

Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



PROFSAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Maria Cecília Portugal Braga

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

Rio de Janeiro

2021

Maria Cecília Portugal Braga

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

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família - PROFSAÚDE, vinculado ao polo FIOCRUZ/RJ, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Linha de Pesquisa: Atenção à saúde, acesso e qualidade na atenção básica em saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Angélica Ferreira Fonseca.

Rio de Janeiro

2021

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

B813a Braga, Maria Cecília Portugal.
Autopercepção da qualidade de vida de homens usuários da
Estratégia de Saúde da Família em Manguinhos, município do Rio de
Janeiro / Maria Cecília Portugal Braga. -- 2021.
74 f. : il. color. ; graf. ; tab.

Orientadora: Angélica Ferreira Fonseca.
Dissertação (Mestrado em Saúde da Família – PROFSAÚDE) –
Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2021.

1. Saúde do homem. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Qualidade de
Vida. 4. Estratégia Saúde da Família. 5. Política Pública. I. Título.

CDD – 23.ed. – 362.12098153

Maria Cecília Portugal Braga

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

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família - PROFSAÚDE, vinculado ao polo FIOCRUZ/RJ, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Banca Examinadora

Ana Cristina Gonçalves Vaz dos Reis
Escola Politécnica Joaquim Venâncio/FIOCRUZ

Gisele O'Dwyer Oliveira
Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ

Angélica Ferreira Fonseca (orientadora)
Escola Politécnica Joaquim Venâncio/FIOCRUZ

Rio de Janeiro

2021

Dedico este trabalho às pessoas essenciais em minha vida.

Ao meu saudoso pai, que sempre me inspirou e que estaria com os óculos embaçados com lágrimas de tanto orgulho.

Ao meu marido, Ciclone, por me dar segurança na caminhada diária.

Aos meus pequenos Heitor e Ulisses, por me darem energia para não desistir diante do cansaço e tantas outras dificuldades.

Aos meus irmãos, Guilherme e André, pela união da nossa família.

À minha avó Zezé, com seus 106 anos ainda mantendo o brilho no olhar com a minha chegada.

À Lia por ser fonte de amor e carinho.

À minha mãe, minha grande amiga e companheira.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora Angélica Ferreira Fonseca por todo ensinamento, empatia e vitalidade, fundamentais durante todo o processo de construção deste trabalho.

À Gisele O'Dwyer, pelo entusiasmo e confiança no meu trabalho e pela participação na banca de qualificação, com contribuições importantes para minhas reflexões.

À Luciana Santos, gerente da minha unidade, pelo entendimento da importância de me qualificar profissionalmente.

Aos meus colegas de mestrado Alice e Alcenir, por estarem sempre ao meu lado.

À Vanessa e Ernesto, meus amigos preceptores, pelo carinho e apoio.

Aos meus residentes de medicina de família e comunidade, por compreenderem meus períodos de ausência e por serem meu estímulo de aprendizagem diária.

À minha equipe de saúde, Aconchego, especialmente as ACSs, que abraçaram a minha ideia de trabalho.

Ao Douglas, pela disponibilidade em me ajudar com questões de computação e sistemas.

À Simone, meu braço direito em casa, que cuida dos meus filhos com tanto carinho e dedicação e que me permitiu ter momentos de liberação para me dedicar ao trabalho.

À “Galinha Pintadinha” que me cedeu alguns momentos de estudo enquanto distraia meus filhos.

Aos moradores do Manguinhos, que me fazem encontrar sentido no dia a dia de trabalho.

Eu não corro na beira do mar
Eu corro na beira do rio
Rio cheio de histórias
Histórias de tantas pessoas que conheço ou desconheço.

Eu não corro na beira do mar
Eu corro na beira do rio
Que não parece bonito
Mas há beleza
E há esperança.

E no caminho da esperança
Há sol, há luz, há verde, há flores e muitos espinhos,
Onde encontro meu sentido.

E lá, do outro lado do rio, está seu Oswaldo, nossa inspiração e esperança!

Viva Manguinhos!
(Maria Cecília Portugal Braga)

RESUMO

Aumentar a adesão dos homens aos cuidados em saúde e expandir ações superando o modelo estritamente biomédico são alguns dos desafios presentes na atenção primária em saúde (APS). Este estudo observacional de corte transversal quantitativo descritivo teve como objetivo discutir a autopercepção da qualidade de vida de homens usuários de uma unidade de Saúde da família, situada em Manguinhos, Rio de Janeiro. Para tanto, a versão abreviada em português do Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-bref) foi utilizada. A amostra aleatória foi composta por 133 homens residentes no território de referência de uma equipe da estratégia, saúde da família, com idade entre 20-59 anos, faixa etária priorizada na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Para realizar a análise descritiva das variáveis categóricas e facetas dos domínios, foram utilizadas as frequências absolutas e relativas e, na descrição das variáveis quantitativas: medidas de tendência central, dispersão e posição dos dados. A escala Likert estava fixada entre 1 e 5. De acordo com os resultados obtidos, os homens referem uma boa qualidade de vida geral, sendo o domínio físico o mais bem avaliado, seguido do psicológico e relações sociais. O domínio com pior resultado foi o meio ambiente, principalmente em relação às facetas do instrumento que medem a percepção sobre ter recursos financeiros suficientes para satisfazer as necessidades e ter oportunidades de lazer. Em relação às variáveis sociodemográficas, a maioria dos homens procura a unidade devido às demandas agudas, dado este confirmado por estudos anteriores. Além disso, indivíduos com maior renda e grau de escolaridade reportaram melhor percepção da qualidade de vida. Realizar estudos sobre a população de homens pode ajudar a compreender mais profundamente as barreiras existentes nos serviços de saúde, assim como definir estratégias específicas. Dentre as ações coletivas, grupos de saúde do homem devem ser implementados, além da oferta de atendimentos de demandas agudas na unidade de APS. Estratégias como estas, podem ser oportunidades para efetuar ações de promoção e prevenção de saúde individualizada, resultando em ampliação do cuidado dessa população e melhor qualidade de vida. Os resultados do estudo contribuíram para reiterar a ideia de que pessoas que vivem em condições mais precárias encontram formas de valorizar a própria existência e devem ter canais para expressar suas expectativas frente aos serviços de saúde.

Palavras-chave: Saúde do homem. Atenção primária à saúde. Qualidade de Vida.

ABSTRACT

Enhance men`s compliance to health care orientation and expand actions to overcome the strictly biomedical model are some of the challenges present in primary health care (PHC). This observational, quantitative, descriptive, cross-sectional study aimed to discuss the self-perception of the quality of life of men users of a family health unit, located in Manguinhos, Rio de Janeiro. For this purpose, the Portuguese version of the World Health Organization`s Quality of Life Assessment Instrument (WHOQOL-bref) was used. The random sample consisted of 133 men residents in the area mentioned above, aged 20-59 years, age group prioritized in the National Policy for Comprehensive Attention of Men`s Health. In order to perform the descriptive analysis of the categorical variables and facets of the domain, absolute and relative frequencies were used, and dispersion and position of the data were used to describe the quantitative variables. The Likert scale was fixed between 1 and 5. According to our findings, men reported a good general quality of life, with the physical domain being the best evaluated, followed by psychological and social relationships. The domain with the worst result was the environment, mainly in relation to the facet of the instrument that measures the perception of having sufficient financial resources to meet their needs and have leisure opportunities. Regarding sociodemographic variables, most men seek the unit due to acute demands, a fact confirmed by previous studies. In addition, individuals with higher income and education level reported a better perception of quality of life. Future 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 in the PHC unit. These strategies can be seen as opportunities to carry out actions to promote and prevent individual`s health, resulting in an increase in the care of this population with a better quality of life. The results of the study contributed to reiterate the idea that people who live in more precarious conditions find ways to value their own existence and must have alternatives to express their expectations regarding health services.

Keywords: Men`s health. Primary health care. Quality of life.

LISTA DE LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 -	Diferença, em anos, na expectativa de vida ao nascer entre homens e mulheres. Estados brasileiros, 2017.....	21
Gráfico 2-	Pirâmide Etária – Equipe Aconchego.....	31
Gráfico 3 -	Atendimentos de mulheres e de homens - Equipe Aconchego – Mangueiras – CSEGSF/FIOCRUZ Julho a dezembro de 2019.....	32
Quadro 1 –	Variáveis categóricas definidas para o estudo.....	35
Gráfico 4 -	Frequência relativa dos níveis das questões do domínio físico.	44
Gráfico 5 -	Frequência relativa dos níveis das questões do domínio psicológico.....	45
Gráfico 6 -	Frequência relativa dos níveis das questões do domínio relações sociais.....	45
Gráfico 7-	Frequência relativa dos níveis das questões do domínio meio ambiente.....	46
Figura 1 –	Correlação entre os domínios.....	47
Quadro 2-	Médias dos domínios.....	47

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Análise descritiva das variáveis categóricas.....	38
Tabela 2 -	Análise descritiva das questões gerais.....	39
Tabela 3 -	Análise descritiva das questões de cada domínio	41
Tabela 4 -	Validação dos domínios.....	46
Tabela 5 -	Análise descritiva dos indicadores dos domínios.....	47
Tabela 6 -	Comparação das variáveis categóricas e o Domínio Físico.....	48
Tabela 7 -	Correlação entre as variáveis numéricas ou ordinais com o Domínio Físico.....	51
Tabela 8 -	Comparação das variáveis categóricas e o Domínio Psicológico.....	51
Tabela 9 -	Correlação entre as variáveis numéricas ou ordinais com o Domínio Psicológico.....	52
Tabela 10 -	Comparação das variáveis categóricas e o Domínio Relações Sociais.....	53
Tabela 11-	Correlação entre as variáveis numéricas ou ordinais com o Domínio Relações Sociais.....	54
Tabela 12 -	Comparação das variáveis categóricas e o Domínio Meio Ambiente.....	54
Tabela 13 -	Correlação entre as variáveis numéricas ou ordinais com o Domínio Relações Sociais.....	56

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CSEGSF	Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria
ESF	Estratégia de Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAISH	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem
QV	Qualidade de Vida
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
WHOQOL	World Health Organization Quality of Life

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 JUSTIFICATIVA	15
3 MARCO TEÓRICO	17
3.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	17
3.2 SAÚDE DO HOMEM.....	19
3.3 QUALIDADE DE VIDA: QUESTÕES SOBRE AVALIAÇÃO.....	25
3.4 CONTEXTO DA PESQUISA	29
4 OBJETIVOS	33
4.1 OBJETIVO GERAL	33
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	33
5 METODOLOGIA	34
5.1 TIPO DE ESTUDO/DELINEAMENTO	34
6 RESULTADOS	38
7 DISCUSSÃO	57
8 CONCLUSÕES	59
REFERÊNCIAS	61
APÊNDICE A - Questionário sociodemográfico	66
APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	67
ANEXO A – Instrumento WHOQOL-BREF	69

1 INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS), quando assumida como eixo estruturante do Sistema Único de Saúde (SUS), além de porta de entrada e centro de comunicação entre as Redes de Atenção à Saúde (RAS), deve desempenhar o papel de coordenadora do cuidado. Deve ser ofertada integralmente, levando em consideração as necessidades dos usuários e as demandas do território, considerando os determinantes e condicionantes de saúde. 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, pautando-se por atributos como a longitudinalidade do cuidado e o vínculo com usuários (GIOVANELLA; FRANCO; ALMEIDA, 2020).

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, seus problemas em saúde.

Particularmente, a saúde do homem é um desafio para os serviços e profissionais de saúde, sendo menor a presença dos homens nos serviços, sobretudo naqueles que realizam prevenção e promoção. (YOSHIDA; ANDRADE, 2016). Araujo et al. (2021) observou em seu estudo que os homens apresentam baixa adesão às ações de promoção e prevenção, e que os mesmos acessam o sistema de saúde através da atenção especializada, estes devem ser orientados na busca correta ao serviço de saúde correspondente à sua necessidade.

Pereira e Barros (2015) alertam para a invisibilidade do público masculino nos serviços de saúde, que é sinalizada pela inadequação entre as necessidades e/ou expectativas de saúde dos homens e estrutura e funcionamento destes. Em termos gerais, os autores confirmam que para planejar programas mais eficazes, aumentar a procura e adesão ao cuidado longitudinal, é importante para compreender a percepção dos próprios usuários sobre sua qualidade de vida e saúde, bem como a relação destes com os serviços. (ARAUJO et al., 2021; QUIRINO, 2012; PEREIRA; BARROS, 2015,). Araujo et al. (2021) destaca que em contrapartida ao cenário da APS, estes usuários acessam prioritariamente os serviços de urgência e outros equipamentos de média complexidade (ambulatórios, hospitais), por perceberem que

em tais lugares podem ter respostas mais objetivas às suas situações de adoecimento, com atendimentos mais ágeis e realização de procedimentos imediatos.

Em termos de políticas públicas, um marco neste sentido foi a instituição 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 dessa população, 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 (BRASIL, 2008). A PNAISH entra em cena em um contexto de fortalecimento da APS e assume seus princípios, definidos na PNAB de 2006 (Política Nacional de Atenção Básica), pretendendo fortalecer 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. (KLUTHCOVSKY; KLUTHCOVSKY, 2009; CHIESA et al., 2012; ALMEIDA BRASIL et al., 2017).

A Organização Mundial da Saúde (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”. Esta Organização criou um questionário para avaliar a autopercepção da qualidade de vida, o WHOQOL, que muito pode contribuir para melhorar as estratégias de cuidado da população (OMS, 1997).

Embora existam diversos estudos sobre QV que incluam homens, eles investigam prioritariamente idosos, sendo esse o principal foco. Dessa forma, faz-se necessário buscar conhecer melhor o público masculino de 20 a 59 anos, tão importante para políticas e programas de saúde.

A suposição inicial é de que as condições de vida locais, com poucas oportunidades de lazer, cotidiano violento, conformando um cenário de vulnerabilidade social, acarretam comprometimento importante de domínios avaliados pelo instrumento e, possivelmente, afetam negativamente a percepção geral sobre a qualidade de vida dos sujeitos da pesquisa.

O presente estudo tem como objetivo avaliar a autopercepção de qualidade de vida de homens usuários da ESF da equipe Aconchego, no território de Manguinhos, para, a partir daí, aumentar o diálogo com tal público, aumentando a adesão aos cuidados em saúde. Será realizada a aplicação do questionário WHOQOL-Bref para alcançar os objetivos propostos.

2 JUSTIFICATIVA

Na perspectiva de superar modelos unidirecionais, ou seja, em que somente profissionais e gestores tenham espaço para vocalizarem suas demandas e percepções, diversas formas de aproximação - com a população em geral e usuários dos serviços - vem ganhando espaço. São estratégias que, além de fundamentar o desenho de ações de cuidado em saúde, capacitam os profissionais, os quais, por sua vez, apontam lacunas significativas sobre a atenção ao homem (LEAL et al., 2016). Entre as diversas estratégias para a produção de informações, situamos os inquéritos de avaliação da qualidade de vida, que vêm sendo utilizados em vários estudos, analisando populações com características particulares, como idosos, portadores de doenças específicas e segmentos profissionais. (YOSHIDA; ANDRADE, 2016; CHIESA et al., 2011).

Minha experiência profissional de médica de família e preceptora em uma unidade de APS, me permite observar o grande distanciamento, na prática diária, com o cuidado da saúde do homem. Também percebo poucas atividades assistenciais, de prevenção e promoção à saúde do homem sendo desenvolvidas e estimuladas na Estratégia de Saúde da Família (ESF). Isto produz um incômodo que me motiva a afirmar a necessidade de aumentar o diálogo e reorganizar estratégias de cuidado para tal população. Para isso, considero fundamental compreender as reais necessidades dos homens e, com base nessas necessidades, ampliar o conjunto de ofertas da unidade de saúde e buscar alcançar, progressivamente, maior a adesão dos homens às ações de saúde.

Com base no entendimento da qualidade de vida 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”, o questionário WHOQOL-Bref, da OMS, tornou-se um importante instrumento para avaliar a autopercepção da qualidade de vida. (OMS, 1997).

Compreender a autopercepção da qualidade de vida dos homens vinculados a equipe Aconchego - onde atuo - irá proporcionar informações contextualizadas sobre possibilidades de atuação. É necessário partir da motivação dos próprios sujeitos para estimular a participação ativa dos usuários e dessa forma, promovendo a autonomia dos mesmos. No campo da APS, essa compreensão integra o que se denomina

enfoque comunitário, o que é fundamental para uma atenção integral. Conhecendo as expectativas e modos de vida da população, com foco específico para os homens, podemos elaborar melhores ideias sobre o que eles precisam, reorganizando nossas estratégias de cuidado. A opção por trabalhar a partir do conceito de qualidade de vida deve-se ao meu objetivo principal, que não é, simplesmente, que os pacientes tenham 'ausência de doença', perspectiva reduzida que frequentemente prevalece em serviços de saúde. Entendo que o objetivo é que se alcance uma boa qualidade de vida.

