

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS

CAROLINE FOSTER MEDEIROS

**ESTADO DE SAUDE PERCEBIDO E QUALIDADE DE VIDA DE HOMENS E
MULHERES ATENDIDOS NA ESTRATEGIA SAÚDE DA FAMILIA**

ALFENAS/MG

2023

CAROLINE FOSTER MEDEIROS

**ESTADO DE SAUDE PERCEBIDO E QUALIDADE DE VIDA DE HOMENS E
MULHERES ATENDIDOS NA ESTRATEGIA SAÚDE DA FAMILIA**

Dissertação de Mestrado apresentado,
para obtenção do Título de Mestre em
Enfermagem, na linha de pesquisa
Processo de Cuidar em Enfermagem do
Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem da Universidade Federal
de Alfenas (UNIFAL-MG)

Orientadora: Namie Okino Sawada

ALFENAS/MG

2023

Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal de Alfenas
Biblioteca Central

Foster Medeiros, Caroline .

Estado de saúde percebido e qualidade de vida de homens e mulheres atendidos na estratégia saúde da família / Caroline Foster Medeiros. - Alfenas, MG, 2023.

93 f. -

Orientador(a): Namie Okino Sawada.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Alfenas, Alfenas, MG, 2023.

Bibliografia.

1. Qualidade de vida. 2. Atenção primária. 3. Estado de saúde. I. Okino Sawada, Namie , orient. II. Título.

Ficha gerada automaticamente com dados fornecidos pelo autor.

CAROLINE FOSTER MEDEIROS

“ESTADO DE SAÚDE PERCEBIDO E QUALIDADE DE VIDA DE HOMENS E MULHERES ATENDIDOS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA”

A Presidente da banca examinadora abaixo assina a aprovação da Dissertação apresentada como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Alfenas. Área de concentração: Enfermagem

Aprovada em: 19 de dezembro de 2023.

Profa. Dra. Namie Okino Sawada
Presidente da Banca Examinadora
Instituição: Universidade Federal de Alfenas

Profa. Dra. Helena Megumi Sonobe – USP
Instituição: Universidade de São Paulo

Profa. Dra. Zélia Marilda Rodrigues Resck – UNIFAL-MG
Instituição: Universidade Federal de Alfenas



Documento assinado eletronicamente por **Namie Okino Sawada, Presidente**, em 19/12/2023, às 10:26, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.unifal-mg.edu.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **1146880** e o código CRC **064DBC08**.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pelas grandes oportunidades que me direciona e a força para realizar e conquistar cada degrau em minha carreira. É com imensa satisfação a realização de um trabalho que servirá para futuras pesquisas e desenvolvimento de atividades pertinentes a saúde da população. Agradeço incansavelmente a minha orientadora Namie Okino Sawada, pela paciência e por todo aprendizado transpassado no qual me ajudou no amadurecimento científico.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de financiamento 001.

RESUMO

Na pesquisa nacional de saúde (PNS), em que as mulheres procuram mais o atendimento em postos de saúde, deixa claro que existe uma diferença entre a perspectiva de vida do homem e da mulher. Diversas causas de mortes de homens por doenças preveníveis representa uma grande parcela dos óbitos registrados quando comparados as mulheres. Perante a relevância da perspectiva de vida e procura por atendimento de saúde de homens e mulheres e frente a escassez de conhecimento sobre a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do homem (PNAISH) e da Mulher (PNAISM), objetivou-se neste trabalho avaliar a percepção do estado de saúde e qualidade de vida deles em consultas agendadas na Estratégia de Saúde da Família (ESF). Para tal, um estudo de tipo quantitativo com corte transversal e abordagem analítica – descritiva foi aplicado na ESF do município de Cambuquira-MG, com 41 homens e 71 mulheres. Utilizou-se instrumentos de pesquisa validados, sendo um questionário sociodemográfico, a escala SF36 e WHOQOL-bref. Para verificar se houve associação entre as variáveis sociodemográficas e os domínios dos instrumentos, aplicou-se o teste Chi quadrado e para comparar os scores entre homens e mulheres aplicou-se o teste de T-Student, ambos considerando $p < 0,05$ como significância estatística pelo software SPSS. Observou-se que há uma predominância ($p < 0,05$) por parte das mulheres na busca de serviços de saúde comparando aos homens; dominância da faixa etária 31 a 60 anos, seguida da faixa de 18 a 30 anos ($p < 0,05$); respectivamente também solteiros, casados, divorciados e viúvos ($p < 0,05$); domínio do nível de escolaridade ensino médio completo ($p < 0,05$). Perante a escala SF36, à percepção do estado geral da saúde no momento atual e há um ano atrás, elas têm melhor percepção do estado de saúde ($p < 0,05$). Já na percepção da dificuldade de realizar certas atividades diárias, houve diferença ($p < 0,05$), onde os homens se demonstraram mais suscetíveis ao domínio. Na percepção da sua saúde física e estado psicológico, as características tiveram diferença no sexo dos participantes ($p < 0,05$), em que mulheres informaram que a saúde física não interfere na diminuição do tempo de trabalho ($p < 0,05$), sem limitações ($p < 0,05$) e sem dificuldades em realizar suas tarefas ($p < 0,05$). Quanto a dor corporal e deficiências emocionais, houve maior porcentagem de mulheres que relataram que não interfere de maneira alguma no desenvolvimento de tarefas diárias ($p < 0,05$). Nos domínios de sentimentos emocionais e aspectos físicos, as mulheres não se auto percebem como pessoas nervosas, deprimidas ou desanimadas, esgotadas e cansadas, e que, ao contrário, elas estão a maior parte do tempo cheias de vigor, com energia, mais calmas e felizes ($p < 0,05$). Para a capacidade funcional, a limitação por aspectos físicos, o estado geral da sua saúde, a vitalidade, a limitação por aspectos emocionais e a saúde mental, foram as participantes do sexo feminino que tiveram scores maiores ($p < 0,05$). Pelo WHOQOL-bref, os resultados sugerem que as mulheres possuem melhor qualidade de vida. Portanto, pode ser concluído que há uma predominância por parte das mulheres, na busca de serviços de saúde, com evidencia de melhor qualidade de vida do que os homens.

