = 0,27$ ) entre a escolaridade e o mesmo domínio. Acerca das comparações das variáveis categóricas com o domínio Meio Ambiente, pôde-se concluir que houve diferença significativa ( $p = 0,005$ ) entre renda própria e o domínio Meio Ambiente.

**Tabela 4 – Comparação das variáveis categóricas e dos domínios**

Variáveis		Físico		Psicológico		Relações Sociais		Meio Ambiente		
		N	Média	Valor-p	Média	Valor-p	Média	Valor-p	Média	Valor-p
Vive com o companheiro	Não	39	3,89	0,756 <sup>1</sup>	3,89	0,853 <sup>1</sup>	3,79	0,813	3,26	0,563
	Sim	84	3,87		3,9		3,72		3,14	
Renda própria	Não	48	3,69	<b>0,032<sup>1</sup></b>	3,78	<b>0,020<sup>1</sup></b>	3,54	<b>0,027</b>	2,98	<b>0,005</b>
	Sim	75	3,99		3,98		3,87		3,3	
Última vez em que procurou atendimento no CSEGSF	Nos últimos 6 meses	40	3,63	0,124 <sup>2</sup>	3,85	0,107 <sup>2</sup>	3,8	0,43	3,07	0,356
	Entre 6 meses e 1 ano	19	4,12		4,21		3,88		3,38	
	1 a 2 anos	13	4,04		3,79		3,49		3,23	
	2 a 5 anos	10	3,76		3,8		3,83		3,38	
	+ de 5 anos	4	4,07		3,92		2,92		3,16	
	Não lembra	33	3,92		3,83		3,77		3,13	
	Nunca	4	4,25		4,08		3,75		3	
Tipo de atendimento	Acompanhamento de doença crônica	17	3,33	<b>0,014<sup>2</sup></b>	3,73	0,111 <sup>2</sup>	3,49	0,199	3,06	0,802
	Queixa aguda (atendimento med/enf)	30	3,92		3,95		3,62		3,05	
	Imunização	28	3,98		3,8		3,95		3,29	
	Coleta de exames	6	3,6		3,36		3,17		3,15	
	Atendimento Covid	5	3,49		3,63		4		2,98	
	Procedimento	6	3,83		3,89		3,39		3,27	
	Renovação de receita	6	4,12		4,17		4,06		3,13	
	Assistência farmacêutica	2	3,29		4,17		4,17		3,19	
	Atendimento odontológico	3	3,67		3,83		3,11		3,58	
	Laudo	1	3,71		4,33		3,67		3,38	
	Não lembra	13	4,33		4,18		4,08		3,17	
Outros	6	4,38	4,33	3,94	3,58					

<sup>1</sup>Teste de Mann-Whitney; <sup>2</sup>Teste de Kruskal-Wallis; <sup>3</sup>Teste de Comparações Múltiplas de Nemenyi

Fonte: elaboradas pelas autoras

**Tabela 5** – Análise descritiva dos indicadores dos domínios

Variáveis	Físico		Psicológico		Relações Sociais		Meio Ambiente	
	r <sup>1</sup>	Valor -p	r <sup>1</sup>	Valor -p	r <sup>1</sup>	Valor -p	r <sup>1</sup>	Valor -p
Idade	-0,18	0,048	0,01	0,909	-0,07	0,458	-0,17	0,059
Escolaridade	0,23	0,01	0,33	<0,001	0,27	0,003	0,09	0,32
Renda Familiar	-0,2	0,835	0,04	0,665	0,14	0,123	0,17	0,057

<sup>1</sup>Coefficiente de correlação de Spearman

Fonte: elaboradas pelas autoras

## DISCUSSÃO

As características sociodemográficas indicam que os entrevistados têm baixa renda, com mais da metade ganhando apenas um (1) salário mínimo (SM), e também baixa escolaridade, a maior parte com ensino fundamental incompleto (47,97%). Pode-se comparar esses resultados com o estudo de Musumeci<sup>15</sup>, realizado em favelas com Unidades de Polícia Pacificadora do município do Rio de Janeiro, em que se viu que 45% dos moradores ou não tinham renda ou tinham de até um SM, e que 49% tinham renda entre 1 a 3 SM e baixa escolaridade. A autora ressaltou que a proporção de pessoas com curso superior nas comunidades era oito vezes inferior à de todo município. No Brasil, segundo dados do IBGE (Censo Demográfico de 2010), nas “favelas e outras áreas de habitação irregular, 31,6% dos moradores tinham rendimento domiciliar *per capita* de até meio salário mínimo, enquanto nas demais áreas, o percentual era de 13,8%”<sup>16</sup>.