Entendo que estudos que nos indiquem caminhos para ampliar o enfoque do cuidado em saúde são fundamentais, particularmente em um contexto no qual os novos documentos da APS indicam uma retomada do enfoque biomédico (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

3 MARCO TEÓRICO

3.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

O SUS foi e é uma conquista social expressa na Constituição de 1988. Sua criação está ligada a concepção, construída pelo movimento sanitário de que saúde é democracia e a democracia é saúde. De acordo com a Constituição, a saúde é um dever do Estado, sendo um direito da sociedade e de cada cidadão no território nacional. De acordo com Fleury (2018) a igualdade que é um marco na proposta democrática, tem que ser construída e, nessa construção, as singularidades devem ser reconhecidas e respeitadas.

O Sistema é pautado nos princípios da universalidade, integralidade e equidade para garantir um amplo arco de ações (promoção, prevenção e assistência) na perspectiva de um cuidado integral, de todos. A implementação do SUS é uma ação política e, ao mesmo tempo, necessária e desafiadora, visto que o Brasil tem um grande território, com várias características distintas e desigualdades entre as suas cinco regiões. Noronha et al. (2012) destacam que os problemas de saúde não se distribuem uniformemente, sendo um dos principais desafios para a consolidação do SUS, bem como a superação das desigualdades em saúde. Desse modo, se torna necessário o fortalecimento da gestão pública, em âmbito nacional, estadual e municipal, para dividir competências e articulações de princípios nacionais de política com decisões e parâmetros locais e regionais. No presente momento, em que acompanhamos o disseminar da pandemia da Covid-19 e seus efeitos, tornam-se ainda mais claras as desigualdades sanitárias e a necessidade de coordenação de ações.

Em termos gerais, pode-se dizer que um desafio importante é a organização de redes de atenção à saúde, sendo necessário o planejamento e a distribuição das ações e serviços por níveis de atenção, tendo a APS como porta de entrada dos pacientes e base do sistema. Nesse sentido, enquanto os serviços de APS deveriam se distribuir o mais amplamente possível no território nacional, os especializados obedeceriam a uma lógica dentro da saúde, como objeto do processo de regionalização, possuindo uma dada densidade tecnológica e referida a um território. (NORONHA et al., 2012).

No SUS, a APS tem função central na organização da rede de atenção, tendo como principais diretrizes e atribuições: ser a porta de entrada do sistema de saúde; responsabilizar-se pela população de seu território; oferecer serviços integrados à rede assistencial, exercer o cuidado longitudinal e sua coordenação, considerando os fluxos da rede; incentivar a ação comunitária e mediar ações intersetoriais para ampla abordagem dos determinantes sociais e promoção da saúde (BRASIL, 2017). Ainda que políticas vindas após a PNAB 2017 tenham abalado tanto a vinculação com o território – base comunitária e familiar, quando a multidisciplinaridade e intersetorialidade (MOROSINI; FONSECA; BAPTISTA, 2020; MELO, et al., 2020) é necessário afirmar a importância dessas bases para o desenvolvimento da ESF e, portanto, da APS no país.

A APS abrangente e integral - que considera os determinantes sociais da saúde e suas inter-relações com o desenvolvimento econômico e social do país - é uma mudança na lógica dos modelos assistenciais. Nela, a ESF é a estratégia prioritária para a organização dos sistemas locais de saúde com: centralidade na família e na comunidade, ênfase na prevenção, promoção da saúde, atendimento oportuno de demandas espontâneas e ações programáticas. (MENDONÇA et al., 2018).

A ESF vem sendo implantada há 25 anos na maioria dos municípios do país e já cobriu quase 70% da população, o que aponta para um grande avanço no acesso à saúde da população. (MENDONÇA et al., 2018)

Giovanella et al. (2020) destaca que em 2019, 60,0% dos domicílios estavam cadastrados na ESF e a cobertura de moradores era 62,6% e que houve uma redução na visita mensal do ACS. A cobertura é mais elevada entre a população mais vulnerável, considerada escolaridade do responsável pelo domicílio ou renda familiar. Seu estudo reitera que a ESF permaneceu como política equitativa e principal modelo de APS no SUS. No entanto, as recentes mudanças na condução da política nacional, que enfraquecem o enfoque comunitário e a prioridade da ESF, podem ameaçar tais avanços.

A PNAB 2017, ao invés de fortalecer a atenção primária, se soma a Emenda constitucional de 95 e a política de financiamento de 2019 – A Previde Brasil - e, infelizmente, formaliza o que já está sendo vivenciado na prática de serviços de saúde: uma redução de investimentos na atenção primária. Por conta disso, APS está sendo fragilizada e, a cada dia, o cuidado mais fragmentado, o acesso mais difícil e

profissionais sobrecarregados e sem condições de realizar o cuidado integral, universal e equânime. (MOROSINI et al., 2020).

3.2 SAÚDE DO HOMEM

Ao longo de seus 30 anos, o SUS vem desenvolvendo políticas que subsidiam ações de saúde para grupos específicos. Em 2007, no seu discurso de posse, o ministro José Gomes Temporão, apresentou 22 compromissos. No décimo explicitava “Instituir a Política Nacional de Atenção à Saúde do Homem”. Neste mesmo ano foi criada no MS a área técnica do homem. A reivindicação de maior atenção à saúde do homem esteve incluída entre as deliberações da 13ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 2007, em que consta criação, nas três esferas, de políticas públicas voltadas à saúde do homem que contemplem a prevenção, promoção e o fortalecimento do atendimento de saúde preventiva às doenças mais prevalentes nessa população (MS, 2007, p. 31).

Diferentemente da Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher, formulada nos anos 1980 e que contou com importante participação por movimentos feministas, para alguns estudiosos a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), foi impulsionada pela Sociedade Brasileira de Urologia. De acordo com Cesaro et al. (2019) “é baseada em dados epidemiológicos e em fatores de risco associados aos indicadores de morbimortalidade, em especial a neoplasia de próstata”.

Algumas críticas a essa política voltam-se para essa característica, que apontaria para um enfoque mais medicalizador e biologicista da saúde do homem. Em entrevista para o periódico Interface - Comunicação, Saúde, Educação (2019) Temporão comenta que mesmo na 13ª Conferência, o tema aparece com uma visão muito médica, ainda que tenha ocorrido um amplo processo, os desafios, para sua implementação, são grandes:

Na verdade, após um longo processo de construção de consenso e de participação da sociedade, o ministro assina uma Portaria que cria uma política. E essa política, posteriormente, ganha vida na realidade social, nos serviços. Os profissionais de saúde têm de estar envolvidos, os médicos, os enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, todos. As equipes dos serviços, desde a Atenção Primária

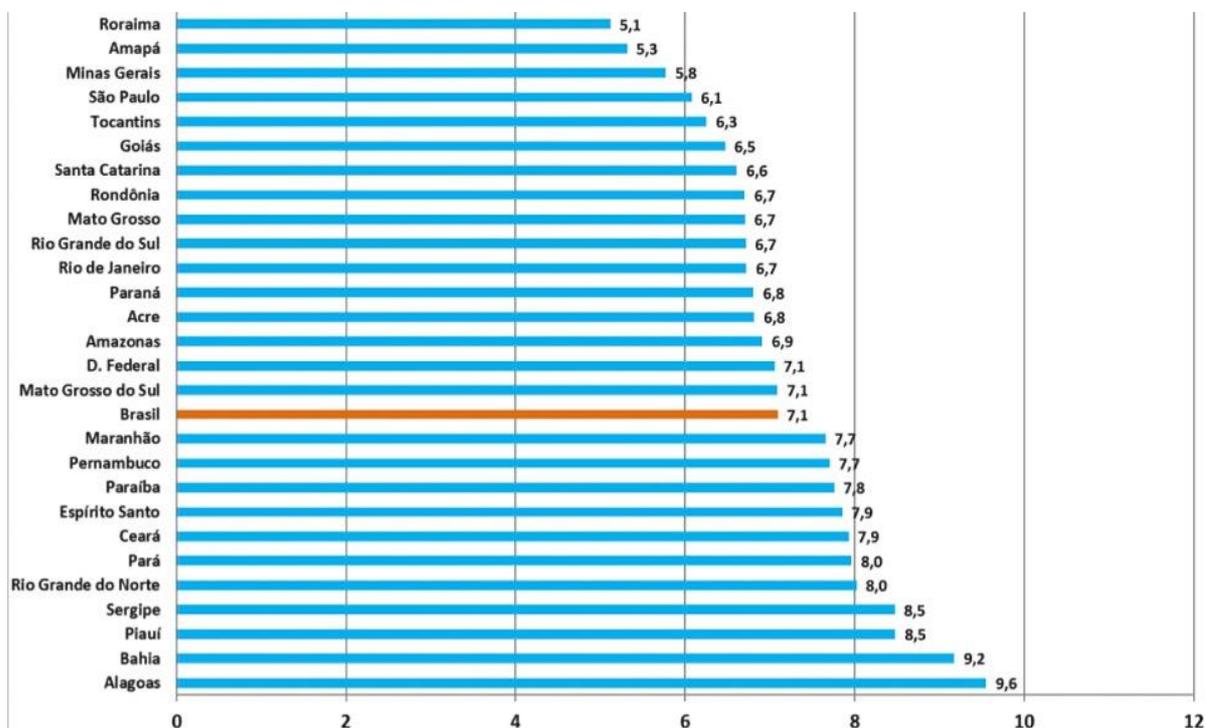
à Saúde até o serviço especializado. Isso é um gigantesco desafio. (TEMPORÃO, 2019, p. 8).

Apesar das considerações críticas a PNAISH, entendemos que ela funda um olhar particular para este grupo populacional, o que abre possibilidades de reflexão e ação que extrapolam a dimensão biomédica. Pode-se dizer que, a partir da PNAISH, são fortalecidas as propostas de ações de saúde que estimulam o autocuidado destes sujeitos e, sobretudo, a saúde é reconhecida como um direito social básico e de cidadania de todo o homem brasileiro. Desta forma, a política traduz um longo anseio da sociedade ao reconhecer que os agravos do sexo masculino constituem verdadeiros problemas de saúde pública (OLIVEIRA, 2015; BRASIL, 2008).

Um dos principais objetivos desta política é promover ações de saúde que contribuam significativamente para a compreensão da realidade singular masculina nos seus diversos contextos socioculturais e político-econômicos; outro, é o respeito aos diferentes níveis de desenvolvimento e organização dos sistemas locais de saúde e tipos de gestão. Este conjunto possibilita o aumento da expectativa de vida e a redução dos índices de morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis nessa população (BRASIL, 2008).

Os homens apresentam maior morbimortalidade em todas as faixas etárias e menor esperança de vida. Em 2017, a expectativa de vida dos homens no Brasil era de 72,5 anos, enquanto das mulheres 79,6 anos, uma diferença de 7,1 anos. No Rio de Janeiro, a diferença foi de 6,7 anos, ou seja, 73 anos de expectativa de vida dos homens. (IBGE, 2017).

Gráfico 1 - Diferença, em anos, na expectativa de vida ao nascer entre homens e mulheres. Estados brasileiros, 2017.



Fonte: IBGE, 2018.

Dados do Ministério da Saúde mostram as desigualdades na mortalidade em relação às mulheres, sendo maior no sexo masculino, entre 20 e 59 anos e o principal motivo é por causas externas. Estas predominam como causas de internações e óbitos na faixa etária de 20 a 29 anos. Em 2014¹, foram registradas aproximadamente 360 mil mortes no Brasil na faixa etária de 20 a 59 anos (excluindo mortes por gravidez, parto e puerpério, com predomínio do sexo masculino de 464 contra 203 do sexo feminino, sendo as três principais por causas externas, doenças do aparelho circulatório e neoplasias. Estas são as mesmas causas de óbito no município do Rio de Janeiro (BRASIL, 2018). Levantamentos iniciais, internacionais e brasileiros, também indicam que homens podem ter uma chance maior de morte por Covid -19 (GRIFFITH et al., 2020; PINHEIRO et al., 2020).

De acordo com relatório anual da OMS (2019), além da expectativa de vida ao nascer, a expectativa de vida saudável (Healthy life expectancy - Hale) apresenta diferenças globais, sendo maior para mulheres do que para homens. Segundo o

¹ Embora já tenham transcorrido mais de seis anos os dados de 2014 são os mais recentes disponíveis.

mesmo relatório, das 40 causas de morte mais importantes, 33 tem impactos mais acentuados entre mulheres do que entre homens. Esses resultados estariam influenciados tanto a questões biológicas (sexo) quanto às questões de gênero, portanto, social e culturalmente estabelecidas tais como o letramento em saúde, disponibilidade e acesso aos serviços e comportamento e atitudes frente ao cuidado (WHO, 2019).

A compreensão de que existem relações entre masculinidade e cuidado em saúde têm dado origem a análises com base na perspectiva de gênero, focalizando as dificuldades dos homens na busca por assistência de saúde e mostrando que as formas como os serviços lidam com as demandas específicas dos homens pode aumentar as dificuldades de adesão aos serviços. (COUTO, 2010). Esta é uma percepção compartilhada por profissionais de saúde (CARNEIRO et al., 2016) que entendem que uma das várias dificuldades para se implementar a PNAISH na atenção primária, tem relação com esse distanciamento do homem das ações de prevenção.

O gênero pode ser entendido como eixo fundamental que estrutura a identidade. Este, perpassa todas as relações sociais, sendo a primeira forma de dar sentido às relações, como forma de poder e dominação. Separavich e Canesqui (2013) ressaltam a necessidade de mudança da percepção do gênero, para diminuir a “invisibilidade” das necessidades e demandas masculinas, caberia assim aos estudos de gênero

tornar esse homem universal, sem gênero, evocado nas representações sociais como dominador e inabalável, um sujeito de carne e osso, que adoece, morre, que pertence a uma determinada classe social, tem uma cor, faz parte de uma geração, é orientado sexualmente e não detém natural e igualmente o poder na sociedade, como invariavelmente é concebido” (SEPARAVICH; CANESQUI, 2013, p. 425).

Yoshida e Andrade (2016) em estudo sobre o cuidado dos homens em relação às doenças crônicas, identificaram alguns aspectos do comportamento masculino que interferem no cuidado à saúde: a prioridade do trabalho, principalmente dos autônomos, a resistência à procura pelos serviços, geralmente acontecendo em situações de maior gravidade e a interferência do tabagismo e alcoolismo como hábitos não saudáveis mais frequentes. Quirino (2012), 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, quer seja para cuidado próprio (vacinação, troca de curativos e consultas) quer seja acompanhando crianças e mulheres. O mesmo autor relata que eles raramente buscavam ações de prevenção, tendo sua ida ao serviço relacionada às queixas já instaladas. Segundo Cavalcanti et al. (2014), em um estudo sobre obstáculos e estratégias de saúde à assistência integral à saúde do homem, encontraram como resultados relacionados à dificuldade de acesso os seguintes fatores: o número insuficiente de profissionais e os serviços lotados, a vergonha em se expor, o trabalho como prioridade, a necessidade de ampliação dos horários de atendimento e baixa resolutividade das necessidades.

De todo modo, as políticas de saúde, inseridas culturalmente, também corroboram para a construção da identidade masculina ao 'não cuidado'? Esse questionamento foi feito por Pereira e Barros (2015), que destacam que a maioria dos programas de saúde na atenção primária destina-se ao público feminino e há uma segmentação do cuidado em programas, o que agrava a integralidade do cuidado, assim como um desconhecimento dos profissionais sobre a PNAISH. Em um estudo sobre a implementação da PNAISH, Leal et al. (2012), demonstraram que esta foi criada sem mecanismos necessários para efetua-las na prática, com poucas referências à realidade social, econômica e demográfica das localidades, assim como poucas referências às realidades dos serviços de saúde nos municípios ou ao acesso dos homens a este serviço.