Palavras chave: Qualidade de vida; Atenção Primária; Estado de Saúde.

ABSTRACT

The national health survey (PNS), in which women seek more care at health centers, makes it clear that there is a difference between men's and women's perspectives on life. Various causes of death in men due to preventable diseases represent a large portion of registered deaths when compared to women. Given the relevance of the perspective of life and demand for health care for men and women and the lack of knowledge about the National Policy for Comprehensive Health Care for Men (PNAISH) and Women (PNAISM), the objective of this work was to evaluate the perception of their health status and quality of life in appointments scheduled in the Family Health Strategy (ESF). To this end, a quantitative cross-sectional study with an analytical-descriptive approach was applied to the ESF in the city of Cambuquira-MG, with 41 men and 71 women. Validated research instruments were used, including a sociodemographic questionnaire, the SF36 scale and WHOQOL-bref. To check whether there was an association between the sociodemographic variables and the domains of the instruments, the Chi square test was applied and to compare the scores between men and women, the T-Student test was applied, both considering $p < 0.05$ as significance statistics using SPSS software. It was observed that there is a predominance ($p < 0.05$) of women in seeking health services compared to men; dominance of the age group 31 to 60 years old, followed by the age group 18 to 30 years old ($p < 0.05$); respectively also single, married, divorced and widowed ($p < 0.05$); predominance of completed high school education level ($p < 0.05$). Considering the SF36 scale, the perception of their general health status at the current moment and a year ago, they have a better perception of their health status ($p < 0.05$). Regarding the perception of difficulty in carrying out certain daily activities, there was a difference ($p < 0.05$), where men were more susceptible to dominance. In the perception of their physical health and psychological state, the characteristics differed according to the sex of the participants ($p < 0.05$), in which women reported that physical health does not interfere with the reduction of working time ($p < 0.05$), without limitations ($p < 0.05$) and without difficulties in carrying out their tasks ($p < 0.05$). Regarding bodily pain and emotional deficiencies, there was a higher percentage of women who reported that it did not interfere in any way with the development of daily tasks ($p < 0.05$). In the domains of emotional feelings and physical aspects, women do not perceive themselves as nervous, depressed or discouraged, exhausted and tired people, and that, on the contrary, they are most of the time full of vigor, with energy, calmer and happy ($p < 0.05$). For functional capacity, limitations due to physical aspects, the general state of their health, vitality, limitations due to emotional aspects and mental health, female participants had higher scores ($p < 0.05$). According to WHOQOL-bref, the results suggest that women have a better quality of life. Therefore, it can be concluded that there is a predominance of women in seeking health services, with evidence of a better quality of life than men.

Keywords: Quality of life; Primary attention; Health condition

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Domínios, facetas e suas respectivas perguntas conforme o questionário WHOQOL-bref; aplicado em usuários da Atenção Primária. Cambuquira, MG. 2023..	28
Tabela 2 – Distribuição de usuários da Atenção Primária conforme as variáveis sociodemográficas. Cambuquira, MG. 2023 (n=112)..	32
Tabela 3 – Distribuição de usuários da Atenção Primária de acordo sua percepção perante sua saúde no tempo, Cambuquira, MG. 2023 (n=112)..	39
Tabela 4 – Diferença entre homens e mulheres, usuários da Atenção Primária, de acordo com a percepção das atividades físicas que pratica, Cambuquira, MG. 2023 (n=112).	40
Tabela 5 – Diferença entre homens e mulheres, usuários da Atenção Primária , de acordo sua percepção perante sua saúde física e estado psicológico, Cambuquira, MG. 2023 (n=112)	43
Tabela 6 – Distribuição de usuários da Atenção Primária de acordo sua percepção perante sua saúde física ou problemas emocionais, Cambuquira, MG. 2023 (n=112)	44
Tabela 7 – Diferença entre homens e mulheres, usuários da Atenção Primária, de acordo sua percepção perante sentimentos emocionais e aspectos físicos, Cambuquira, MG. 2023 (n=112)..	47
Tabela 8 – Scores do instrumento SF-36, como a média \pm desvio padrão (Coeficiente de variação) obtidos a partir de usuários da Atenção, Cambuquira, MG. 2023 (n=112)..	50
Tabela 9 – Valores (média \pm desvio padrão) das questões específicas do WHOQOL-bref obtidos a partir de usuários da Atenção, Cambuquira, MG. 2023 (n=109)..	53
Tabela 10 – Diferença entre homens e mulheres, usuários da Atenção Primária, conforme o domínio Físico do WHOQOL-bref, Cambuquira, MG. 2023 (n=109)	55
Tabela 11 – Diferença entre homens e mulheres, usuários da Atenção Primária, conforme o domínio de meio ambiente do WHOQOL-bref, Cambuquira, MG. 2023 (n=109)..	58