No presente estudo, 68,29% dos entrevistados viviam com companheira ou companheiro, assim como nas outras favelas com UPP no município<sup>15</sup>. Dados do IBGE<sup>18</sup> demonstram a relação entre viver em família e a avaliação da QV. Esses dados demonstram que, em sua maioria, as pessoas que viviam em famílias (44,6%) avaliavam como positiva a própria saúde, 28,9% como satisfatória e 26,5% como ruim.

Os usuários procuram o atendimento motivados por queixas agudas, o que é encontrado em vários estudos sobre saúde do homem<sup>2-4, 6, 7, 17</sup>. Esse resultado conduz a uma dupla via de compreensão. Primeiro consideram-se os aspectos históricos que reforçam um papel de gênero, no qual ser homem é associado a uma forma de virilidade que exclui a vulnerabilidade, criando uma representação de masculinidade que se distancia do cuidado com a saúde<sup>4,7</sup>. Contudo, não se deve atribuir à dimensão cultural, subjetiva, toda a responsabilidade por esse quadro. Estudos destacam que os homens têm o trabalho como prioridade, com a preocupação com o sustento da família, sobretudo os autônomos<sup>2</sup>.

Podemos pensar que existe aí uma sobreposição de fatores. Ao mesmo tempo em que os homens tendem a se afastar dos serviços de saúde por questões culturais, tendem a ser afastados pelos serviços de saúde por questões concretas, relacionadas às necessidades da vida cotidiana. O resultado é, frequentemente, o cuidado tardio. “Tradicionalmente os homens não têm suas especificidades e não fazem parte das populações usualmente mais assistidas nos serviços de atenção básica.”<sup>18</sup>

Em outros estudos, também é destacada a escassez de atividades voltadas para os homens, especialmente para prevenção e promoção de saúde, assim como a invisibilidade destes nos serviços<sup>2,7,17-19</sup>. Teixeira et al.<sup>20</sup>, em estudo sobre as concepções dos enfermeiros sobre a PNAISH, abordam o pouco entendimento dos objetivos da PNAISH e a carência de sensibilização dos profissionais para se qualificarem na implementação de ações específicas para esse grupo. A sobrecarga dos serviços e a comunicação ineficiente com usuários também contribui para esse comportamento masculino<sup>18,19</sup>. Para mudar esse cenário, há a necessidade de elaboração de novas estratégias que produzam alterações nos processos de trabalho, repercutindo sobre as práticas de cuidado e desconstruindo o paradigma cultural da masculinidade vigente<sup>7,18</sup>.

Alertamos sobre a necessidade de ultrapassar as ações voltadas somente para a queixa atrelada a ida do usuário ao serviço. Especificamente, durante as consultas médicas ou da enfermagem, podem ser oportunizadas aos homens a avaliação do cartão vacinal, estratégias de prevenção de doenças mais prevalentes e a diminuição de fatores de risco cardiovascular, como avaliar índice de massa corporal e prática de atividade física. Ainda que essas ações tenham um foco clínico, devem ser incorporadas em um contexto de diálogo que estimule a cultura do cuidado no universo masculino, rompendo com a ideia de que cuidar da saúde é se colocar como frágil.

Também é necessário aumentar a resolutividade do serviço em relação às demandas dos usuários e implementar uma melhor comunicação com eles, para que haja uma melhora da adesão ao cuidado<sup>4</sup>. Experiências internacionais falam da utilidade de levar os temas de saúde para espaços criados a fim de favorecer a convivência dos homens, oferecendo-lhes atividades diversas e contribuindo para sua aproximação com os serviços de saúde<sup>21</sup>.