Na literatura internacional, vimos confirmar-se a percepção de que padrões tradicionais de masculinidade são obstáculos para a saúde física e mental dos homens e há também o alerta para que sejam implementadas abordagens comunitárias, sensíveis às questões de gênero (STRUICK, 2019; BAKER, 2019; CORDIER; WILSON, 2013). De acordo com Peter Baker (2019), diretor do Global Action on Men's Health, para promover a saúde dos homens, são muito importantes as iniciativas que reúnam homens com interesses comuns e evitam o confinamento. No Reino Unido e Austrália há uma defesa dos espaços coletivos para homens (men's Sheds). Trata-se de ambientes, de base comunitária, que oferecem atividades diversas, coletam informações sobre necessidades de saúde e incentivam o cuidado através de ações educativas. Esta questão, por sua vez, nos mostra outra preocupação bastante presente no cenário internacional: o letramento (ou literacia) em saúde de homens. De acordo com estudo de Oliffe et al. (2019), é necessário

aumentar a capacidade dos homens de compreenderem mensagens sobre saúde, em suas mais diversas formas (campanhas, cartilhas, bulas, por exemplo). Observamos também a ideia de que os homens não podem ser considerados um grupo homogêneo, portanto, uma intervenção pode ser efetiva em uma circunstância e não ser em outra, sendo necessário identificar as características dos diferentes grupos que compõem essa população, uma discussão também bastante presente no Brasil.

Segundo Couto (2010), a organização e rotina dos serviços de saúde têm uma influência importante na reprodução do imaginário social e de gênero que, por sua vez, têm repercussões na atenção oferecida à população. Os serviços de saúde dedicam menos tempo de seus profissionais aos homens e, quando comparado com as mulheres, há pouca oferta e explicações mais breves para os homens sobre mudanças de fatores de risco para doenças. Concordo que essas ações reforcem os padrões sociais de masculinidade e feminilidade associados às noções de cuidado em saúde como indica Couto (2010).

Julião (2011) traz a ideia de que as unidades da ESF não estão preparadas para atender a população masculina com ações de promoção e prevenção de agravos. Carneiro et al. (2016), em seus estudos, mostram que os profissionais de saúde de unidades básicas observam dificuldades diversas para ampliar a qualidade do cuidado, que abrangem a falta de recurso, o desconhecimento sobre a PNAISH, e a baixa oferta de ações de promoção e prevenção para os homens. Moura et al. (2014) defendem a inclusão do homem para a desconstrução do paradigma cultural da masculinidade vigente no imaginário simbólico coletivo, a qual reforça a invulnerabilidade masculina, para assim potencializar uma melhor QV. Segundo Cavalcanti et al. (2014), as dificuldades com o funcionamento da rede, de forma pouco resolutiva, contribuem para a evasão dos usuários do sistema. O estudo ainda destaca que há uma falta de atendimento acolhedor, uma comunicação ineficaz, o que torna ainda mais difícil a adesão dos homens ao serviço de saúde. “É através da comunicação, que será possível compreender a singularidade de cada sujeito, identificando suas fragilidades e facilitando a resolutividade de suas necessidades”. (CAVALCANTI et al., 2014, p. 632). Leal et al. (2012), destacam que os profissionais precisam ser estimulados quanto às questões da saúde dos homens, para já ter impacto no acesso e acolhimento destes. Segundo Teixeira et al. (2014), por meio de ações educativas, os homens podem ser sensibilizados para a responsabilidade de

cuidar de si e dos outros, o que facilitaria romper a barreira existente entre homens e unidades de saúde.

Certamente existem formas diversas de planejar programas mais eficazes, aumentar a procura e adesão ao cuidado longitudinal e criar formas de atuar pautadas na promoção, porém, na presente pesquisa apostamos na ideia de que compreender a percepção dos próprios usuários sobre sua QV e sua saúde é um caminho válido e factível na APS.

3.3 QUALIDADE DE VIDA: QUESTÕES SOBRE AVALIAÇÃO

A avaliação da qualidade de vida (QV) é complicada por não haver uma definição universalmente aceita. (AZEVEDO et al., 2013; MINAYO et al., 2000)

Há registros de avaliação da qualidade de vida desde os anos 1930 (SEIDL; ZANNON, 2004; PEREIRA et al., 2012). Nas últimas décadas, foi percebido um aumento importante dos esforços voltados para o amadurecimento conceitual e metodológico do uso do termo QV na linguagem científica, sendo que a partir de 1990, consolidou-se um consenso entre pesquisadores da área quanto a dois aspectos relevantes do conceito: a subjetividade e a multidimensionalidade. (SEIDL; ZANNON, 2004)

Segundo Minayo et al. (2000) a QV é um conceito que tem se aproximado ao grau de satisfação em várias esferas relacionadas à vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial. Em seu estudo, os autores pressupõem a capacidade de efetuar uma síntese cultural de todos os elementos que determinada sociedade considera seu padrão de conforto e bem-estar. Dessa forma, a QV considera muitos significados, que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades que a ele se reportam em variadas épocas, espaços e histórias diferentes, sendo, portanto, uma construção social com a marca da relatividade cultural.

Minayo et al. (2000) nos chamam a atenção para o fato de que a qualidade de vida é uma noção cujos parâmetros são socialmente construídos, mas individualmente vividos. Esta é uma noção que tem fundamentos em uma vertente histórica, já que as expressões da QV se modificam no tempo de seu desenvolvimento econômico, social e tecnológico de cada sociedade; cultural, na qual valores e necessidades se formam

e são hierarquizados revelando suas tradições; e o terceiro, o qual se refere às classes sociais, nas quais as desigualdades e heterogeneidades são fortes e mostram padrões e concepções de QV estratificados de acordo com cada classe, havendo uma tendência a valorizar os padrões de classes sociais mais privilegiadas. (MINAYO et al., 2020). Dessa forma, os autores demonstram que a noção de QV pode ter muitos significados “transita em um campo semântico polissêmico”: de um lado, está relacionada a modo, condições e estilos de vida e de outro, inclui as ideias de desenvolvimento sustentável e ecologia humana e relaciona-se também ao campo da democracia, do desenvolvimento e dos direitos humanos e sociais.

Pereira et al. (2012) discutem que, embora saúde e qualidade de vida sejam muitas vezes utilizadas como sinônimos, são conceitos que apresentam especificidades, mas também uma grande relação entre si. Existem inúmeras evidências científicas que mostram a contribuição da saúde para a qualidade de vida de indivíduos ou populações, além da contribuição de muitos componentes da vida social, para uma boa qualidade de vida e para que se alcance um perfil elevado de saúde. Destacam ainda, que é preciso mais do que acesso aos serviços médico-assistenciais de qualidade, sendo necessário enfrentar os determinantes da saúde em toda a sua amplitude, o que requer políticas públicas coerentes, uma efetiva articulação intersetorial do poder público e a mobilização da população.

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 e elaboração de um instrumento. Dois objetivos principais motivaram esse eixo de pesquisa. O primeiro, era a crença de que um instrumento que alertasse os médicos para a necessidade de ouvir seus pacientes e ter mais consideração sobre as perspectivas pessoais dos pacientes, poderia interferir no que estava sendo visto como contínua deterioração da relação médico paciente. O outro motivo, tinha um caráter científico mais estrito. A expansão e complexidade das intervenções médicas tornava necessário ampliar os resultados alcançados, incluindo dimensões da qualidade de vida. Em 1996, 25 centros de pesquisa ligados a OMS desenvolviam estudos específicos para estabelecer as questões que fariam parte do instrumento. O Brasil foi um dos países que fez parte desse processo. Em 2004, o WHOQOL já havia

sido incorporado em mais de 40 países e em inúmeras línguas. (SKEVINGTON; SARTORIUS; AMIR, 2004). A Organização Mundial da Saúde (OMS) define 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”. (OMS, 1997). A definição tem grande subjetividade e a intenção é de fato incorporar a subjetividade na avaliação da QV.

Outros objetivos que influenciaram a criação do instrumento foram desenvolver medidas que considerem a QV dentro de uma perspectiva internacional, em que os diferentes países e culturas possam influenciar desde a elaboração dos conceitos que norteiam a elaboração das questões até sua validação (KLUTHCOVSKY; KLUTHCOVSKY, 2009). O resultado inicial foi um longo instrumento, o WHOQOL-100 – que poderia ser aplicado para avaliações mais abrangentes.

Segundo Fleck et al., (2000) a necessidade de oferecer instrumentos curtos que demandam pouco tempo para seu preenchimento, mas com características psicométricas satisfatórias, foi a justificativa para o desenvolvimento da versão abreviada do questionário de qualidade de vida da OMS, o WHOQOL-bref, adotado no presente estudo.

São 26 questões, duas gerais sobre a qualidade de vida e as demais 24 sobre facetas, distribuídas em 4 domínios: físico, psicológico, social e meio ambiente. No domínio físico, são incluídas perguntas sobre atividades de vida diária, dependência farmacológica e ajuda médica, energia ou fadiga, mobilidade, dor e desconforto, sono e repouso e capacidade para o trabalho.

No domínio psicológico, aborda-se imagem corporal e aparência, sentimentos positivos e negativos, autoestima, espiritualidade e religião, aprendizagem, memória e concentração. No domínio relações sociais, estão incorporadas as relações pessoais, rede de apoio e atividade sexual.

Do domínio ambiente, fazem parte os recursos financeiros, segurança, liberdade, cuidados de saúde e sociais, como qualidade do ambiente doméstico, oportunidades de recreação e lazer, ambiente físico e transporte. (MORENO et al., 2006; AZEVEDO et al., 2013).

As perguntas do instrumento são formuladas para respostas em escala do tipo Likert incluindo intensidade (“nada” a “extremamente”), capacidade (“nada” a “completamente”), frequência (“nunca” a “sempre”) e avaliação (“muito insatisfeito” a

“muito satisfeito”). A pontuação é de 0 a 100 para cada domínio, porém não há ponto de corte que indique médias desejáveis, porém quanto mais altas as médias, melhor a percepção da QV do indivíduo. Este apresenta consistência interna, validade discriminante validade concorrente, validade de conteúdo e confiabilidade teste-pré-teste satisfatórios. (FLECK et al., 2000) Os resultados do processo de validação da versão em português do WHOQOL-Bref, confirmam esses resultados (MORENO et al., 2006). Outro aspecto relevante é que tem sido o instrumento de avaliação da QV, mais difundido mundialmente, sendo o Brasil o país que mais tem usado o WHOQOL-bref em publicações. (KLUTHCOVSKY; KLUTHCOVSKY, 2009; ALMEIDA-BRASIL, 2017).

Além do caráter transcultural, os instrumentos WHOQOL valorizam a percepção individual da pessoa, podendo avaliar qualidade de vida em diversos grupos e situações. A aplicação desses instrumentos é ampla e inclui não somente a prática clínica individual, mas também a avaliação da efetividade do tratamento, do funcionamento de serviços de saúde e pode ser utilizado como guia para políticas de saúde (KLUTHCOVSKY; KLUTHCOVSKY, 2009; FLECK, 2000).

Em um dos estudos realizados no Brasil na APS, Almeida-Brasil (2017) apontou como limitação do WHOQOL-bref que o autorrelato dos sujeitos pode ter o viés de ‘resposta para uma direção favorável’, negando assim, traços e comportamentos indesejáveis.

O SUS apresenta uma dificuldade na operacionalização da promoção da saúde. Uma justificativa para tal dificuldade foi apontada por Chiesa et al. (2011) como a limitação de instrumentos e protocolos clínicos atualmente em uso, os quais identificam mais distúrbios físicos do que compreendem outras dimensões envolvendo o processo saúde-doença, tais como dimensão social, familiar e subjetiva. Uma potencialidade do WHOQOL-bref é que existem relações conceituais entre seus domínios e as dimensões da promoção da saúde, sendo um importante instrumento para ampliar a abordagem clínica ou grupal da ESF, dando a essa ampliação um caráter de promoção da saúde.

Azevedo et al. (2013) destacam que a qualidade de vida dos indivíduos é um tema de fundamental importância e precisa ser colocado entre as prioridades das políticas públicas. A avaliação da QV e o conhecimento do perfil de saúde dos indivíduos que buscam a APS podem fornecer informações para subsidiar políticas públicas de saúde, como rastrear a identificação de situações de risco para os agravos

à saúde, priorização de problemas, melhorar a comunicação com pacientes, além do conhecimento de características da população atendida, ambientais e sociais do território. (KLUTHCOVSKY e KLUTHCOVSKY, 2009; ALMEIDA-BRASIL, 2017).

Almeida-Brasil et al. (2017) a partir desse mesmo estudo, destacam a importância de ações para a melhoria da QV para os usuários, a serem promovidas tanto por profissionais de saúde quanto por gestores públicos. Essas medidas podem trazer benefícios e refletir positivamente na qualidade de vida dos indivíduos e devem ser priorizadas pelos atores envolvidos no cenário da APS. Os mesmos autores destacam a importância das ações educativas, as possibilidades de ampliar a divulgação de grupos bem como atuar na qualificação dos profissionais da APS.

Em um artigo sobre doenças crônicas e qualidade de vida na APS, Azevedo et al. (2013) destacam que os médicos de família e comunidade, para atingirem metas nos cuidados de pacientes, precisam desenvolver uma parceria com os pacientes e estabelecer prioridades para atenderem às necessidades deles com o objetivo de manter uma boa QV (AZEVEDO et al., 2013)

O WHOQOL-bref, segundo Chiesa et al. (2011) possibilita também a interação emancipatória com pessoas e grupos em situação de vulnerabilidade, a partir da problematização das expectativas de qualidade de vida que desejam para si e/ou a que tem direito como cidadãos.

A compreensão da saúde como resultado de um processo de produção social que expressa a QV de uma população e de que a melhoria desta para pessoas e grupos é um dos objetivos centrais do cuidado em saúde. Estes são argumentos importantes para justificar a incorporação do WHOQOL-bref como instrumento clínico e de grupos. (CHIESA et al., 2011). Estudos com o WHOQOL-bref vêm sendo usados para avaliar o impacto sobre a QV no contexto da pandemia de Covid - 19, em populações particularmente afetadas (ALGAHTANI et al., 2021; EPIFANIO et al., 2021).

3.4 CONTEXTO DA PESQUISA

Manguinhos é uma região situada na Zona Norte do Rio de Janeiro, às margens da Baía de Guanabara. O nome remete à intensa área de mangue que inicialmente tomava o local. A ocupação urbana da região como hoje se configura, teve início no

século XX com o aterramento das margens da baía e a canalização dos rios, o que proporcionou a ocupação industrial e doméstica do local (FERNANDES; GAMA-ROSA, 2013)

Por se situar próximo ao centro da cidade e a zona portuária, Manguinhos já passou por várias propostas de urbanização e melhorias, tendo como objetivo a instalação de uma zona industrial na região. Também foi proposto transformar o bairro em um “atraente subúrbio carioca”. Na década de 1970, no contexto de “melhorias” e tendo em vista a baixa valorização imobiliária de Manguinhos, instalaram-se várias indústrias e instituições públicas no local, como o centro de distribuição dos Correios. (FERNANDES; GAMA-ROSA, 2013)

Atualmente, o bairro é formado por diversas comunidades, cada uma com origem e perfil sociodemográfico distinto. As habitações, em sua maioria, não seguem os padrões formais e legais estabelecidos para moradias. Faltam muitos serviços públicos essenciais e sobram problemas com poluição do ar e do solo por químicos, lixo e esgoto bem como a presença forte e marcante da violência.

A Fiocruz vem atuando na assistência à população no território de Manguinhos desde a década de 1960, associando iniciativas de pesquisa, ensino e desenvolvimento de tecnologias, em especial no campo da APS, sendo o Centro de Saúde Escola Germano Sival Faria (CSEGSF) uma das unidades responsáveis pelo cuidado dos moradores da área, reconhecida pela comunidade local. É uma unidade mista, composta por sete equipes da ESF e alguns especialistas, como infectologistas, psicólogos e nutricionistas. A unidade se dedica há quase 60 anos na APS, tendo nos últimos 10 anos a ESF.