Tabela 12 – Escores médios (média \pm desvio padrão) de mulheres e homens nos domínios do WHOQOL-bref de usuários da Atenção Primária, Cambuquira, MG. 2023 (n=109)	60
---	----

LISTA DE SIGLAS

PNAISH	Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do Homem
OMS	Organização Mundial da Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
MS	Ministério da Saúde
SIH	Sistema de Informação Hospitalar
SUS	Sistema Único de Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	JUSTIFICATIVA	13
3	OBJETIVOS	14
3.1	OBJETIVO GERAL	14
3.2	OBJETIVO ESPECÍFICO	14
4	REVISÃO DA LITERATURA	15
4.1	POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM	15
4.2	OS PRINCÍPIOS DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM	16
4.3	DAS DIRETRIZES DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM	17
4.4	OBJETIVOS DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM	17
4.5	PERFIL DA MORBIMORTALIDADE MASCULINA NO BRASIL	18
4.6	IDENTIFICAÇÃO DOS PROBLEMAS DE ACESSO DO HOMEM À ATENÇÃO PRIMÁRIA	19
4.7	POLÍTICA NACIONAL A SAÚDE DA MULHER	20
4.7.1	Princípios da Política Nacional de Atenção a Mulher	21
4.7.2	Perfil de Morbimortalidade Feminina no Brasil	21
4.8	QUALIDADE DE VIDA	22
5	MATERIAL E MÉTODO	25
5.1	TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	25
5.2	DELINEAMENTO DO ESTUDO	25
5.3	LOCAL DO ESTUDO	25
5.4	PARTICIPANTES DO ESTUDO, AMOSTRA, AMOSTRAGEM, CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E DE EXCLUSÃO	26
5.5	RISCOS E BENEFÍCIOS	26
5.6	PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS	26
5.7	INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS	27
5.7.1	Questionário de percepção do estado de saúde SF 36	27
5.7.2	Qualidade de vida WHOQOL Bref	28
5.8	PRÉ-TESTE	30

5.9	ASPECTOS ÉTICOS	30
5.10	ANÁLISE DOS DADOS	31
6	RESULTADOS E DISCUSSÃO	32
7	CONCLUSÃO.....	62
	REFERÊNCIAS.....	64
	ANEXOS.....	76
	APÊNDICES	88

1 INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) foi criada para demandar a sociedade masculina os principais cuidados e prevenções que os próprios homens não utilizam devido a sua cultura, possibilitando assim a redução do índice de morbimortalidade por doenças preveníveis e o aumento da expectativa e qualidade de vida (BRASIL, 2008).

Nesse contexto, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), há uma diferença de cinco anos na média de expectativa de vida mundial entre a mulher e o homem, sendo 71 anos para a primeira e 66 anos para o segundo. Em relação aos homens brasileiros, no que diz respeito a mortalidade, a diferença entre homens e mulheres é elevada entre 15 e 39 anos de idade, sendo que em 2010 um homem de 22 anos teria uma chance 4,5 vezes maior de morrer do que uma mulher da mesma idade, onde as causas externas são apontadas como as principais causas de morte (OMS, 2012).

Afirmado dados da OMS, conforme dados disponíveis no DATASUS (BRASIL, 2023), a relação de óbitos devido a causas externas para homens entre 20 e 59 anos, conforme pesquisa em Minas Gerais, continua sendo a principal causa, sendo acidentes e violências (32%), em segundo lugar estão às doenças do aparelho circulatório (16,2%), e em terceiro, as neoplasias (13,2%).

Devido a diferença entre a perspectiva de vida do homem e da mulher foi criada a PNAISH, pois a procura por prevenção em serviço de atenção básica por aqueles é extremamente baixa. Alguns dados preliminares da pesquisa nacional de saúde (PNS) de 2019 ratificam tal entendimento, demonstrando que a diferença de gênero no acesso aos serviços de saúde delimita que as mulheres o procuram mais, sejam para consultas preventivas, questões de saúde reprodutiva e pré-natal. A busca pela integralização da prevenção e qualidade de vida do homem tornou-se um paradigma que necessita ser violado para romper o crêdulo de que ele é um ser invulnerável para as doenças e que cuidado não é considerado apenas um papel feminino.

Diante dessa perspectiva, faz-se necessário investigar a percepção do estado de saúde percebido e a qualidade de vida de homens e mulheres atendidos na ESF para auxiliar no planejamento de assistência e Programas de atendimento a essa população, sendo de grande relevância social, científica e profissional.

2 JUSTIFICATIVA

As causas de mortes de homens por doenças preveníveis representa uma grande parcela dos óbitos registrados durante o ano. Sob essa premissa, o vislumbre da Política Nacional de Atenção ao Homem representa um objetivo que precisa ser evidenciado aos profissionais e usuários de saúde de todo o nosso país.

A busca por evidenciar a diferença entre a quantidade de procura de homens e mulheres por atendimento preventivo nas Estratégias de Saúde da Família trará grande valia para melhoria de atendimentos a esse público, subsidiando o planejamento de programas de promoção à saúde de homens e mulheres.

A relevância deste tema frente a escassez de conhecimento sobre a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde do homem (PNAISH) e da Mulher (PNAISM), demonstra o quanto necessário é priorizar um trabalho que revele e evidencie a prevenção para esse grupo, pois de fato existe um paradigma para a inclusão do homem na linha das ações de saúde e alguns pontos sobre o atendimento das mulheres que deve ser objeto de reflexão.