Para avaliar o domínio global da QV, foram feitas duas perguntas: “como você avaliaria sua qualidade de vida” e “quão satisfeito você está com sua saúde”. As respostas indicaram boa avaliação, com 63,41% de satisfação. No estudo de Souza et al.<sup>22</sup>, realizado com homens usuários da APS em Vitória, ES, os autores encontraram resultados semelhantes. Uma das hipóteses para o bom resultado é a média de idade, em ambos os estudos baixa (38,51 anos). Pesquisas demonstram a relação negativa entre idade e QV<sup>22</sup>. Quanto menor a idade, menor o número de doenças crônicas e melhor a satisfação com a saúde. Nóbrega et al.<sup>23</sup>, em um estudo com idosos atendidos na APS, concluíram que a QV de portadores de

doenças crônicas e controladas na APS pode ser afetada pelas multimorbidades no domínio Físico e, provavelmente, no domínio Psicológico. A correlação entre a variável idade e o domínio Físico foi confirmada no presente estudo.

Em relação aos domínios, observou-se maior média no domínio Psicológico, seguido dos domínios Físico e Relações Sociais. A menor média encontrada foi no domínio Meio Ambiente. Podemos comparar esses resultados com os obtidos por Souza et al.<sup>22</sup>, que também aplicaram o WHOQOL-Bref em 300 homens usuários da APS em Vitória, ES. Uma das hipóteses para encontrar resultados tão similares é que a amostra apresenta o mesmo perfil também em relação à idade média e com usuários com baixa renda e baixa escolaridade. Dessa forma, considera-se que homens jovens, de classe popular, ainda que levando em conta as limitações de seus contextos sociais e ambientais, têm boa percepção em relação aos domínios Físico e Psicológico, sendo esses os que influenciam mais positivamente a QV da população estudada, o que pode contribuir para o enfrentamento das diversas dificuldades que atravessam na vida.

O domínio Meio Ambiente teve a pior avaliação do estudo, com 46,34% de satisfação. Esse não é um resultado incomum em estudos de QV, tendo sido observado em diferentes contextos locais (no Brasil) e grupos populacionais<sup>24,25</sup>. Nesse domínio, é avaliada a questão da segurança, ambiente físico, satisfação com a situação financeira, acesso à informação, oportunidade de lazer, condições locais de moradia, acesso a serviços de saúde e meios de transporte. As piores avaliações foram acerca do acesso a informações, oportunidades de lazer e meios de transporte. Peres et al.<sup>26</sup>, a partir de resultados de estudo também realizado em Manguinhos, destacam que lazer e cultura influenciam o processo saúde-doença no plano individual e coletivo. Nesse sentido, afirmamos a importância de implementação de políticas sociais que concretizem oportunidades de lazer e cultura como elementos propulsores de melhores condições de vida e saúde.

Ainda sobre o domínio ambiental, o IBGE<sup>16</sup> destaca que violência e vandalismo afetam cerca de 38,2% da população brasileira. O território de Manguinhos é uma área imersa em um contexto de violência, inclusive do Estado. Ainda assim, 46,34% dos entrevistados expressam sentir-se seguros em sua vida diária, dado que surpreendeu. A partir desse dado, levanta-se a hipótese de que os moradores podem ter estratégias individuais e/ou coletivas de enfrentamento da violência como forma de proteção e de diminuição dos impactos dela na própria QV. Para verificação dessa hipótese, podem ser necessários estudos posteriores com aprofundamento desse tema.

O presente estudo deixou claro que ter uma renda própria é um fator que impacta positivamente a média dos domínios avaliados no WHOQOL-bref. Indivíduos com renda própria apresentam maior média nos domínios Físico, Psicológico e Relações Sociais. Isso se dá de modo semelhante com a variável 'nível de escolaridade', que está correlacionada com médias mais elevadas nesses mesmos domínios

(Físico, Psicológico e Relações Sociais). Tais informações nos permitem dizer que esses componentes, que refletem as desigualdades sociais, estão ligados a níveis maiores ou menores de QV. Esses dados aparecem também em outros estudos<sup>14, 22, 11</sup>.