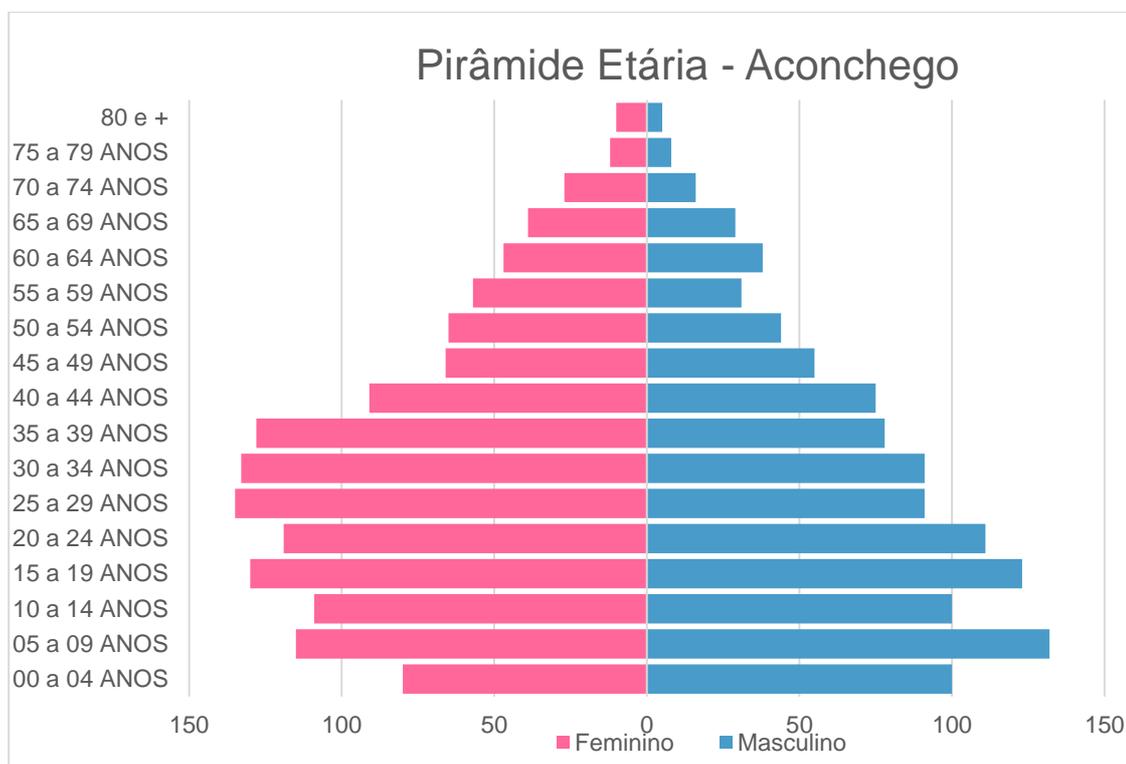
O Conjunto Habitacional Nelson Mandela, área da ESF que foi selecionada como locus desse estudo, surgiu em 1991 como resultado de reivindicações populares por moradias. Houve grande participação da população no projeto de arquitetura das habitações e na escolha do nome. Essa área passou por reformulações com o Programa de Aceleração do Crescimento, com realocação de algumas residências a partir de compra assistida, indenização e aluguel social.

A área tem 1265 famílias cadastradas divididas em 6 microáreas, representando um total de 3240 pessoas. Dessas, 158 famílias são cadastradas como famílias em vulnerabilidade social, mas os relatos cotidianos, em particular das

agentes comunitárias de saúde (ACS) que atuam na área, indicam que este número deve estar subestimado.

A Equipe Aconchego é responsável pelo atendimento da área, sendo atualmente formada por enfermeira, médica preceptora, técnica de enfermagem, seis ACS, dois residentes de medicina de família e comunidade e sete residentes da residência multiprofissional em saúde da família (dentista, farmacêutico, nutricionista, psicóloga, assistente social, educadora física e enfermeira). A maioria dos profissionais tem especialidade em saúde da família ou está se especializando e já fazem parte da equipe há vários anos, com um bom conhecimento dos usuários e território, com exceção dos residentes, que ficam dois anos na equipe.

Gráfico 2- Pirâmide Etária – Equipe Aconchego



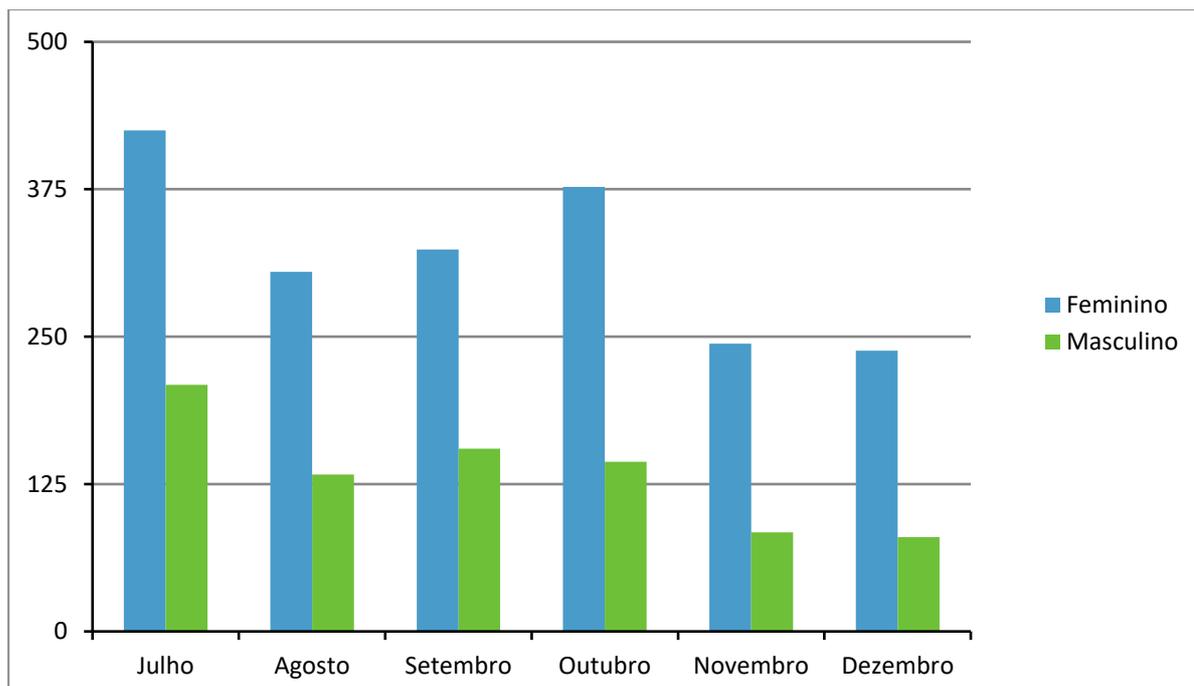
Fonte: PEP e-SUS AB - 07/2020.

Em relação a população masculina, são 749 homens cadastrados com idade entre 20 e 59 anos, faixa etária priorizada pela PNAISH, o que representa 23,11% da população da comunidade.

O gráfico 3 demonstra a grande diferença do número de atendimentos femininos, em relação aos masculinos, na faixa etária de 20 a 59 anos. Todos os

meses demonstrados os atendimentos à população feminina foram mais que o dobro em relação à masculina, o que aponta a necessidade de maior atenção aos homens da comunidade.

Gráfico 3 - Atendimentos de mulheres e de homens - Equipe Aconchego – Manguinhos – CSEGSF/FIOCRUZ Julho a dezembro de 2019²



Fonte: e-SUS, Ministério da Saúde, 2019.

² Optamos por utilizar dados de 2019 dado que em 2020 pela pandemia houve grande alteração.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

- Avaliar a autopercepção da qualidade de vida de usuários homens, vinculados à Equipe Aconchego, coberta pela Estratégia Saúde da Família da área de Manguinhos, zona norte do município do Rio de Janeiro.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever o perfil sociodemográfico da população do estudo
- Identificar que domínios interferem mais negativamente na qualidade de vida dos homens residentes da área de estudo;
- Identificar que domínios interferem mais positivamente na qualidade de vida dos homens residentes da área de estudo;
- Recomendar estratégias de ação para a ESF do CSEGSF visando a melhoria da qualidade da atenção em saúde à população de homens da área de estudo.

5 METODOLOGIA

5.1 TIPO DE ESTUDO/DELINEAMENTO

Trata-se de um estudo descritivo de abordagem quantitativa de corte transversal.

Para estimar o cálculo da amostra e forma de seleção foi calculada um tamanho de 135 homens. Esse tamanho é suficiente para estimar os escores de todos os domínios, com um intervalo de confiança de 95% com tamanho igual a 5% da média suposta a priori. Considerou-se como média a priori do escore o valor de 52,4 e desvio padrão de 15,5. Este foi o menor valor encontrado no estudo de Almeida-Brasil et al (2017).

A seleção da amostra foi por sorteio aleatório simples, com dados coletados do sistema E-SUS, prontuário eletrônico utilizado na unidade de saúde desde 2017. Foram sorteados 197 homens com idade entre 20 e 59 anos, moradores cadastrados do território adscrito da Equipe Aconchego, do CSEGSF, tendo como base a faixa etária definida pela população alvo 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, os quais foram excluídos por terem, sabidamente, transtornos de saúde mental grave. A amostra final foi de 123 homens entrevistados. O número foi um pouco menor do que o cálculo inicial de 135 homens, com uma menor precisão das estimativas.

As entrevistas foram efetuadas entre agosto e setembro por profissionais de saúde, presencialmente, no peridomicílio, atendendo às recomendações estabelecidas para a prevenção da Covid -19. Os profissionais foram treinados e atuaram como bolsistas. Os entrevistados foram informados dos aspectos éticos e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Para avaliação da QV foi usado o questionário WHOQOL-Bref e um questionário de dados sociodemográficos, elaborado para o estudo.

O banco de dados foi constituído por 123 homens avaliados de acordo com sete variáveis categóricas (Quadro 1) ou seja, dados qualitativos que expressam características e que não possuem valores quantitativos e 26 questões, duas gerais e 24 específicas, que compõem o questionário WHOQOL-Bref. Essas 24 questões,

correspondem às facetas dos quatro domínios do WHOQOL-Bref listadas abaixo dos 4 domínios: Domínio Físico (Q3, Q4, Q10, Q15, Q16, Q17 e Q18), Domínio Psicológico (Q5, Q6, Q7, Q11, Q19 e Q26), Domínio Relações Sociais (Q20, Q21 e Q22) e Domínio Meio Ambiente (Q8, Q9, Q12, Q13, Q14, Q23, Q24 e Q25).

Quadro 1 – Variáveis categóricas definidas para o estudo

Variáveis categóricas definidas para este estudo
1.Viver com parceiro
2 Escolaridade
3.Renda própria
4.Renda familiar
5.Última vez que procurou o serviço
6. Tipo de atendimento

Fonte: Elaboração própria.

Domínios e facetas do WHOQOL-bref

I - Domínio físico

1. Dor e desconforto;
2. Energia e fadiga;
3. Sono e repouso;
4. Mobilidade;
5. Atividades da vida cotidiana;
6. Dependência de medicação ou de tratamentos;
7. Capacidade de trabalho.

II - Domínio psicológico

8. Sentimentos positivos;
9. Pensar, aprender, memória e concentração;
10. Autoestima;
11. Imagem corporal e aparência;
12. Sentimentos negativos;
13. Espiritualidade/religião/crenças pessoais.

III - Relações sociais

14. Relações pessoais;
15. Suporte (Apoio) social;
16. Atividade sexual.;

IV - Meio ambiente

17. Segurança física e proteção;
18. Ambiente no lar;
19. Recursos financeiros;
20. Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade;
21. Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades;
22. Participação e oportunidades de recreação/lazer;

- 23. Ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima);
- 24. Transporte;

Para realizar a análise descritiva das variáveis categóricas e as facetas de cada domínio, foram utilizadas as frequências absolutas e relativas e, 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 (EFRON; TIBSHIRANI, 1993). 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.) (CHIN, 1998), sendo que é necessário apresentarem valores superiores a 0,70 (TENENHAUS et al., 2005), ou valores superiores a 0,60 no caso de pesquisas exploratórias (HAIR et al., 2009) para ocorrer a validação.

Com o intuito de verificar a correlação entre os domínios, foi utilizada a correlação de Spearman (HOLLANDER; WOLFE, 1999). A correlação de Spearman é uma medida limitada entre -1 e 1, sendo que quanto mais próximo o coeficiente estiver de -1 maior a correlação negativa e quanto mais próximo o coeficiente estiver de 1 maior a correlação positiva. Para visualizar a relação entre cada domínio foi construído um correlograma, sendo que quanto mais próximo de azul, maior a correlação positiva e quanto mais próximo de vermelho, negativa. Além disso, o "x" representa correlação não significativa.

Com o objetivo de relacionar as variáveis categóricas com os quatro domínios foi utilizado o teste de Mann-Whitney (HOLLANDER; WOLFE, 1999) para as variáveis com duas categorias e o Teste de Kruskal-Wallis (HOLLANDER; WOLFE, 1999) para variáveis com 3 ou mais categorias. Além disso, quando o teste de Kruskal Wallis evidenciou diferença significativa, foi utilizado o teste de Nemenyi (HOLLANDER; WOLFE, 1999) para as comparações múltiplas. Para verificar a correlação entre as variáveis numéricas ou ordinais e os domínios foi utilizada a correlação de Spearman (HOLLANDER; WOLFE, 1999). 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/FIOCRUZ, de acordo com a resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, conforme protocolo nº 4.041.236.

6 RESULTADOS

Foram entrevistados 123 homens cadastrados na equipe Aconchego, do território de Manguinhos, o que representa 20,7% da população de homens com idade entre 20 e 59 anos.

Em relação às características sociodemográficas da amostra, observa-se que a maioria dos indivíduos (68,29%) vivia com companheira(o), tinha ensino fundamental incompleto (47,97%). Ainda que 60,98% dos homens refiram ter uma renda própria, quando observamos os valores veremos que praticamente metade (50,41%), tinha renda de 1 salário-mínimo e que 19,51% têm renda inferior a 1 salário-mínimo. O percentual se repete quando questionados sobre renda familiar. No que diz respeito à relação com a unidade de saúde, 32,52% dos indivíduos procuraram atendimento no CSEGSF nos últimos 6 meses, e 61,54% o fizeram há 2 anos ou menos, 6,5% têm um afastamento significativo, não procurando há mais de cinco anos ou nunca compareceram em uma unidade de saúde, podendo se afirmar que a maioria dos usuários tem alguma ligação com o serviço. Quando consideramos o tipo de atendimento, vimos que o maior percentual, 24,39%, foram de atendimentos em razão de queixa aguda, 22% foram a unidade para vacinação. Neste período, houve três dias de campanha de vacinação contra o sarampo, com o público-alvo de 06 meses a 49 anos (lembramos aqui que a coleta de dados foi anterior à vacinação contra Covid -19). Desses, 10% não lembram se estiveram na unidade, embora a pergunta se refira a um período relativamente curto, 6 meses anteriores, e a população da pesquisa não ser 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	12,20
	Ensino médio completo	32	26,02
	Ensino superior incompleto	4	3,25
	Ensino superior completo	3	2,44
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: Elaboração própria a partir dos dados do estudo.

Observa-se que os homens apresentaram, em média, 38,51 anos com desvio padrão de 11,86 anos. Dado que a idade mínima observada foi 20 anos e a idade máxima 59 anos, correspondendo a faixa etária privilegiada na PNAISH.

Sobre os resultados para o bloco de duas questões gerais acerca da qualidade de vida, pode-se concluir que 70,73% dos homens entrevistados avaliam positivamente sua saúde, a maioria (63,41%) avaliou a sua qualidade de vida como boa e 54,47% e 7,32% como muito boa. Embora 26,83 tenham dito que não estão nem satisfeitos nem insatisfeitos com sua saúde, o dado de satisfação (satisfeito ou muito satisfeito) atinge nível elevado, 66,7% dos entrevistados, (Tabela 2).

Tabela 2 - Análise descritiva das questões gerais

	Questões	N	%
Q1 - Como você avalia sua qualidade de vida?	Muito ruim	0	0,00
	Ruim	5	4,07
	Nem ruim, nem boa	31	25,20
	Boa	78	63,41
	Muito boa	9	7,32
Q2 - Quão satisfeito (a) você está com a sua saúde?	Muito insatisfeito	2	1,63
	Insatisfeito	6	4,88

Nem satisfeito, nem insatisfeito	33	26,83
Satisfeito	67	54,47
Muito satisfeito	15	12,20

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do estudo.

A análise descritiva das questões dos domínios Físico, Psicológico, Relações Sociais e Meio Ambiente apresentadas na tabela 3 e gráficos 4, 5, 6 e 7 evidencia que:

Físico

- 50,41% dos indivíduos alegaram que sua dor impedia muito pouco de realizar suas atividades;
- 45,53% dos indivíduos alegaram que não precisaram de nenhum tratamento médico para levar sua vida;
- 38,21% dos indivíduos alegaram que tinham muita energia para o seu dia a dia;
- 42,48% dos indivíduos alegaram que eram muito bons em se locomover;
- 32,52% dos indivíduos alegaram que estavam satisfeitos com o seu sono;
- 55,28% dos indivíduos alegaram que estavam satisfeitos com a sua capacidade de desempenhar as atividades do dia a dia;
- 49,59% dos indivíduos alegaram que estavam satisfeitos com a sua capacidade para trabalhar.