Os resultados deste trabalho trarão conhecimento e embasamento aos profissionais e usuários que poderão levar a uma mudança na busca pela saúde do homem e da mulher e, por consequência, na redução da diferença entre a perspectiva de vida. Além disso, a produção de conhecimento na área da saúde do homem trará avanços no conhecimento produzido e evidências para o ensino, pesquisa e assistência à saúde.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar e comparar a percepção do estado de saúde e Qualidade de Vida de homens e mulheres em consultas agendadas na ESF.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

São objetivos específicos da dissertação:

- a) caracterização sócio demográfica e de saúde da população masculina e feminina agendadas para consulta na ESF;
- b) avaliar a percepção do estado de saúde e a qualidade de vida de homens e mulheres agendadas para consulta na ESF;
- c) comparar a percepção do estado de saúde e qualidade de vida de homens e mulheres agendadas para consulta na ESF.

4 REVISÃO DA LITERATURA

4.1 POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM

Depois da Atenção em Saúde ter alcançado patamares de melhoria de qualidade de vida em relação às mulheres, crianças e idosos, o Ministério da Saúde, através de estudos sobre políticas de saúde, verificou que o acesso do homem ao sistema de saúde é principalmente para medidas curativas. Demonstra-se, assim, que o homem é avesso à procura para prevenção e autocuidado, protelando qualquer necessidade de atendimento médico e agravando, na maioria das vezes, qualquer doença para as fases mais avançadas. Isso gera maiores problemas e despesas para si e para o sistema de saúde (BRASIL, 2008).

Assim, em 2008, foi criada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), pelo Ministério da Saúde, sendo implantada através da Portaria GM/MS nº 1944, de 27 de agosto de 2009. Essa política é destinada aos homens na faixa etária de 20 a 59 anos, objetivando qualificar a assistência à saúde masculina na perspectiva de linhas de cuidado que resguardem a integralidade, além de qualificar a atenção primária para que ela não se restrinja somente à recuperação, garantindo, sobretudo, a promoção da saúde e a prevenção de agravos evitáveis (BRASIL, 2008).

Nesse viés, a PNAISH foi desenvolvida a partir de cinco eixos temáticos:

Acesso e acolhimento: objetivando reorganizar as ações de saúde, por meio de uma proposta inclusiva, na qual os homens considerem os serviços de saúde também como espaços masculinos e, por sua vez, os serviços reconhecem os homens como sujeitos que necessitam de cuidados.

Saúde sexual e saúde reprodutiva: na busca de sensibilizar gestores(as), profissionais de saúde e a população em geral para reconhecer os homens como sujeitos de direitos sexuais e reprodutivos, os envolvendo nas ações voltadas a esse fim e implementando estratégias para aproximá-los desta temática.

Paternidade e cuidado: objetiva sensibilizar gestores(as), profissionais de saúde e a população em geral sobre os benefícios do envolvimento ativo dos homens desde o planejamento reprodutivo, passando por todas as fases da gestação, parto e cuidados com o desenvolvimento do(a) filho(a), destacando como esta participação pode trazer saúde, bem-estar e fortalecimento de vínculos saudáveis entre crianças, homens e suas(eus) parceiras(os).

Doenças prevalentes na população masculina: buscando fortalecer a assistência básica no cuidado à saúde dos homens, facilitando e garantindo o acesso e a qualidade da atenção necessária ao enfrentamento dos fatores de risco das doenças e dos agravos à saúde.

Prevenção de violências e acidentes: que visa propor e/ou desenvolver ações que chamem atenção para a grave e contundente relação entre a população masculina e as violências (em especial a violência urbana) e acidentes, sensibilizando a população em geral e os profissionais de saúde sobre o tema.

4.2 OS PRINCÍPIOS DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM

De acordo com o Ministério da Saúde (2008), a implantação do PNAISH implicou em mudanças no desenvolvimento da Atenção Primária em Saúde relativas ao homem. Essa política caracteriza a necessidade de quebra nos paradigmas que a população masculina ainda detém por seus valores socioculturais. Com isso, seus princípios buscam a reeducação de modo geral dos serviços públicos de saúde para organizar de maneira integral a forma de acolhimento do público do sexo masculino para a utilização de serviços de saúde. Dessa forma, a implementação da política deve ocorrer hierarquizando a atenção em saúde numa lógica que a porta de entrada para utilização do sistema de saúde seja a atenção primária, caracterizando-a de modo universal, integral e equânime. Para articulação e cumprimento dos princípios, consideram-se os seguintes elementos:

- Universalidade e equidade nas ações e serviços de saúde voltados para a população masculina, abrangendo a disponibilidade de insumos, equipamentos e materiais educativos;
- Articulação com as diversas áreas do governo, com o setor privado e a sociedade, compondo redes de compromisso e corresponsabilidade quanto à saúde e a qualidade de vida da população masculina;
- Informações e orientação à população masculina, aos familiares e a comunidade sobre a promoção, prevenção, proteção, tratamento e recuperação dos agravos e das enfermidades do homem;
- Captação precoce da população masculina nas atividades de prevenção primária relativa às doenças cardiovasculares e cânceres, entre outros agravos recorrentes;

- Capacitação técnica dos profissionais de saúde para o atendimento do homem;
- Disponibilidade de insumos, equipamentos e materiais educativos;
- Estabelecimento de mecanismos de monitoramento e avaliação continuada dos serviços e do desempenho dos profissionais de saúde, com participação dos usuários;
- Elaboração e análise dos indicadores que permitam aos gestores monitorar as ações e serviços e avaliar seu impacto, redefinindo as estratégias e/ou atividades que se fizerem necessárias.