Inicialmente, foi pensado que os homens entrevistados, por pertencerem a um território de vulnerabilidade social, apresentariam uma má avaliação de sua qualidade de vida. Os resultados mostraram que os homens registram aspectos críticos de sua QV, mas a avaliação geral é boa. O dado mais surpreendente fala sobre um sentimento de segurança no próprio território. Isso leva a uma reflexão mais profunda, pois ao mesmo tempo em que se sabe que os homens tendem a apresentar-se socialmente como mais fortes – um elemento dos estereótipos de masculinidade que poderia levar a uma avaliação mais favorável da qualidade de vida –, é necessário escapar da ideia de que as pessoas em condições sociais mais precárias não são capazes de valorizar a própria vida e de criar formas de serem felizes, ainda que diante de uma realidade que traz dificuldades.

Minayo et al.<sup>27</sup> trazem o debate da QV ao plano individual e analisam a relação desta com a classe social. Seus estudos ressaltam que, em sociedades marcadas por contextos de desigualdades e heterogeneidades, os padrões e as formas de conceber o bem-estar são igualmente estratificadas, relacionando a QV ao nível de satisfação das camadas superiores e à passagem de um limiar ao outro. “Diz respeito ao padrão que a própria sociedade define e se mobiliza para conquistar, consciente ou inconsciente, e ao conjunto das políticas públicas e sociais que induzem e norteiam o desenvolvimento humano”<sup>27</sup>. Nesse sentido, não cabe restringir-se à dimensão técnica do cuidado em saúde, mas afirmar a integralidade e a equidade como valores da APS. Minayo et al.<sup>27</sup> afirmam, e aqui reiteramos, que a QV está relacionada ao campo da democracia, do desenvolvimento e dos direitos humanos e sociais.

## CONCLUSÕES

Foi visto ainda que elementos sociais como escolaridade e renda própria mostraram-se muito importantes para uma melhor qualidade de vida, reforçando que a saúde deve ser compreendida como o resultado de um processo de produção social e que a melhora da QV deve ser foco importante dos cuidados em saúde.

O estudo reafirma achados da literatura científica que alertam sobre o fato de que os homens buscam os serviços de saúde para queixas agudas, mas que igualmente demonstram que eles reconhecem o serviço para outras ações. Assim, pode-se seguir a linha de pensamento que indica que é necessário estreitar o vínculo dos homens com o serviço e, ao mesmo tempo, reconhecer que esse vínculo existe. Para isso é necessário assumir que a APS não tem estado preparada para o atendimento da população

masculina, mas que isso deve ser construído no cotidiano, na relação com o território. Para que isso ocorra, é importante estabelecer um contato direto com os homens, buscando entender essa população para além das questões biomédicas, das possibilidades do serviço e da dimensão técnica.

Nesse sentido, foi confirmada a necessidade de se quebrar o ciclo que contribui para o não cuidado do homem com ações que rompam barreiras socioculturais e institucionais. É necessário desenvolver ações de promoção à saúde e ampliar as de prevenção, com a elaboração de novas estratégias que modifiquem a organização dos processos de trabalho e práticas da APS.

É relevante realizar estudos sobre o universo masculino local e discutir os resultados em equipe para que se alcance uma sensibilização dos profissionais e gestores para uma compreensão mais profunda das barreiras existentes, aumentando o vínculo dos usuários com os serviços de saúde e seu autocuidado. Qualificar os profissionais para esse cuidado específico também é uma necessidade que vem sendo pouco considerada.

Diane dos resultados obtidos no presente estudo, algumas estratégias são sugeridas no âmbito da APS, tais como grupos de saúde do homem, contextualizados com as realidades e demandas locais, tanto nas unidades quanto nos territórios, com foco em promoção da saúde (entendendo que isso passa por incluir temas ligados à compreensão ampliada de saúde e não somente à doença); oferta de abordagens para temas como tabagismo e etilismo, que são muito presentes; trabalhar os diferentes ciclos de vida, como entrada no mercado de trabalho, pré-natal da parceira e fase da aposentadoria. Sugere-se ainda identificar movimentos coletivos do território para promover articulação com os serviços, no sentido de compreender melhor as dinâmicas locais e formular novas possibilidades de atuação.

Quando a articulação entre esses dois temas – a saúde do homem e as ações no âmbito da APS – tornar-se mais presente nos serviços de saúde, os diversos profissionais poderão contribuir com ideias de suas áreas de atuação e, assim, variadas atividades poderão ser criadas a partir de uma perspectiva multiprofissional, que é um dos pontos fortes da APS integral.