Psicológico

- 47,15% dos indivíduos alegaram que aproveitavam bastante a vida;
- 56,66% dos indivíduos alegaram que a sua vida tem bastante sentido;
- 43,09% dos indivíduos alegaram que conseguem se concentrar bastante;
- 44,72% dos indivíduos alegaram que eram completamente capazes de aceitar a sua aparência física;
- 44,72% dos indivíduos alegaram que estavam satisfeitos consigo mesmo;
- 53,66% dos indivíduos alegaram que algumas vezes tinham sentimentos negativos tais como humor, ansiedade, desespero e depressão.

Relações Sociais

- 44,72% dos indivíduos alegaram que estavam satisfeitos com suas relações pessoais, com amigos, parentes, conhecidos e colegas;
- 43,09% dos indivíduos alegaram que estavam satisfeitos com a sua vida sexual;
- 44,72% dos indivíduos alegaram que estavam satisfeitos com o apoio recebido dos amigos.

Meio Ambiente

- 46,34% dos indivíduos alegaram que se sentiam bastante seguros com sua vida diária;
- 40,65% dos indivíduos alegaram que o seu ambiente físico era mais ou menos saudável;
- 39,02% dos indivíduos alegaram que tinham uma quantia média de dinheiro para satisfazer as suas necessidades;
- 31,71% dos indivíduos consideraram como média a disponibilidade das informações que ela precisava no dia a dia;
- 32,52% dos indivíduos alegaram que tinham uma quantidade média de oportunidade de atividades de lazer;
- 39,02% dos indivíduos alegaram que estavam satisfeitos com as condições do local onde moravam;
- 50,41% dos indivíduos alegaram que estavam satisfeitos com o seu acesso aos serviços de saúde;
- 34,15% dos indivíduos alegaram que estavam satisfeitos com o seu meio de transporte.

Tabela 3 - Análise descritiva das questões de cada domínio

Domínios	Questões	N	%
Físico	Q3 - Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que precisa?	Extremamente	4 3,25
		Bastante	10 8,13
		Mais ou menos	25 20,33
		Muito pouco	22 17,89
		Nada	62 50,41
	Q4 - O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida?	Extremamente	6 4,88
		Bastante	20 16,26
		Mais ou menos	16 13,01
		Muito pouco	25 20,33
		Nada	56 45,53
	Nada	4 3,25	

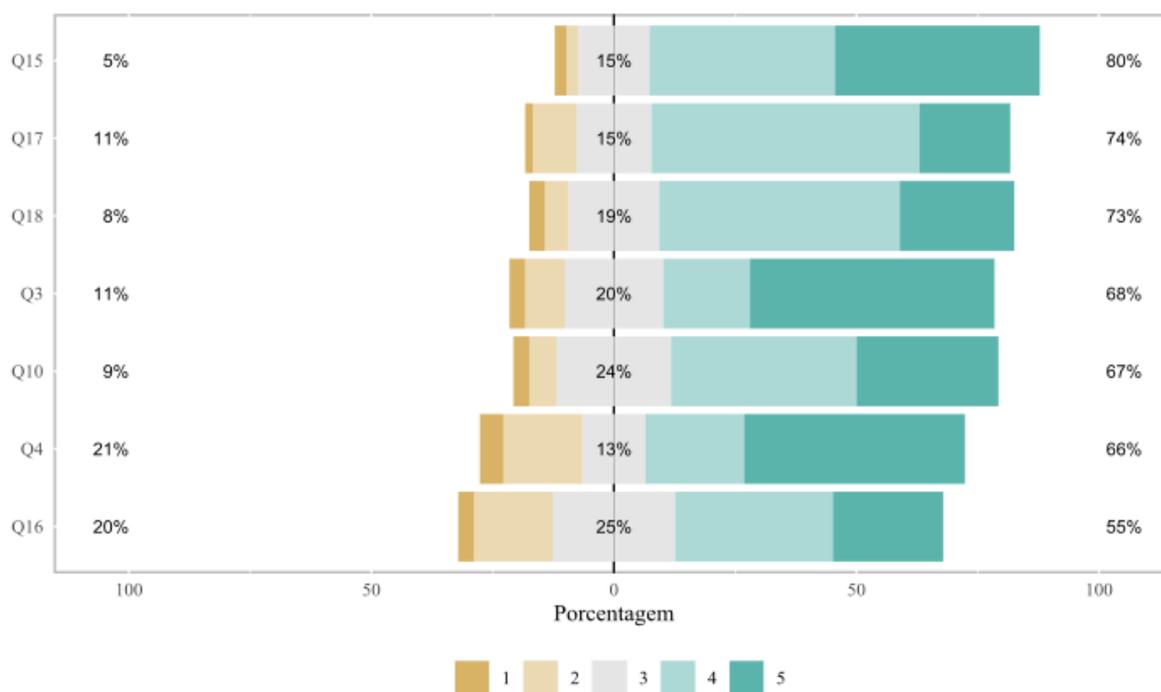
Psicológico	Q10 - Você tem energia suficiente para seu dia a dia?	Muito pouco	7	5,69
		Médio	29	23,58
		Muito	47	38,21
		Completamente	36	29,27
	Q15 - Quão bem você é capaz de locomover?	Muito ruim	3	2,44
		Ruim	3	2,44
		Nem ruim, nem bom	18	14,63
		Bom	47	38,21
	Q16 - Quão satisfeito você está com seu sono?	Muito bom	52	42,28
		Muito insatisfeito	4	3,25
		Insatisfeito	20	16,26
		Nem satisfeito, nem insatisfeito	31	25,20
	Q17 - Quão satisfeito você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia a dia?	Satisfeito	40	32,52
		Muito satisfeito	28	22,76
		Muito insatisfeito	2	1,63
		Insatisfeito	11	8,94
	Q18 - Quão satisfeito você está com sua capacidade para o trabalho?	Nem satisfeito, nem insatisfeito	19	15,45
		Satisfeito	68	55,28
		Muito satisfeito	23	18,70
Muito insatisfeito		4	3,25	
Q5 - O quanto você aproveita a vida?	Insatisfeito	6	4,88	
	Nem satisfeito, nem insatisfeito	23	18,70	
	Satisfeito	61	49,59	
	Muito satisfeito	29	23,58	
Q6 - Em que medida você acha que sua vida tem sentido?	Nada	4	3,25	
	Muito pouco	15	12,20	
	Mais ou menos	31	25,20	
	Bastante	58	47,15	
Q7 - O quanto você consegue se concentrar?	Extremamente	15	12,20	
	Nada	0	0,00	
	Muito pouco	2	1,63	
	Mais ou menos	17	13,82	
Q11 - Você é capaz de aceitar sua aparência física?	Bastante	66	53,66	
	Extremamente	38	30,89	
	Nada	1	0,81	
	Muito pouco	14	11,38	
Q19 - Quão satisfeito você está consigo mesmo?	Mais ou menos	37	30,08	
	Bastante	53	43,09	
	Extremamente	18	14,63	
	Nada	4	3,25	
Q26 - Com que frequência você tem sentimentos negativos, tais como mau	Muito pouco	8	6,50	
	Médio	18	14,63	
	Muito	38	30,89	
	Completamente	55	44,72	
	Muito insatisfeito	1	0,81	
	Insatisfeito	2	1,63	
	Nem satisfeito, nem insatisfeito	24	19,51	
	Satisfeito	55	44,72	
	Muito satisfeito	41	33,33	
	Sempre	2	1,63	
	Muito frequentemente	8	6,50	

	humor, ansiedade, desespero, depressão?	Frequentemente	14	11,38
		Algumas vezes	66	53,66
		Nunca	33	26,83
		Muito insatisfeito	6	4,88
	Q20 - Quão satisfeito você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	Insatisfeito	4	3,25
		Nem satisfeito, nem insatisfeito	29	23,58
		Satisfeito	55	44,72
		Muito satisfeito	29	23,58
		Muito insatisfeito	6	4,88
		Insatisfeito	6	4,88
Relações Sociais	Q21 - Quão satisfeito você está com sua vida sexual?	Nem satisfeito, nem insatisfeito	21	17,07
		Satisfeito	53	43,09
		Muito satisfeito	37	30,08
		Muito insatisfeito	10	8,13
		Insatisfeito	8	6,50
	Q22 - Quão satisfeito você está com apoio que recebe dos amigos?	Nem satisfeito, nem insatisfeito	28	22,76
		Satisfeito	58	47,15
		Muito satisfeito	19	15,45
		Nada	4	3,25
		Muito pouco	9	7,32
	Q8 - Quão seguro você se sente em sua vida diária?	Mais ou menos	40	32,52
		Bastante	57	46,34
		Extremamente	13	10,57
		Nada	12	9,76
		Muito pouco	22	17,89
	Q9 - Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos?)	Mais ou menos	50	40,65
		Bastante	30	24,39
		Extremamente	9	7,32
		Nada	25	20,33
		Muito pouco	27	21,95
	Q12 - Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	Médio	48	39,02
		Muito	12	9,76
Meio Ambiente		Completamente	11	8,94
		Nada	6	4,88
		Muito pouco	24	19,51
	Q13 - Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia a dia?	Médio	39	31,71
		Muito	31	25,20
		Completamente	23	18,70
		Nada	19	15,45
		Muito pouco	36	29,27
	Q14 - Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	Médio	40	32,52
		Muito	12	9,76
		Completamente	16	13,01
		Muito insatisfeito	10	8,13
		Insatisfeito	16	13,01
	Q23 - Quão satisfeito você está com as condições do local onde mora?	Nem satisfeito, nem insatisfeito	36	29,27
		Satisfeito	48	39,02

	Muito satisfeito	13	10,57
	Muito insatisfeito	5	4,07
	Insatisfeito	6	4,88
Q24 - Quão satisfeito você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	Nem satisfeito, nem insatisfeito	28	22,76
	Satisfeito	62	50,41
	Muito satisfeito	22	17,89
	Muito insatisfeito	19	15,45
	Insatisfeito	17	13,82
Q25 - Quão satisfeito você está com seu meio de transporte?	Nem satisfeito, nem insatisfeito	33	26,83
	Satisfeito	42	34,15
	Muito satisfeito	12	9,76

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do estudo.

Gráfico 4 - Frequência relativa dos níveis das questões do domínio físico
Domínio Físico

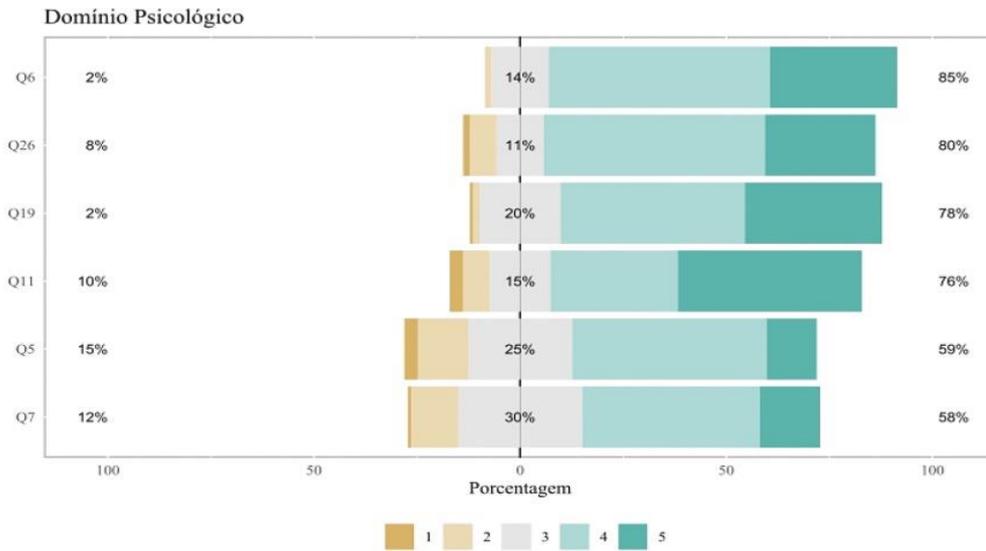


Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do estudo.

O gráfico acima nos permite visualizar o percentual de respostas com significado negativo (marrom e bege), neutro (cinza) e positivo (verde claro e verde escuro). Observa-se assim, por exemplo, que o item sobre capacidade de locomoção (questão 15) obteve 5% de avaliações negativas, 15% neutras e 80% positivas. O domínio do meio ambiente, que teve os piores escores de avaliação, apresentam avaliações mais negativas que os demais (área marrom e bege) sendo que as duas piores avaliações, dentre todas as facetas do instrumento, são para o item sobre opções de lazer (questão 14) em que apenas 23% dos entrevistados avaliam

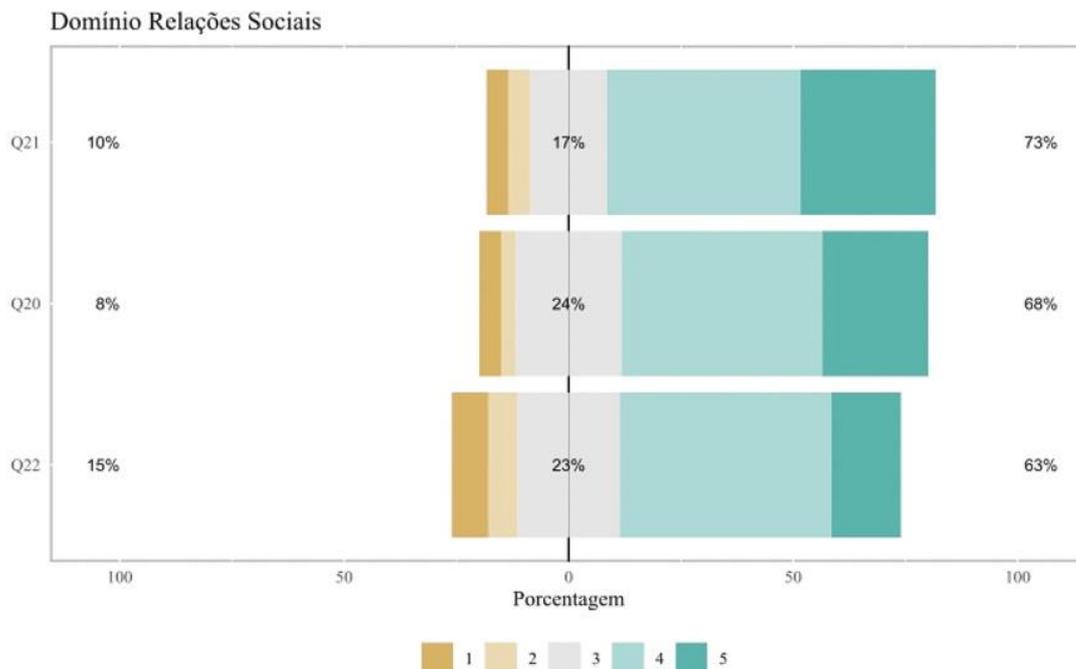
positivamente e sobre a suficiência de recursos financeiros para as necessidades (questão 12), no qual apenas 19% apresentam avaliação positiva.

Gráfico 5 - Frequência relativa dos níveis das questões do domínio psicológico



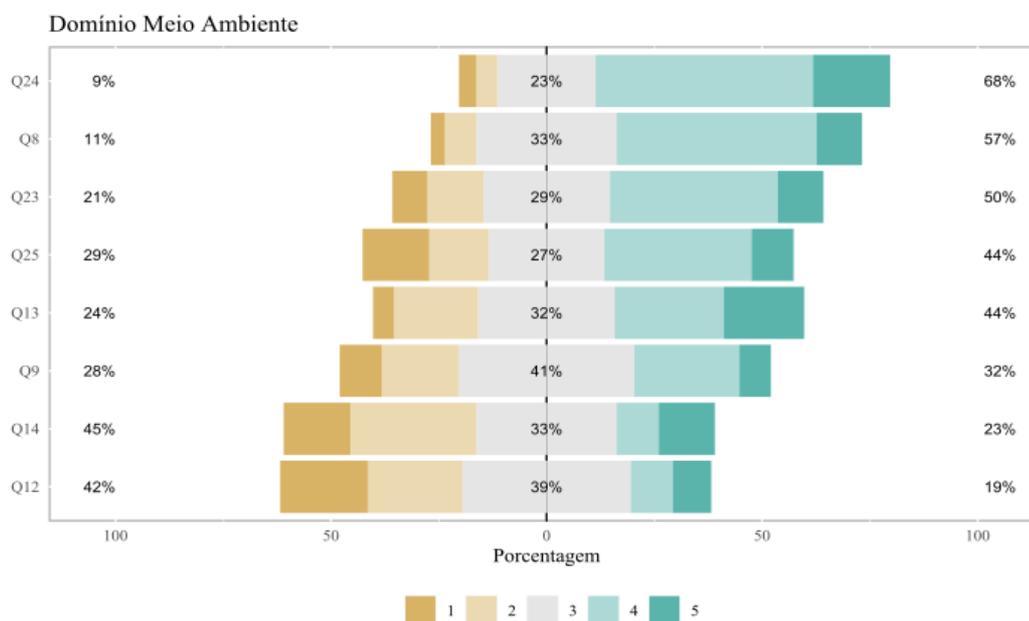
Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do estudo.