4.3 DAS DIRETRIZES DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM

Para a concretização da Política do Homem foram traçados caminhos para nortear a implantação do programa. Essas diretrizes buscam alinhar: o entendimento do conjunto de ações de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde nos diversos níveis de atenção, priorizando, sempre, a atenção básica com foco na Estratégia de Saúde da Família; delimitar as responsabilidades de execução e gestão dos três níveis para que garantam as condições necessárias para o funcionamento da política; priorizar a humanização e qualidade da assistência a ser prestada; integrar todas as práticas aos programas e políticas já existentes; promover novas formas de pensar e agir através de conexão institucional; reorganizar as ações para a inclusão mútua de homens e serviços de saúde; incluir as ações e responsabilidade nas demais entidades da sociedade como uma prerrogativa de cidadania; aplicar educação permanente aos profissionais do SUS para temas da Atenção Integral à Saúde do Homem; utilização de sistemas de informação alimentados com informações que permitam melhorias nas ações estratégicas de monitoramento e tomadas de decisão; e realizar estudos e pesquisar que contribuam para a melhoria da política (BRASIL, 2008).

4.4 OBJETIVOS DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO HOMEM

Alinhados com os princípios e diretrizes da política, tem-se os objetivos para alcançar, de modo que atinja os anseios que o Ministério da Saúde, junto com as demais entidades envolvidas, traçadas para aquela política. Com esse delineamento, busca-se promover melhorias que contribuam para a redução da morbidade e mortalidade dos homens através do enfrentamento da barreira sociocultural e econômica que marcam a não procura pelos serviços

integrais de saúde. Dentro desses objetivos existem pontos norteadores que são importantes citar, como: a organização hierárquica da atenção integral regida pelo Sistema Único de Saúde; integralizar a rede público-privada para a garantia de uma linha de cuidado à atenção masculina; fortalecer e facilitar a qualidade da atenção para enfrentamento de fatores de risco e agravos a saúde; qualificação continuada dos profissionais da rede; integração com outras áreas governamentais (BRASIL, 2018).

Além desses pontos, existem traçados para a melhoria da assistência em saúde sexual e reprodutiva, inclusive em ações sobre infertilidade e paternidade responsável, além de contracepções cirúrgicas voluntárias, de acordo com a lei, promoção, prevenção e controle de doenças sexualmente transmissíveis e da infecção pelo HIV, incentivando o uso de preservativos. Ainda, nessas medidas busca-se a proteção da gravidez inoportuna, o acesso a métodos para cuidado as disfunções sexuais, a garantia de cuidados a casos especiais nas atenções secundárias e terciárias e promoção a atenção integral aos diversos níveis socioculturais como um todo (BRASIL, 2008).

4.5 PERFIL DA MORBIMORTALIDADE MASCULINA NO BRASIL

De acordo com o Ministério da Saúde (2018), as causas de morbimortalidade são uma importante fonte de informação para o planejamento e tomada de decisões dos gestores. Os dados colhidos entre o período de 2009 e 2015, oriundos do Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) e do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM/SUS), classificam as principais ocorrências de internações e causas, com base no CID-10 e CID-BR e em taxas calculadas por 100 mil habitantes, utilizando as faixas etárias de 20 a 59 anos, ainda conforme dados e estimativas da população de 2012 do IBGE. De acordo com esses dados, a população brasileira é de 109.063.727 habitantes, sendo 53.219.832 homens (48,8%) e 55.843.895 mulheres (51,2%), com maior proporção de homens entre a faixa etária de 20 a 29 anos (17.393.558 – 33%).

Analisando os dados estatísticos apresentados naquela pesquisa, tem-se que de 2009 para 2014 houve um aumento de mortes no Brasil, sendo de 348 para 360 mil respectivamente. Nisso há uma taxa de predomínio maior de óbitos do sexo masculino, sendo as três principais causas: ocorrências externas de morbidade e mortalidade, doenças do aparelho circulatório e neoplasias (tumores). Diferentemente, com as mulheres tem-se a neoplasia (tumores), seguida de doenças do aparelho circulatório e causas externas de morbidade e mortalidade (BRASIL, 2018).

Entre os óbitos por causas externas, a agressão por meio de disparo de arma de fogo ou de arma não especificada fica como a principal causa de morte masculina, sendo maior quanto menor for a idade, seguida de agressão por objeto cortante ou perfurante, acidente com veículo a motor ou não motorizado, tipos de veículo não especificado e lesão autoprovocada intencionalmente por enforcamento, estrangulamento e sufocação (MASCARENHAS *et al.*, 2009).

No ano de 2014, a principal causa de mortalidade masculina entre doenças do aparelho circulatório foi por infarto agudo do miocárdio, seguido de cardiomiopatias, hemorragia intracerebral e acidente vascular cerebral (BRASIL, 2018).

Entre as neoplasias (tumores), apresenta-se as neoplasias malignas dos brônquios e dos pulmões como principal causa de morte masculina, seguida de neoplasias malignas do estômago e esôfago, sendo para todas maiores quanto maior for a idade (INCA, 2019).