Esses são caminhos que podem contribuir para melhorar a qualidade de vida desse grupo populacional importante e que, em certa medida, tem sido negligenciado pelos serviços de saúde.

## REFERÊNCIAS

1. Giovanella L, Franco CM, Almeida PF. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? Cien Saúde Colet [internet]. 2020 Abr [acesso em 2021 jan 13]; 25(4): 1475-1482. Disponível em <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01842020>
2. Yoshida VC, Andrade MGG. O cuidado à saúde na perspectiva de trabalhadores homens portadores de doenças crônicas. Interface comun saúde educ. 2016 jul-set [acesso em 2021 mai 10]; 20(58): 597-

610. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0611>
3. Quirino TRL. A produção de cuidados no cotidiano de um serviço de atenção à saúde do homem. Dissertação [mestrado]. Recife: Universidade Federal de Pernambuco, Programa de pós-graduação em psicologia; 2012. [acesso em 2021 mai 21]. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/11217>
  4. Cavalcanti JRD, Ferreira JA, Henriques AHB, Morais GSN, Trigueiro JVS, Torquato IMB. Assistência integral a saúde do homem: necessidades e estratégias de enfrentamento. *Esc Anna Nery Rev Enf.* 2014 [acesso em 2021 jun 10]; 18: 628-634. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/788Rdv7GTmx8TNyPxXQ8BDB/?lang=pt>
  5. Magalhães MC, Souza EMC, Bezerra STF, Cabral RL, Miranda KCL, Coelho MMF. Atendimento à população masculina na atenção primária de Maracanaú-CE: estudo documental. *Rev APS.* 2018 [acesso em 2021 jun 10]; 21: 737-746. Disponível em <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15437/20135>
  6. Araújo MDP, et al. Trajetórias de homens em busca do cuidado em saúde: desafios para a atenção primária em um contexto rural. *Rev Sustinere.* 2021 [acesso em 2021 abr 7]. 9: 187-207. Disponível em: <https://doi.org/10.12957/sustinere.2021.50915>
  7. Pereira MCA, Barros JPP. Público masculino na Estratégia de Saúde da Família: um estudo qualitativo na Parnaíba- PI. *Psicol soc.* 2015 . [acesso em 2021 mai 21]; 27(3): 587-598. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-03102015v27n3p587>
  8. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Brasília: Ministério da Saúde. 2008 acesso em 2021 jun 10. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_atencao\\_homem.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_homem.pdf)
  9. Kluthcovsky AC, Kluthcovsky FA. WHOQOL-bref, um instrumento para avaliar qualidade de vida: uma revisão sistemática. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul.* 2009 [acesso em 2021 fev 10]; 13(3). Disponível em <https://doi.org/10.1590/S0101-81082009000400007>
  10. Chiesa AM, Fracolli LA, Zoboli ELPC, Maeda ST, Castro DFA, Barros DG et al. Possibilidades do WHOQOL-bref para a promoção da saúde na Estratégia de saúde da Família. *Rev Esc Enferm USP.* 2011 [acesso em 2021 jul 16]; 45: 1743-1747. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/VzVYTgbJQ3pxfSzL83sdYBC/?format=pdf&lang=pt>
  11. Almeida-Brasil CC, Silveira MR, Silva KR, Lima MG Faria CDCM, Cardoso CL et al. Qualidade de vida e características associadas: aplicação do WHOQOL-BREF no contexto da Atenção Primária à Saúde. *Cien Saúde Colet.* 2017 [acesso em 2021 jun 10]; 22(5): 1705-1716. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/hCT5bVhkXN8Q7kk3Tc9w8gb/?format=pdf&lang=pt>
  12. Skevington SM, Lotfy M, O'Connell KA. WHOQOL Group. The world health organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from WHOQOL group. *Qual Life Res.* 2004 [acesso em 2021 mai 7]; 13(2): 299-310. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15085902/>
  13. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Rev Saúde Pública.* 2000 [acesso em 2021 jul 15]; 34(2): 178-83. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/JVdm5QNjj4xHsRzMFbF7trN/?lang=pt>
  14. Azevedo LS, Silva RA, Tomasi E, Quevedo LA. Doenças crônicas e qualidade de vida na atenção primária à saúde. *Cad Saúde Pública.* 2013 set [acesso em 2020 jun 5]; 29(9): 1774-82. Disponível em:

- <https://www.scielo.br/j/csp/a/sfCn4TCdsFMXBMjzFxpzDTD/abstract/?lang=pt>
15. Musumeci L. UPP: Última chamada. Visões e expectativas dos moradores de favelas ocupadas pela Polícia Militar na cidade do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: CESeC; 2017 [acesso em 2020 jun 22]. Disponível em: <https://www.ucamcesec.com.br/wp-content/uploads/2017/09/UPP-moradores-Libreto-final.pdf>
  16. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2010 mostra as características territoriais dos aglomerados subnormais e suas diferenças das demais áreas das cidades. 2013 [acesso em 2021 jul 10]. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/14504-asi-censo-2010-mostra-as-caracteristicas-territoriais-dos-aglomerados-subnormais-e-suas-diferencas-das-demais-areas-das-cidades>
  17. Separavich MA, Canesqui AM. Saúde do homem e masculinidades na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: uma revisão bibliográfica. Saúde Soc. 2013 [acesso em 2021 mai 25]; 22(2): 415-428. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902013000200013>
  18. Moura EC, Santos W, Neves ACM, Gomes R, Schwarz E. Atenção à saúde dos homens no âmbito da Estratégia de Saúde da Família. Cien Saúde Colet. 2014 [acesso em 2021 jun 11]; 19(2): 429-438. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014192.05802013>
  19. Leal AF, Figueiredo WA, Nogueira-Da-Silva GS. O percurso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Homens (PNAISH), desde a sua formulação até sua implementação nos serviços públicos locais de atenção à saúde. Cien Saúde Colet. 2012 [acesso em 2020 nov 22]; 17: 2607-16. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001000010>
  20. Teixeira C, Brambilla DK, Adamy EK, Krauzer IM. Concepções de enfermeiros sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Trab Educ Saúde. 2014 [acesso em 2020 nov 17]; 12(3): 563-576. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sip00009>
  21. Baker P. Improving men's health: successful initiatives and barriers to progress. British Journal of Nursing. 2019 [acesso em 2021 abr 5]; 28(11): 721-22. Disponível em <https://doi.org/10.12968/bjon.2019.28.11.721>
  22. Souza LGS, Sanches ACF, Andrade AL. Qualidade de vida em homens usuários de unidade de saúde da família. Rev Ciênc Saúde. 2016 [acesso em 2020 out 13]; 9(2): 112-118. Disponível em: <https://doi.org/10.15448/1983-652X.2016.2.22031>
  23. Nobrega TCM, Jaluul O, Machado AN. Paschoal SMP, Jacob Filho W. Quality of life and multimorbidity of elderly outpatients. Clinics. 2009 [acesso em 2020 set 22]; 64(1): 45-50. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1807-59322009000100009>
  24. Meller FO, Grande AJ, Quadra MR, Doyenart R, Schäfer AA. Qualidade de vida e fatores associados em trabalhadores de uma Universidade do Sul de Santa Catarina. Cad Saúde Colet. 2020 [acesso em 2021 jun 10]; 28 (1): 87-97. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/1414-462x202028010327>
  25. Barroso SM, Guerra ARP. Burnout e qualidade de vida de agentes comunitários de saúde de Caetanópolis (MG). Cad Saúde Colet. 2013 set [acesso em 2021 mai 21]; 21(3): 338-345.. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/4hrRSr8gQzBvFGStkYctJgg/?format=pdf&lang=pt>
  26. Peres FF, Bodstein R, Ramos CL, Marcondes WB. Lazer, esporte e cultura na agenda local: a experiência de promoção da saúde em Manguinhos. Cien Saúde Colet. 2005 [acesso em 2021 jun 10]; 10(3): 757-769. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000300032>
  27. Minayo MCS, Hartz, ZMA Buss, Paulo M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. Cien Saúde Colet. 2000 [acesso em 2020 out 13]; 5(1): 7-18. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232000000100002>