Gráfico 6 - Frequência relativa dos níveis das questões do domínio relações sociais



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do estudo.

Gráfico 7- Frequência relativa dos níveis das questões do domínio meio ambiente



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do estudo.

A Tabela 4 apresenta a análise de confiabilidade dos domínios. Dessa forma, os quatro domínios apresentaram Alfa de Cronbach (AC) ou Confiabilidade Composta (CC) acima de 0,60. Ou seja, todos apresentaram os níveis exigidos de confiabilidade.

Tabela 4 - Validação dos domínios

Domínios	Itens	A.C. ¹	C.C. ²
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

¹Alfa de Cronbach; ²Confiabilidade Composta.

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do estudo.

Em relação à descrição dos domínios, conforme quadro 2 e tabela 5, destaque-se, que para a criação dos indicadores dos domínios, foi realizada a média das questões de cada domínio.

Quadro 2- Médias dos domínios

Domínio	Média (DP)
Psicológico	3,9 (0,56)
Físico	3,87(0,66)
Relações Sociais	3,74(0,85)
Meio Ambiente	3,18(0,59)

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do estudo.

Tabela 5 - Análise descritiva dos indicadores dos domínios.

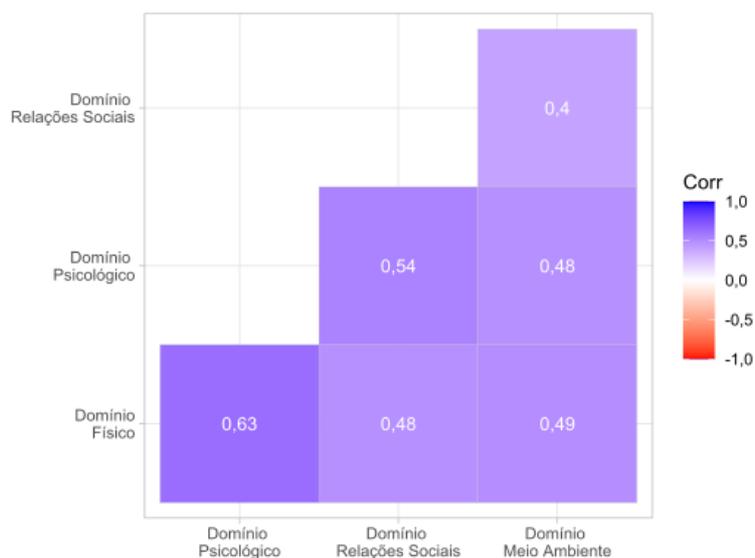
Indicadores	N	Média	D.P.	I.C(95%) ¹	Mín.	Máx.
Físico	123	3,87	0,66	[3,76 ; 3,98]	1,86	5,00
Psicológico	123	3,90	0,56	[3,80 ; 4,00]	2,17	5,00
Relações Sociais	123	3,74	0,85	[3,58 ; 3,90]	1,00	5,00
Meio Ambiente	123	3,18	0,59	[3,07 ; 3,28]	1,50	4,88

¹Intervalo Bootstrap.

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do estudo.

Quanto à correlação entre os domínios, (figura 1), quanto mais intenso o tom for de azul maior a correlação positiva e quanto mais próxima de vermelho, maior a correlação negativa. Dessa forma, observa-se que houve correlação significativa (valor-p < 0,05) e positiva ($r > 0,00$) entre todos os domínios. Assim, quanto maior o valor de um domínio maior tenderá a ser o valor dos outros domínios, e vice-versa. Em outras palavras, um homem que tem o domínio físico mais elevado tende a ter os outros domínios também mais elevados.

Figura 1 – Correlação entre os domínios



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do estudo.

Quanto à comparação das variáveis categóricas com o Domínio Físico (tabela 6) foi comprovado que houve diferença significativa (valor-p = 0,032) entre “Renda própria” e o Domínio Físico. Dado que, os indivíduos com maior média no Domínio Físico apresentavam renda própria. Foi demonstrada diferença significativa (valor-p = 0,014) entre “Tipo de atendimento” e o “Domínio Físico”. Visto que, os indivíduos que tiveram o Tipo de atendimento “Outro” apresentam o maior valor médio no domínio e os indivíduos que tiveram atendimento por Assistência farmacêutica apresentaram a menor média no Domínio. Porém, por comparações múltiplas observou-se que nenhuma média é significativamente maior (valor-p³ > 0,05) que as demais.

Tabela 6 - Comparação das variáveis categóricas e o Domínio Físico.

Variáveis		N	Média	Valor-p
Vive com o companheiro	Não	39	3,89	0,756 ¹
	Sim	84	3,87	
Renda própria	Não	48	3,69	0,032¹
	Sim	75	3,99	
Última vez em que procurou atendimento no CSEGSF	Nos últimos 6 meses	40	3,63	0,124 ²
	Entre 6 meses e 1 ano	19	4,12	
	1 a 2 anos	13	4,04	
	2 a 5 anos	10	3,76	
	+ de 5 anos	4	4,07	
	Não lembra	33	3,92	
	Nunca	4	4,25	
Tipo de atendimento	Acompanhamento de doença crônica	17	3,33	0,014²
	Queixa aguda (atendimento med/enf)	30	3,92	
	Imunização	28	3,98	
	Coleta de exames	6	3,60	
	Atendimento Covid	5	3,49	
	Procedimento	6	3,83	
	Renovação de receita	6	4,12	
	Assistência farmacêutica	2	3,29	
Atendimento odontológico	3	3,67		
	Laudo	1	3,71	

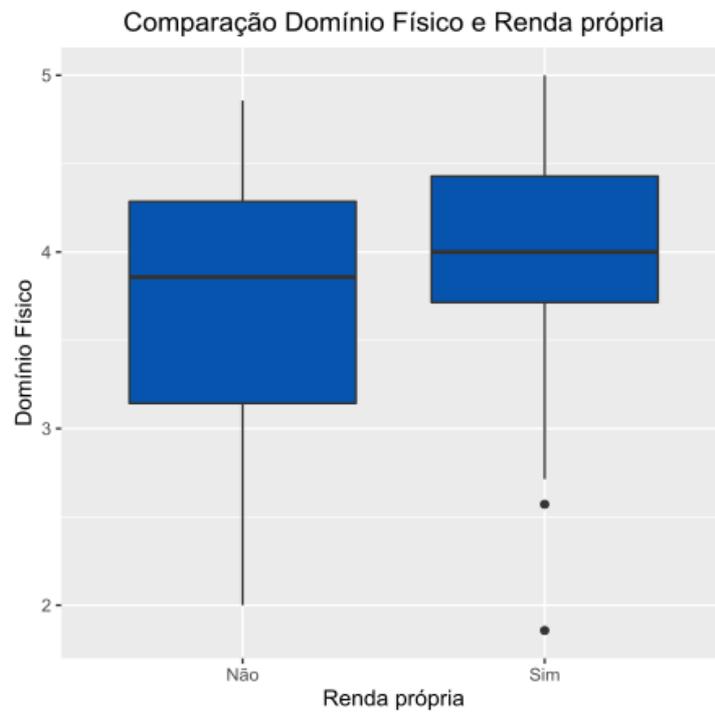
Não lembra	1	4,33
	3	
Outros	6	4,38

¹Teste de Mann-Whitney; ²Teste de Kruskal-Wallis; ³Teste de Comparações Múltiplas de Nemenyi.

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do estudo.

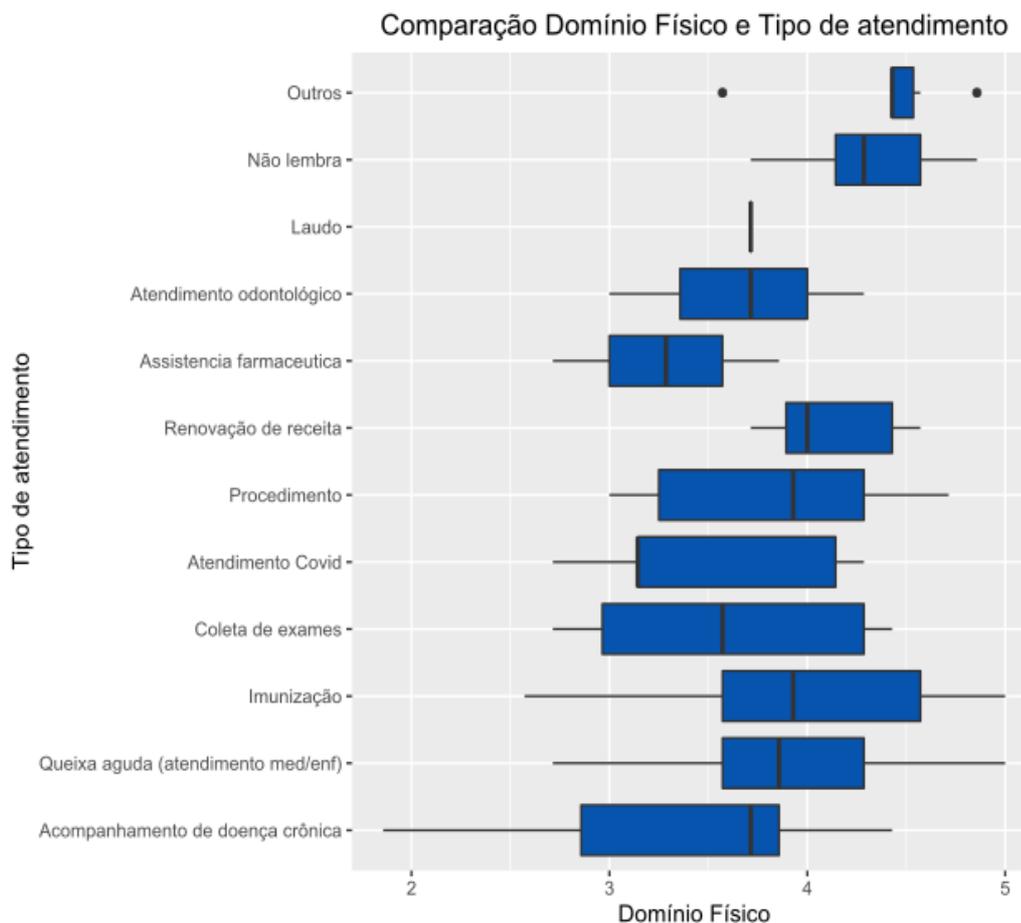
Os gráficos 8 e 9 ilustram as comparações que apresentaram diferença significativa com relação ao Domínio Físico.

Gráfico 8 – Comparação do domínio físico com a variável renda própria



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do estudo.

Gráfico 9 - Comparação do domínio físico com a variável tipo de atendimento



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do estudo.

Pode-se concluir pelo gráfico ³que houve correlação significativa (valor-p = 0,048) e negativa ($r = - 0,18$) entre a Idade e o Domínio Físico. Sendo assim, quanto mais velho for o indivíduo, menor tende a ser o indicador do Domínio Físico e vice-versa. Houve também correlação significativa (valor-p = 0,010) e positiva ($r = 0,23$) entre a Escolaridade e o Domínio Físico. Sendo assim, quanto maior o nível de escolaridade, maior tende a ser o indicador do Domínio Físico e vice-versa (Tabela 7)

³ No gráfico, as palavras “assistência” e “farmacêutica” aparecem sem acento, devido a um corte na imagem.

Tabela 7 - Correlação entre as variáveis numéricas ou ordinais com o Domínio Físico.

Variáveis	r ¹	Valor-p
Idade	-0,18	0,048
Escolaridade	0,23	0,010
Renda Familiar	-0,02	0,835

¹Coefficiente de Correlação de Spearman.

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do estudo.

Em relação à comparação das variáveis categóricas com o Domínio Psicológico, conclui-se que houve diferença significativa (valor-p = 0,020) entre “Renda própria” e o Domínio Psicológico. Sendo que, os indivíduos com renda própria apresentaram um maior valor médio no Domínio Psicológico (Tabela 8).

Tabela 8 - Comparação das variáveis categóricas e o Domínio Psicológico.

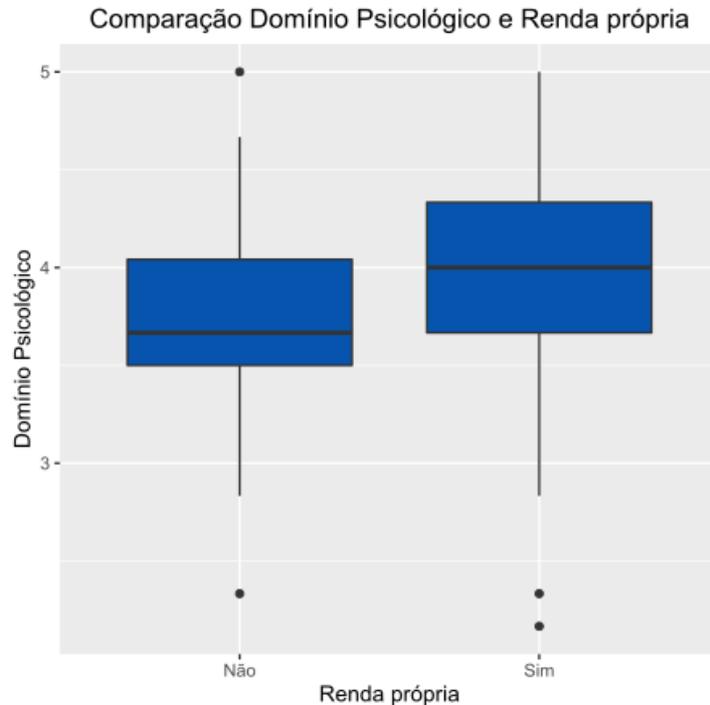
	Variáveis	N	Média	Valor-p
Vive com o companheiro	Não	39	3,89	0,853 ¹
	Sim	84	3,90	
Renda própria	Não	48	3,78	0,020¹
	Sim	75	3,98	
Última vez em que procurou atendimento no CSEGSF	Nos últimos 6 meses	40	3,85	0,107 ²
	Entre 6 meses e 1 ano	19	4,21	
	1 a 2 anos	13	3,79	
	2 a 5 anos	10	3,80	
	+ de 5 anos	4	3,92	
	Não lembra	33	3,83	
	Nunca	4	4,08	
Tipo de atendimento	Acompanhamento de doença crônica	17	3,73	0,111 ²
	Queixa aguda (atendimento med/enf)	30	3,95	
	Imunização	28	3,80	
	Coleta de exames	6	3,36	
	Atendimento Covid	5	3,63	
	Procedimento	6	3,89	
	Renovação de receita	6	4,17	
	Assistência farmacêutica	2	4,17	
	Atendimento odontológico	3	3,83	
	Laudo	1	4,33	
	Não lembra	13	4,18	
Outros	6	4,33		

¹Teste de Mann-Whitney; ²Teste de Kruskal-Wallis;

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do estudo.

Houve diferença significativa com relação ao Domínio Psicológico, conforme ilustra a o gráfico 10.

Gráfico 10- Comparação entre o domínio psicológico e a variável renda própria



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do estudo.

Foi demonstrada correlação significativa (valor-p < 0,001) e positiva (r 0,33) entre a Escolaridade e o Domínio Psicológico. Sendo assim, quanto maior o nível de escolaridade, maior tende a ser o indicador do Domínio Psicológico e vice-versa (Tabela 9).

Tabela 9 - Correlação entre as variáveis numéricas ou ordinais com o Domínio Psicológico.

Variáveis	r¹	Valor-p
Idade	0,01	0,909
Escolaridade	0,33	<0,001
Renda Familiar	0,04	0,655

¹Coefficiente de Correlação de Spearman.

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do estudo.

A Tabela 10 apresenta as comparações das variáveis categóricas com o Domínio Relações Sociais que evidencia diferença significativa (valor-p = 0,027) entre Renda própria e o Domínio Relações Sociais. Sendo que, os indivíduos com renda

própria apresentaram um maior valor médio do indicador do Domínio Relações Sociais.

Tabela 10 - Comparação das variáveis categóricas e o Domínio Relações Sociais.