Portanto, afirma-se que o homem tem a maior taxa de morbimortalidade comparada ao sexo feminino. A população masculina se envolve na maioria das situações de violência, seja por causa de álcool, drogas ou até mesmo no trânsito. Não procuram os serviços de saúde para prevenção, mostrando que o predomínio ainda é de um comportamento de risco, o que denota a sustentação e necessidade de planejamento e desenvolvimento de estratégias de educação em saúde voltadas para a população masculina, além de reforço na sensibilização deles para o entendimento da sua própria fragilidade e responsabilidade com a saúde. (BRASIL, 2018).

4.6 IDENTIFICAÇÃO DOS PROBLEMAS DE ACESSO DO HOMEM À ATENÇÃO PRIMÁRIA

Dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD/2008) demonstra que a população busca mais o atendimento médico para doenças (50%), seguidas por puericultura, vacinação e prevenção, problemas odontológicos, acidentes e lesões. Nessa linha, verifica-se que as mulheres procuram mais os serviços de prevenção que os homens, sendo que esses buscam atendimento quando decorrentes de acidentes e violências (IBGE, 2010).

É fato que o homem não busca a prevenção como a mulher, justificando a maior taxa de morbimortalidade aferida pelas pesquisas. O homem, como provedor viril, estereotipado como invulnerável e decorrente de medidas culturais que fixaram essa ideia, potencializa a situação frágil em que se encontra ao não reconhecer que sua condição contribui para seu próprio adoecimento e morte. O homem julga-se incapaz de adoecer, demonstrando dificuldade de

reconhecer que necessita mudar o pensamento mágico de invulnerabilidade (FAVORITO *et al.*, 2008).

Neste contexto, identificamos alguns pontos que, verificados junto as diretrizes e objetivos da implantação do PNAISH, demonstram os problemas encontrados para a integralização dos serviços para o homem:

- Os serviços de saúde podem não conseguir absorver a necessidade apresentada pelos homens, devido a sua estruturação para acolhimento principal a mulheres, crianças e idosos, além de incapacidade dos profissionais de saúde para a estimulação dos clientes para a procura do serviço e o próprio atendimento (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007).
- A estruturação dos horários para atendimento apresenta-se como outro fator predominante para problematizar a oferta de serviços de saúde para o homem. Verifica-se que poucas são as unidades de saúde que detém atendimento ampliado de turnos, como o de 24 horas, ou que proporcionam atendimento aos fins de semana ou à noite. Desse modo, os que trabalham no mercado formal com expedientes rígidos não podem se ausentar para utilizar uma consulta preventiva, devido a necessidade de estabilidade e o comprometimento com o emprego (SCHRAIBER *et al.*, 2010).
- Muitos homens acham que o atendimento deve ser pontual e rápido e, por isso, buscam mais o pronto-socorro e farmácia. Reclamam da falta de profissionais e constantes mudanças das consultas ou exames, medicamentos e outros recursos, apontando, ainda, a baixa qualidade no atendimento, que é centrada no médico e marca de medicalização (SCHRAIBER *et al.*, 2010).
- Fatores de natureza social, comportamental, cultural, pessoal, dentre outros, em que colaboram as poucas ações de promoção da saúde e prevenção de doenças direcionadas ao público masculino (FARIA *et al.*, 2015).

4.7 POLÍTICA NACIONAL A SAÚDE DA MULHER

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, PNAISM, foi modificada do termo programa para política, por este, conceitualmente, ser mais abrangente e ressaltar respostas governamentais mais determinantes a problemas de saúde deste grupo, baseados nas diretrizes impostas do SUS e as premissas do direito à saúde. Além disso, durante sua elaboração, baseou-se nas seguintes questões: viabilização de novas necessidades de saúde das mulheres não atendidas noutras políticas públicas; incorporar ações para parte da população

feminina que não tem visibilidade; estabelecer fontes de recursos e as devidas responsabilidades a nível sistemático, respeitando as diretrizes do SUS e segmentos de gestão do Ministério da Saúde; incluir nas políticas a transversalidade de gênero, social e racial e suas especialidades.

Esta política pública iniciou por meio do pensamento de como as mulheres estavam sendo atendidas nos serviços de saúde, criticando os modelos presentes para propor alterações com a proposta do PNAISM, criando a perspectiva de um modelo de atenção que tivesse como princípio o respeito ao direito das usuárias do sistema. Esta proposta de modelo de atenção integral do PNAISM encaminhou para uma gama de necessidades da população feminina como: questões reprodutivas, desigualdades sociais, determinantes de produção de patologias e queixas das mulheres (BARBOSA, 2012).

4.7.1 Princípios da Política Nacional de Atenção a Mulher

A PNAISM nos seus princípios leva em consideração as diversidades, necessidades e o respeito aos municípios brasileiros, abrangendo suas especificidades epidemiológicas e os diferentes níveis de organização local dos sistemas de saúde, tudo com base na filosofia do SUS. Neste entendimento, busca também ser uma referência conceitual e técnica, trazendo a concepção de princípio da integralidade da atenção como requisito para atender às necessidades de saúde de forma completa, humanizada e sistematizada. Esta proposta de modelo integral preconiza todos os processos e necessidades femininas frente às suas queixas (BRASIL, 2008).

A busca pela melhora no atendimento à mulher tende a cair sobre as propostas e princípios advindos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher que, ao ser elaborada, teve foco na melhoria da qualidade de vida e saúde deste grupo, almejando a redução de índices de morbimortalidade feminina, a ampliação, qualificação e humanização das atenções primárias e integrais. Neste contexto, a Portaria nº 1.119, de 5 de junho de 2008, incluiu a obrigação de investigação de óbitos maternos e de mulheres em idade fértil, independente das causas declaradas. Com isso, as condicionantes da morte podem criar políticas públicas para atenção e diminuição daqueles óbitos, ainda mais por causas evitáveis (BRASIL, 2008).

4.7.2 Perfil de Morbimortalidade Feminina no Brasil

É diferenciado a distribuição dos óbitos entre homens e mulheres, sendo que estudos delimitam que mulheres nas faixas etárias abaixo de 60 anos possuem menores taxas de mortalidade que homens, tanto específicas e gerais. A divisão, no Brasil, de óbitos de homens em 2010 foi: na faixa etária com menos de 20 anos – 7,9%, de 20 a 59 anos – 37,7%, de 59

anos ou mais – 54,4%. Os valores entre as mulheres foram respectivamente 6,5%, 23,3% e 70,2% nas mesmas faixas etárias. Apesar de apresentarem reduzidas taxas de mortalidade comparadas aos homens, é essencial analisar os problemas de saúde que são mais frequentes neste grupo, para que haja aprimoramento do planejamento de ações constantes dos programas de saúde dirigidos às mulheres (ABREU; CÉSAR; FRANÇA, 2009).

Um dos maiores problemas a nível global, segundo a OMS, está nas mortes por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Essas DCNT, que são problemas cardiovasculares, respiratórios crônicos, câncer e diabetes, representam cerca de 71% das mortes no mundo, chegando a 57 milhões de mortes anualmente. Desse total, as mortes prematuras, menores que 70 anos, representam 13 milhões, estando mais presentes em países subdesenvolvidos. A maior causa de mortalidade por DCNT é resultante de doenças cardiovasculares, que representam 17,9 milhões de óbitos ou 44% de todas as mortes por doenças crônicas não transmissíveis. Na mesma linha, segue o câncer, representando 9 milhões ou 22%, doenças respiratórias crônicas 3,8 milhões ou 9% e diabetes 1,6 milhão ou 4%. Em comparação entre países, os que são de baixa e média renda tendem a ter quase que o dobro de risco de morrer por DCNT comparado aos que vivem em países de alta renda (OMS, 2016).

Seguindo este contexto, no Brasil as DCNT representam também as principais causas de morbimortalidade. Em 2015, 75% dos óbitos foram relacionados a estas doenças crônicas. No comparativo, 30% são representadas por doenças cardiovasculares e 15,6% neoplasias, atingindo estas as partes mais pobres da população e idosos. Em paridade, de acordo com o *Global Burden of Disease* (GBD), entre 1990 e 2010, foi observado um aumento das doenças isquêmicas do coração, o que representou 34%, e de cerebrovasculares, que resultou 10% entre as mulheres, que foram as maiores causas de morte em 2010. Uma análise de *Years of Life Lost* (YLL) demonstrou um aumento superior a 60% de mortes prematuras de mulheres. Dessas, foram resultados de câncer de cólon-reto, diabetes, doença renal crônica e câncer de mama. A meta estabelecida pela OMS de diminuir a mortalidade prematura por DCNT de 30% até 2030, delimitou aos países fatores de risco relacionados ao desenvolvimento daquelas doenças que devam ser reduzidos. Disso, ressaltou-se a detecção e tratamento das doenças (BRASIL, 2018).

4.8 QUALIDADE DE VIDA

Por não existir um conceito universal do termo qualidade de vida, a OMS precisou definir o conceito para o desenvolvimento do instrumento WHOQOL. Assim definiu qualidade de vida como “percepções dos indivíduos de sua posição na vida no contexto da cultura e sistemas de valores em qual vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e

preocupações. A saúde física é um termo amplo que abrange relacionamentos, além das características mais importantes, como estado psicológico, relações sociais, nível de independência e ambiente. Este é um conceito subjetivo multidimensional em que o entrevistado relata sua percepção sobre eles (ORLEY; KUYKEN, 1994).

O conceito de Qualidade de vida é abrangente e engloba de maneira intrincada a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças pessoais das pessoas e suas interações com características proeminentes do ambiente. Portanto, qualidade de vida não pode ser simplificada equiparada aos termos “estado de saúde”, “estilo de vida”, “satisfação com a vida”, “estado mental” ou “bem-estar”. Uma vez que o WHOQOL se concentra na qualidade e vida percebida pelos indivíduos, não antecipa que ele forneça um meio detalhado de mensurar sintomas, doenças ou condições, nem a deficiência avaliada objetivamente. Pelo contrário, busca capturar os efeitos percebidos das doenças e das intervenções de saúde na qualidade de vida do indivíduo. O WHOQOL, portanto, constitui uma avaliação de um conceito multidimensional que incorpora a percepção individual sobre o estado de saúde, o estado psicossocial e outros aspectos da vida (WHOQOL GROUP 1995).

O WHOQOL-100 foi desenvolvido utilizando uma abordagem transcultural única, de forma colaborativa em vários países, com o objetivo de desenvolver uma ferramenta única de qualidade de vida. Desta forma, os domínios foram operacionalizados tendo em conta o enunciado das questões, a escolha dos itens das questões, a escala de resposta e os testes-piloto nos vários centros participantes. Para garantir um instrumento fidedigno, os participantes selecionados forneceram informações sobre diferenças nos níveis de industrialização, disponibilidade de serviços médicos e outros indicadores relevantes para medir a qualidade de vida (por exemplo, papéis familiares, percepção do tempo, percepção de si mesmo, principais crenças religiosas) (ORLEY; KUYKEN, 1994).