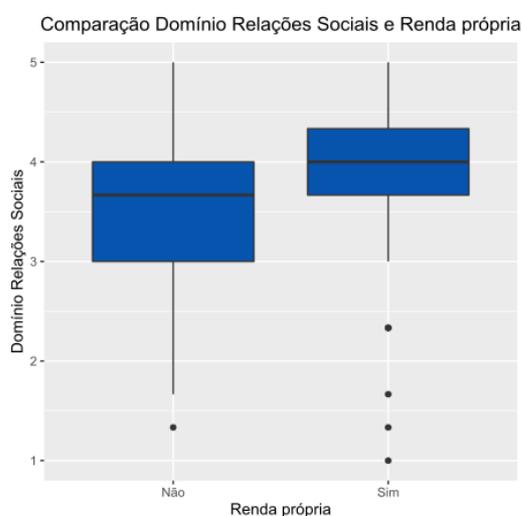
Variáveis		N	Média	Valor-p
Vive com o companheiro	Não	39	3,79	0,813
	Sim	84	3,72	
Renda própria	Não	48	3,54	0,027
	Sim	75	3,87	
Última vez em que procurou atendimento no CSEGSF	Nos últimos 6 meses	40	3,80	0,430
	Entre 6 meses a 1 ano	19	3,88	
	1 a 2 anos	13	3,49	
	2 a 5 anos	10	3,83	
	+ de 5 anos	4	2,92	
	Não lembra	33	3,77	
	Nunca	4	3,75	
Tipo de atendimento	Acompanhamento de doença crônica	17	3,49	0,199
	Queixa aguda (atendimento med/enf)	30	3,62	
	Imunização	28	3,95	
	Coleta de exames	6	3,17	
	Atendimento Covid	5	4,00	
	Procedimento	6	3,39	
	Renovação de receita	6	4,06	
	Assistência farmacêutica	2	4,17	
	Atendimento odontológico	3	3,11	
	Laudo	1	3,67	
	Não lembra	13	4,08	
	Outros	6	3,94	

¹Teste de Mann-Whitney; ²Teste de Kruskal-Wallis.

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do estudo.

Abaixo, segue a comparação que apresentou diferença significativa com relação ao Domínio Relações Sociais (Gráfico 11).

Gráfico 11- Comparação entre o domínio relações sociais e a variável renda própria



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do estudo.

A Tabela 11 apresenta as correlações das variáveis numéricas ou ordinais com o Domínio Relações Sociais, a qual evidencia correlação significativa (valor-p = 0,003) e positiva ($r = 0,27$) entre a Escolaridade e o Domínio Relações Sociais. Sendo assim, quanto maior o nível de escolaridade, maior tende a ser o indicador do Domínio Relações Sociais e vice-versa.

Tabela 11- Correlação entre as variáveis numéricas ou ordinais com o Domínio Relações Sociais.

Variáveis	r ¹	Valor-p
Idade	-0,07	0,458
Escolaridade	0,27	0,003
Renda Familiar	0,14	0,123

¹Coefficiente de Correlação de Spearman.

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do estudo.

Acerca das comparações das variáveis categóricas com o Domínio Meio Ambiente, pode-se concluir que houve diferença significativa (valor-p = 0,005) entre Renda própria e o Domínio Meio Ambiente. Sendo que, os indivíduos com renda própria apresentaram um maior valor médio no Domínio Meio Ambiente (Tabela 12).

Tabela 12 - Comparação das variáveis categóricas e o Domínio Meio Ambiente.

	Variáveis	N	Média	Valor-p
Vive com o companheiro	Não	39	3,26	0,563
	Sim	84	3,14	
Escolaridade	Analfabeto	1	2,88	0,486
	Ensino fundamental incompleto	59	3,12	
	Ensino fundamental completo	9	3,21	
	Ensino médio incompleto	15	3,25	
	Ensino médio completo	32	3,16	
	Ensino superior incompleto	4	3,81	
	Ensino superior completo	3	3,29	
Renda própria	Não	48	2,98	0,005
	Sim	75	3,30	
Renda familiar	Menos de 1 salário mínimo	24	3,03	0,175
	De 1 salário mínimo	62	3,14	
	De 2 a 3 salários mínimos	35	3,32	
	De 4 a 5 salários mínimos	2	3,69	
Última vez em que procurou atendimento no CSEGSF	Nos últimos 6 meses	40	3,07	0,356
	Entre 6 meses e 1 ano	19	3,38	
	1 a 2 anos	13	3,23	

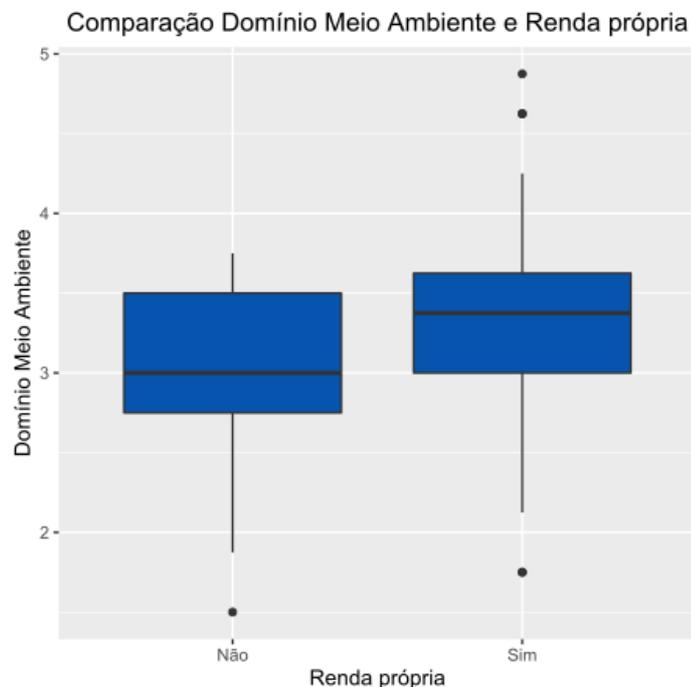
	2 a 5 anos	10	3,38	
	+ de 5 anos	4	3,16	
	Não lembra	33	3,13	
	Nunca	4	3,00	
Tipo de atendimento	Acompanhamento de doença crônica	17	3,06	0,802
	Queixa aguda (atendimento med/enf)	30	3,05	
	Imunização	28	3,29	
	Coleta de exames	6	3,15	
	Atendimento Covid	5	2,98	
	Procedimento	6	3,27	
	Renovação de receita	6	3,13	
	Assistência farmacêutica	2	3,19	
	Atendimento odontológico	3	3,58	
	Laudo	1	3,38	
	Não lembra	13	3,17	
	Outros	6	3,58	

¹Teste de Mann-Whitney; ²Teste de Kruskal-Wallis.

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do estudo.

O gráfico 12 ilustra a comparação que apresentou diferença significativa com relação ao Domínio Meio Ambiente.

Gráfico 12- Comparação do domínio meio ambiente e variável renda própria



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do estudo.

De acordo com a Tabela 13, entre as correlações das variáveis numéricas ou ordinais com o Domínio Meio Ambiente, não houve correlação significativa entre as variáveis numéricas ou ordinais e o Domínio.

Tabela 13 - Correlação entre as variáveis numéricas ou ordinais com o Domínio Relações Sociais.

Variáveis	r¹	Valor-p
Idade	-0,17	0,059
Escolaridade	0,09	0,320
Renda Familiar	0,17	0,057

¹Coefficiente de correlação de Spearman.

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do estudo.

7 DISCUSSÃO

As características sociodemográficas dos participantes do estudo são de baixa renda, sendo mais da metade com renda de 1 salário mínimo e com baixa escolaridade, a maior parte com ensino fundamental incompleto (47,97%) e idade média de 38,9 anos. Podem-se comparar estes resultados com o estudo de Musumeci (2016), realizado em favelas com Unidades de Polícia Pacificadora (UPP) do município do Rio de Janeiro, onde foi encontrado que 45% dos moradores não têm renda ou até um salário mínimo e 49% tem renda entre 1 a 3 salários, com escolaridade baixa, onde 42% dos moradores não tem instrução ou ensino fundamental incompleto. A autora ressaltou que a proporção de pessoas com curso superior nas comunidades é oito vezes inferior à de todo município do Rio de Janeiro. No Brasil, segundo dados do IBGE do Censo Demográfico de 2010, nas favelas e outras áreas de habitação irregular do país, 31,6% dos moradores tinham rendimento domiciliar per capita de até meio salário mínimo em 2010, enquanto nas demais áreas, o percentual era de 13,8%.

No presente estudo, a maioria dos entrevistados viviam com companheira(o), 68,29% da amostra, assim como nas outras favelas com UPP no município (MUSUMECI, 2016). Dados do IBGE (2018) demonstram a relação entre viver em família e a avaliação da qualidade de vida, no qual foi encontrado que a maioria das pessoas que viviam em famílias (44,6%) apresentou uma avaliação positiva da própria saúde, 28,9% como satisfatória e 26,5% como ruim.

Os usuários procuram o atendimento na maioria para queixas agudas, o que é encontrado em vários estudos sobre saúde do homem. (CAVALCANTI et al., 2014; SEPARAVICH; CANESQUI, 2013; YOSHIDA; ANDRADE, 2016; MOURA et al., 2014; PEREIRA; BARROS, 2015; QUIRINO, 2012.) Esse resultado pode ser entendido pela questão histórica de construção do gênero, no qual ser homem é visto com virilidade e invulnerabilidade, assim como a falta da construção do homem ligado ao cuidado. (CAVALCANTI et al., 2014; PEREIRA; BARROS, 2015). Outro aspecto - também relevante - é que os homens têm o trabalho como prioridade, com a preocupação com o sustento da família, sobretudo os autônomos, (YOSHIDA; ANDRADE, 2016). Podemos pensar que existe aí uma sobreposição de fatores. Ao mesmo tempo que tendem a se afastar dos serviços de saúde por questões culturais, tendem a ser

afastados pelos serviços de saúde por questões, objetivas, relacionadas as 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.” (MOURA et al., 2014)

Em outros estudos, também são destacadas as atividades escassas voltadas para os homens, especialmente para prevenção e promoção de saúde, assim como a invisibilidade destes nos serviços. (SEPARAVICH; CONESQUI, 2013; MOURA et al., 2014; PEREIRA; BARROS, 2015; YOSHIDA; ANDRADE, 2016; LEAL et al., 2012). Teixeira et al., (2014) demonstrou a falta de sensibilização dos profissionais em se aperfeiçoarem e em implementar ações para tal público, com pouco entendimento dos objetivos da PNAISH, em um estudo sobre as concepções dos enfermeiros sobre a política. A sobrecarga dos serviços e a comunicação ineficiente com usuários também contribui para tal comportamento masculino. (LEAL et al., 2012; MOURA et al., 2014 veem quais outros artigos citam esse aspecto). Para mudar este cenário, há a necessidade de reinvenção de estratégias que modifiquem a organização dos processos de trabalho e as práticas de cuidado, desconstruindo o paradigma cultural da masculinidade vigente. (PEREIRA; BARROS, 2015; MOURA et al., 2014)

Também se faz necessária aumentar resolutividade em relação às demandas dos usuários e uma melhor comunicação com estes, para melhora da adesão ao cuidado. (CAVANCANTI et al., 2014). Experiências internacionais, falam da utilidade em levar os temas de saúde para outros espaços, criados para favorecer a convivência dos homens, oferecendo atividades diversas e contribuindo para a aproximação com serviços de saúde (BAKER, 2019).

Para avaliar o domínio global da qualidade de vida, foram utilizadas 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., (2016), realizado com homens usuários da APS em Vitória, ES, os autores encontraram resultados semelhantes. Uma das hipóteses para o bom resultado pode ser pela média de idade dos homens encontrada encontrada ser baixa em ambos os estudos, neste, foi de 38,51 anos. O fato da idade média dos indivíduos do estudo ser baixa, tem relação com a boa avaliação destas questões gerais, pois alguns estudos comprovam a relação negativa entre idade e QV (SOUZA et al., 2016).

Quanto menor a idade, menor o número de doenças crônicas e melhor a satisfação com a saúde. Nóbrega et al., (2009) em um estudo com idosos atendidos na APS, conclui 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, seguidos do domínio físico, relações sociais e a menor média encontrada foi do domínio meio ambiente. Podemos comparar estes resultados com os obtidos por Souza et al., (2016), que também realizou o WHOQOL-Bref, em 300 homens usuários da APS no município de Vitória, ES. Uma das hipóteses levantadas para encontrar resultados tão similares é que a amostra apresenta o mesmo perfil também na idade média, com usuários jovens, baixa renda e com baixa escolaridade. Dessa forma, levanta-se a hipótese que apesar dos homens jovens, de classe popular, perceberem as limitações de seus contextos - sociais e ambientais - têm boa percepção dos domínios físicos e psicológicos, sendo esses os que influenciam mais positivamente a qualidade de vida da população estudada. Tal circunstância pode contribuir para o enfrentamento das diversas dificuldades que atravessam a 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 e já foi observado em diferentes contextos locais (no Brasil) e grupos populacionais (MELLER et al., 2020; BARROSO; GUERRA, 2013). Neste 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 meio de transporte. As piores avaliações foram acerca do acesso a informações, oportunidades de lazer e meio de transporte. Sobre o lazer, Peres et al., (2005), trazem no seu estudo, também em Manguinhos, definição que ressalta o lazer e a cultura podem influenciar o processo saúde/doença, tanto no plano individual, quanto no coletivo, demonstrando o quanto projetos sociais voltados para lazer e cultura tem uma dimensão importante na melhora da QV.

Ainda sobre o domínio ambiental, o IBGE (2018) destaca que violência ou vandalismo afetam cerca de 38,2% da população brasileira. O território do estudo, Manguinhos, é uma área com muitas situações de violência, mas apesar disso,

46,34% dos entrevistados alegaram que se sentiam bastante seguros em sua vida diária, dado que surpreendeu. A partir deste 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 os impactos dela na própria QV. Para verificação desta hipótese pode ser necessário estudos posteriores com aprofundamento deste 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 no domínio físico, psicológico e relações sociais. Isso se dá de modo semelhante com a variável 'nível de escolaridade', que está correlacionada com média mais elevadas nestes 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 (AZEVEDO et al., 2013; SOUZA et al., 2016; ALMEIDA-BRASIL, 2017).

Minayo et al., (2000) trazem o debate da QV no plano individual e a relação desta com a classe social. Seus estudos ressaltam que sociedades em que desigualdades e heterogeneidades são muito presentes, padrões e as concepções de bem-estar são também estratificados, 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. Deve ser lembrado que a QV está relacionada ao campo da democracia, do desenvolvimento e direitos humanos e sociais.

8 CONCLUSÕES

Inicialmente, pensamos que os homens entrevistados, por pertencerem a um território de vulnerabilidade social, apresentariam uma má avaliação de sua qualidade de vida. Os resultados nos mostram que os homens registram aspectos críticos de sua qualidade de vida, mas a avaliação geral é boa. O dado mais surpreendente nos fala sobre um sentimento de segurança no próprio território. Isso nos fez refletir mais profundamente, pois ao mesmo tempo em que sabemos 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 - porém, sabemos que é necessário escapar da ideia de que as pessoas em condições sociais mais precárias, não são capazes de valorizar a própria vida e criarem formas de serem felizes, ainda que diante de uma realidade que traz dificuldades.

Vimos 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 confirma ainda o que a literatura já nos diz sobre o fato de que os homens buscam os serviços de saúde para queixas agudas, mas nos mostra também que eles reconhecem o serviço para outras ações. Assim, podemos seguir a linha de pensamento que nos indica que é necessário estreitar o vínculo com os serviços, ao mesmo tempo que devemos saber que esse vínculo existe. Para isso, é necessário assumir que a APS não está preparada para o atendimento do público masculino, mas que isso deve ser construído. Para que isso ocorra é importante estabelecer uma relação direta com os homens, buscando entender essa população, para além das questões biomédicas.

Nesse sentido, confirmamos a necessidade de quebrar o ciclo que contribui para o não cuidado do homem, agindo para romper barreiras socioculturais e institucionais. É necessário desenvolver ações de promoção à saúde e ampliar as de prevenção, com a reinvenção de estratégias que modifiquem a organização dos processos de trabalho e práticas de cuidado.

Assim, é relevante realizar estudos sobre o universo masculino local, e discutir os resultados em equipe para alcançar 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.

A reflexão provocada por esse estudo, aliada a minha experiência, me estimulou a sugerir algumas estratégias para serem ofertadas no âmbito da APS, tais como: grupos de saúde do homem, tanto nas unidades quanto nos territórios com foco em promoção da saúde (entendendo que isso pode passar por temas ligados à saúde e não a doença), contextualizados com as realidades e demandas locais de tal população; oferta de abordagens para temas como tabagismo e etilismo, os quais são muito presentes; trabalhar os diferentes ciclos de vida, como entrada no mercado de trabalho, pré-natal do parceiro, fase da aposentadoria, entre outros.

É necessário também ir além de uma ação somente voltada 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. Dessa forma, estimula-se a cultura do cuidado no universo masculino.

Acredito que quando a articulação entre esses dois temas - a saúde do homem e as ações no âmbito da APS - tornarem-se mais presentes nos serviços de saúde, os diversos profissionais poderão contribuir com ideias de suas áreas de atuação e assim várias outras atividades podem ser criadas nos serviços e em articulação multisetorial para aumentar a prática do cuidado entre os homens, rompendo com a ideia de que cuidar da saúde é se colocar como frágil. Esses são caminhos que podem contribuir para melhorar a qualidade de vida deste grupo populacional importante e que, em certa medida, tem sido negligenciado nos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

ALGAHTANI, Fahad. D. et al. Assessment of the Quality of Life during COVID-19 Pandemic: A Cross-Sectional Survey from the Kingdom of Saudi Arabia. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 18(3), p. 847, 2021. Disponível em <https://doi.org/10.3390/ijerph18030847>. Acesso em 01 abr. 2021.

ALMEIDA-BRASIL, Celline Cardoso et al. Qualidade de vida e características associadas: aplicação do WHOQOL-BREF no contexto da Atenção Primária à Saúde. *Ciência e saúde coletiva*, 22(5): p. 1705-1716, 2017.

ARAÚJO, Maria Deysiane Porto et al. Trajetórias de homens em busca do cuidado em saúde: desafios para a atenção primária em um contexto rural. *Revista Sustinere*, v. 9, p. 187-207, abr., 2021. ISSN 2359-0424. Disponível em Acesso em: <doi:<https://doi.org/10.12957/sustinere.2021.50915>>. Acesso em 7 abri. 2021.

AZEVEDO, Ana Lúcia Soares et al. Doenças crônicas e qualidade de vida na atenção primária à saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 29(9): p. 1774-1782, set, 2013.

BAKER, Peter. Improving men's health: successful initiatives and barriers to progress. *British Journal of Nursing*, v.28(11), p. 721–722, 2019. Disponível em <doi:10.12968/bjon.2019.28.11.721> Acesso em 05 abri. 2021

BARROSO, Sabrina Martins e Guerra, Adriane da Rocha Pereira. Burnout e qualidade de vida de agentes comunitários de saúde de Caetanópolis (MG). *Cad. saúde colet.*, vol. 21(3), p.338-345, set., 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Relatório Final da 13ª Conferência Nacional de Saúde: Saúde e Qualidade de vida: políticas de estado e desenvolvimento/Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Perfil da morbimortalidade masculina no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

CARNEIRO, Liana Maria R et al. Atenção integral à saúde do homem: um desafio na atenção básica. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, v 29(4), p. 554-563, 2016. Disponível em: <http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/5301/pdf>. Acesso: 07 out. 2020.

CARVALHO, Caio Venâncio Duarte et al. Aplicação de questionários online na pesquisa científica com idosos: relato de experiência. Tópico em ciências da saúde. Belo Horizonte: Editora Poisson, 2019.

CAVALCANTI, Joseane da Rocha Dantas et al. Assistência integral a saúde do homem: necessidades e estratégias de enfrentamento. Esc Anna Nery Rev Enf., 18, p. 628-634, 2014.

CESARO, Bruna Campos; SANTOS, Helen Barbosa; SILVA, Francisco Norberto Moreira. Masculinidades inerentes à política brasileira de saúde do homem. Rev Panam de Salud Publica, 42, p. 119-123, 2018.

CHIESA, Ana Maria et al. Possibilidades do WHOQOL-bref para a promoção da saúde na Estratégia de saúde da Família. Rev Esc Enferm USP, 45, p. 1743-1747, 2011.

CHIN, Wynne W. The partial least squares approach to structural equation modeling. In: Methodology for business and management. Modern methods for business research. 1st. ed. Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates Publishers, p. 295–336, 1998.

CORDIER, Reinier; WILSON, Nathan J. Community-based Men's Sheds: promoting male health, wellbeing and social inclusion in an international context. Health Promotion International, 29(3), 483–493, 2013. Disponível em <<https://doi:10.1093/heapro/dat033>>. Acesso em 10 jan. 2021.

COUTO, Maria Thereza et al. O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. Interface - Comunic., Saude, Educ., 14 (33), p.257-70, 2010.

EFRON, Bradley; Tibshirani, Robert J. An Introduction to the Bootstrap. Chapman and Hall, New York, 1993.

EPIFANIO, Maria S et al. The impact of Covid-19 pandemic and lockdown measures on quality of life among Italian general population. J Clin Med, n.2, 289, 2021. Disponível em <https://doi.org/10.3390/jcm10020289>. Acesso em 05 abr. 2021.

FERNANDES, Tania Maria; COSTA, Renato Gama-Rosa. As comunidades de Manguinhos na história das favelas no Rio de Janeiro. Tempo, Niterói, v. 19(34), p.117-133, June, 2013. Disponível em <https://doi.org/10.5533/TEM-1980-542X-2013173410>. Acesso em 19 Jan. 2021.

FLECK, Marcelo Pia de Almeida. The world health organization instrument to quality of the life (WHOQOL-100): Characteristics and perspectives. Ciênc.saúde coletiva. 5(1), p. 33-38, 2000.

FLECK, Marcelo Pia de Almeida et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". Rev Saúde pública. 34(2), p. 178-83, 2000.

FLEURY, Sônia. 30 anos do SUS: desafios e caminhos para o direito à saúde. Distribuidora Fiocruz, 2018. Vídeo, disponível em <<https://www.youtube.com/watch?v=Ycq2NAhRnHc>>. Acesso em 12 nov. 2020

FRANCO, Túlio Batista; MEHRY, Emerson Elias. Trabalho, produção e subjetividade em saúde. São Paulo: Hucitec, 2013.

GIOVANELLA, Ligia; FRANCO, Cassiano Mendes; ALMEIDA, Patty Fidelis de. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? Ciência e saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 25(4), p. 1475-1482, Apr. 2020. Disponível em <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01842020>. Acesso em 13 Jan. 2021.

GIOVANELLA, Ligia et al. Cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil: o que nos mostram as Pesquisas Nacionais de Saúde 2013 e 2019. Cien Saude Colet, dez. 2020. Disponível em <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/cobertura-da-estrategia-saude-da-familia-no-brasil-o-que-nos-mostram-as-pesquisas-nacionais-de-saude-2013-e-2019/17860?id=17860> Acesso em 11 abr. 2021.

GRIFFITI Derek M et al. Men and COVID-19: A Biopsychosocial Approach to Understanding Sex Differences. In: Mortality and Recommendations for Practice and Policy Interventions. *Prev Chronic Dis*,17(63), 16 Jul 2020. Disponível em <doi:10.5888/pcd17.200247>. Acesso em 10 fev. 2020.

HAIR, Joseph F. et al. Análise Multivariada de Dados. Porto Alegre: Bookman, 2009.

HOLLANDER, Myles; WOLFE, Douglas. Nonparametric Statistical Methods. [s.l.] New York: John Wiley & Sons, 1999.

IBGE- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Tábua completa de mortalidade para o Brasil 2017: breve análise da evolução da mortalidade no Brasil. Rio de Janeiro, 2018.

JULIÃO, Gessica Graziela; WEIGELT, Leni Dias. Atenção à saúde do homem em unidades de estratégia de saúde da família. Rev. Enferm, UFSM: 2011.

KLUTHCOVSKY, Ana Cláudia; KLUTHCOVSKY, Fábio Aragão. WHOQOL-bref, um instrumento para avaliar qualidade de vida: uma revisão sistemática. Rev Psiquiatr Rio Gd Sul, 13(3), 2009. Disponível em <https://doi.org/10.1590/S0101-81082009000400007>. Acesso em 10 Fev. 2021.

LEAL, Andrea Fachel; FIGUEIREDO, Wagner dos Santos; NOGUEIRA-DA-SILVA, Geórgia Sibebe. 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. Ciência e saúde coletiva, 17, p. 2607-2616, 2012.

MELLER, Fernanda O. et al. Qualidade de vida e fatores associados em trabalhadores de uma Universidade do Sul de Santa Catarina. Cad. saúde colet, Rio de Janeiro, v. 28 (1), p. 87-97, 2020. Disponível em <https://dx.doi.org/10.1590/1414-462x202028010327>. Acesso em 10 mar. 2020.

MENDONÇA et al. Os desafios urgentes e atuais da Atenção Primária à Saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, Ligia et al. (Orgs). Atenção Primária à Saúde no Brasil: Conceitos, Práticas e Pesquisa. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 29-47, 2018.

MINAYO, Maria Cecilia de Souza; HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; BUSS, Paulo Marchiori. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência e saúde coletiva*, 5(1), p.7-18, 2000.

MOROSINI, Marcia Valeria Guimarães Cardoso; FONSECA, Angélica Ferreira; LIMA, Luciana Dias. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. *Saúde e Debate*. Rio de Janeiro, 42(116), p.11-24, 2018.

MORENO, Arlinda B. et al. Propriedades psicométricas do Instrumento Abreviado de Avaliação de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde no Estudo Pró-Saúde. *Cad. Saúde Pública*, 22(12), 2006. Disponível em <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006001200009>. Acesso em 10 set. 2020.

MOURA, Ery Catarina et al. Atenção à saúde dos homens no âmbito da Estratégia de Saúde da Família. *Ciênc. saúde coletiva*, 19(2), p. 429-438, 2014.

NORONHA et al. O Sistema Único de Saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. (Orgs.). Políticas e sistemas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 365- 391, 2012.

OLIFFE, John et al. Men's health literacy: a review and recommendations. *Health Promotion International*, 2019. Disponível em <doi:10.1093/heapro/daz077>. Acesso em 05 fev. 2021.

OLIVEIRA, Max Moura et al. A saúde do homem em questão: busca por atendimento na atenção básica de saúde. *Ciência e saúde coletiva*, 20(1), p. 273-278, 2015.

PEREIRA, Érico Felden et al. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. *Rev Bras Educ Fís Esporte*, 26(2): 241-250, 2012.

PEREIRA, Mayara Carneiro Alves; BARROS, João Paulo Pereira. Público masculino na Estratégia de Saúde da Família: um estudo qualitativo na Parnaíba- PI. *Psicologia & Sociedade*, 27(3): 587-598, 2015.

PINHEIRO, Francisco et al. Iniquidades regionais e sociais na mortalidade por Covid19 no Brasil. *Revista Brasileira de Gestão e Desenvolvimento Regional G&DR*, 16(4), p. 64-76, 2020.

QUIRINO, Tulio Romerio Lopes. A produção de cuidados no cotidiano de um serviço de atenção à saúde do homem. Dissertação (mestrado) Universidade Federal de Pernambuco. Programa de pós-graduação em psicologia, 165 folhas. Recife, 2012.

SEIDL, Eliane Maria Fleury; ZANNON, Celia Maria Lana da Costa. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad Saúde Pública*, 20(2), p. 580-588, 2004.

SEPARAVICH, Marco Antonio; CANESQUI, Ana Maria. Saúde do homem e masculinidades na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: uma revisão bibliográfica. *Saúde Soc São Paulo*, 22(2), p. 415-428, 2013.

STRIJK, Laura et al. Evaluating a Tool to Support the Integration of Gender in Programs to Promote Men's Health. *American Journal of Men's Health*, 2019. Disponível em DOI: [10.1177/1557988319883775](https://doi.org/10.1177/1557988319883775). Acesso em 20 fev. 2021.

SKEVINGTON, Suzane; SARTORIUS, Norman; AMIR, Marianne. Developing methods for assessing quality of life in different cultural settings. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39(1), p. 1–8, 2004. Disponível em <doi:10.1007/s00127-004-0700-5>. Acesso em 10 jan. 2021.

TEIXEIRA, Cristina et al. Concepções de enfermeiros sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. *Trab. Educ. Saúde*, 12(3), p. 563-576, 2014.

TEMPORÃO, 2018, p. 8. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/icse/v23/1807-5762-icse-23-e180628.pdf> Acesso em 15 fev. 2021.

TENENHAUS, Michel. et al. PLS path modeling: computational statistics and data analysis, v. 48, n. 1, p. 159–205, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). WHOQOL: Measuring quality of life. WHO/MSA/MNH/PSF/97.4, 1997.

YOSHIDA, Valéria Cristina; ANDRADE, Maria da Graça Garcia. O cuidado à saúde na perspectiva de trabalhadores homens portadores de doenças crônicas. *Interface - Comunic., Saúde, Educ*, 20(58), p. 597-610, 2016.

APÊNDICE A – Questionário sociodemográfico

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

1- Idade:

2- Vive com companheiro:

Sim () Não ()

3- Escolaridade:

() Analfabeto

() Ensino fundamental incompleto

() Ensino fundamental completo

() Ensino médio incompleto

() Ensino médio completo

() Ensino superior incompleto

() Ensino superior completo

4 - Possui renda própria?

() Sim () Não

5- Qual a renda familiar

() Menos de 1 salário mínimo

() 1 salário mínimo

() 2 a 3 salários mínimos

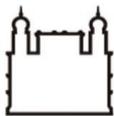
() 4 a 5 salários mínimos

() 6 ou mais salários mínimos

6- Qual última vez em que foi procurou atendimento no CSEGSF?

7- Que tipo de atendimento foi realizado?

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado (a) participante,

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa " **AUTOPERCEPÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE HOMENS USUÁRIOS DA EQUIPE ACONCHEGO COBERTA PELA ESF DA ÁREA DE MANGUINHOS, ZONA NORTE DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO**" desenvolvida por **MARIA CECÍLIA PORTUGAL BRAGA**, discente do curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família do PROFSAUDE/FIOCRUZ, sob orientação a Prof.^a **ANGÉLICA FERREIRA FONSECA**.

O objetivo do estudo é avaliar como os homens percebem sua qualidade de vida e os fatores que mais impactam sobre ela. O benefício direto deste trabalho é contribuir para melhorar as atividades de promoção e prevenção da saúde para os homens, atendidos pela Estratégia de Saúde da Família do Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria /FIOCRUZ.

O convite a sua participação se dá por ser **homem** e ter **idade entre 20 e 59 anos**. Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como, para deixar de participar a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira, caso decida não consentir com sua participação, ou desistir da mesma.

A sua participação consistirá em responder perguntas de um questionário de entrevista, com duração de aproximadamente 10 minutos. O risco da pesquisa consiste num eventual constrangimento durante a realização da entrevista.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

Apenas os pesquisadores do projeto, que se comprometeram com o dever de sigilo e confidencialidade terão acesso a seus dados e não farão uso destas informações para outras finalidades. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resoluções do CNS nº 466/12 e Nº 510/16 e, com ao fim deste prazo, será descartado.

Os resultados deste estudo serão apresentados na comunidade, no Fórum da Equipe de Saúde Aconchego, em reunião no Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria/FIOCRUZ, em eventos da área de saúde e publicado em revista científica nacional e/ou internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo absoluto.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê é formado por um grupo de pessoas que tem por objetivo defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e assim, contribuir para que sejam seguidos padrões éticos na realização das pesquisas.

TEL do CEP/ENSP: (21)2598-2863

E-mail: cep@ensp.fiocruz.br

Endereço do CEP: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1.480 Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro - Cep: 21.014-210

Horário de atendimento ao público: das 09:00 às 16:00.

Contato pesquisador responsável: Maria Cecília Portugal Braga - Médica de Família - Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria/ FIOCRUZ

Tel: (21) 2598-2520

Email: mcecipb@gmail.com

Rio de Janeiro, _____ de _____ de 2020.

Nome e assinatura do pesquisador de campo

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa intitulada "AUTOPERCEPÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE HOMENS USUÁRIOS DA EQUIPE ACONCHEGO COBERTA PELA ESF DA ÁREA DE MANGUINHOS, ZONA NORTE DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO" e concordo em participar. Estou ciente de que receberei uma via deste documento. Haverá rubrica do participante e do pesquisador entrevistador em todas as páginas deste termo.

Impressão datiloscópica

Assinatura do participante ou responsável legal

ANEXO A - Instrumento WHOQOL-BREF

INSTRUMENTO WHOQOL-BREF

WHOQOL – ABREVIADO

Versão em Português

PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE

GENEBRA

Coordenação do GRUPO WHOQOL no Brasil

Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck

Professor Adjunto

Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Porto Alegre – RS – Brasil

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor responda a todas as questões.** Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

Você recebe dos outros o apoio de que necessita?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

Você recebe dos outros o apoio de que necessita?

Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.

		Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
2	Quão satisfeito (a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente

10	Você tem energia suficiente para seu dia a dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia a dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem bom	Bom	Muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia a dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5

22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

A questão seguinte refere-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		Nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	Sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?

Você tem algum comentário sobre o questionário?