Com a necessidade de uma versão compacta para viabilizar as pesquisas foi criada o WHOQOL-BREF, uma versão de 26 itens da avaliação do WHOQOL-100. O estudo de Skevington *et al* (2004) que testou suas propriedades psicométricas por meio de dados transversais obtidos de uma pesquisa com adultos realizada em 23 países (n = 11.830) e demonstrou que o WHOQOL-bref tem boas propriedades psicométricas de confiabilidade e de validade, indicando que o WHOQOL-bref é uma avaliação transcultural de qualidade de vida válida e reflete quatro domínios: físico, psicológico, social e meio ambiente.

No Brasil a validação do instrumento WHOQOL Bref foi realizada por Fleck *et al* (2000), numa amostra de 300 indivíduos na cidade de Porto Alegre. O Instrumento demonstrou

consistência interna, validade discriminante, validade de critério, validade concorrente e fidedignidade teste-reteste satisfatórias. Assim, o WHOQOL-bref pelos bons resultados psicométricos e praticidade constitui-se em uma alternativa útil para avaliar qualidade de vida no Brasil.

O estudo de Melo *et al.* (2022), que avaliou a acessibilidade e qualidade de vida de em situação de rua e a atenção primária, encontraram que as médias foram regulares ou ruins em todos os domínios de qualidade de vida. No domínio “físico” a média foi 62,6%, no “psicológico” 64%, em “relações sociais” 35,6%, e no “ambiental”, 41,6%. Na autoavaliação sobre qualidade de vida, a média encontrada foi de 51,5%. Com relação a avaliação do acesso e assistência à saúde 66% dos entrevistados têm como porta de entrada predominante as unidades de urgência e emergência e não consideram a APS como possibilidade de ajuda e cuidado. Esses resultados evidenciam que essa amostra tem seus domínios afetados pela situação de rua.

Teles (2022) realizou uma revisão integrativa da literatura sobre a qualidade de vida e seus fatores associados em idosos residentes em comunidades atendidas pela atenção básica. Ele evidenciou que os estudos observaram que exercícios físicos, entretenimento, interações sociais, suporte emocional e acesso às equipes da Atenção Básica desencadearam melhoras significativas na Qualidade de Vida de idosos. O convívio com multi morbididades e ser mais longo afetam negativamente a Qualidade de Vida, e quanto mais vulnerabilidade nos aspectos social, econômico e ambiental, menor a percepção sobre a Qualidade de Vida e pior é a saúde do idoso.

Observa-se que vários estudos realizados no Brasil avaliaram a QV de indivíduos em populações específicas, como usuários da atenção básica, idosos, cuidadores e outros. Por outro lado, ainda tem poucos estudos que avaliaram a QV da população geral, com diferentes perfis de saúde, como os indivíduos atendidos pela Atenção Primária à Saúde (APS). A atenção primária de saúde é a porta de entrada dos pacientes no Sistema Único de Saúde (SUS) com capacidade para responder a 85% das necessidades e dos problemas de saúde da população geral, com a realização de serviços preventivos, curativos e de promoção, além de integrar os cuidados e lidar com o contexto de vida dos indivíduos, devido a isso é importantíssimo o acompanhamento para poder proporcionar uma melhor qualidade de vida população (CASTRO; DRIUSSO; OISHI, 2014).

5 MATERIAL E MÉTODO

5.1 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Este seguimento abordou o cenário em que o estudo foi desenvolvido, bem como o delineamento, amostra e amostragem, participantes, coleta e análise de dados e a ética da pesquisa.

5.2 DELINEAMENTO DO ESTUDO

O presente estudo é do tipo quantitativa com corte transversal com abordagem analítica e descritiva. Para Creswell e Creswell (2021) os métodos quantitativos são as propostas mais específicas de ideias para pesquisas e projetos experimentais. A pesquisa quantitativa reflete suposições filosóficas cujas variáveis são rigidamente controladas pelo planejamento ou pela análise de estatísticas. Por outro lado, segundo Gil (2008), pesquisa descritiva é aquela que observa, registra e correlaciona aspectos (variáveis) que envolvem fatos ou fenômenos sem manipulá-los. Os fenômenos humanos ou naturais são investigados sem a interferência do pesquisador, que apenas “procura descobrir, com a precisão possível, a frequência com que um fenômeno ocorre, sua relação e conexão com outros, sua natureza e características.

Para Rouquayrol e Silva (2018), os estudos analíticos têm como propósito testar hipóteses levantadas pelos pesquisadores visando a comparação entre duas populações distintas, porém, expostas ao mesmo fator de risco.

5.3 LOCAL DO ESTUDO

O presente estudo foi realizado na Estratégia da Saúde da Família (ESF) do município de Cambuquira- MG.

A cidade foi escolhida devido a dois fatores, em primeiro lugar porque não houve nenhuma pesquisa relacionada a este conteúdo no município, sendo de grande relevância pública a análise, e a facilidade de acesso à informação que foi disponibilizado pela Secretaria Municipal de Saúde de Cambuquira, que é um município brasileiro do estado de Minas Gerais, Região Sudeste do país. Sua população estimada em 2017 era de 13 053 habitantes. Faz parte do Circuito das Águas de Minas Gerais.

O Centro de ESF, especializado no tratamento as famílias, cuja finalidade principal é a prevenção através da aproximação com a população, levantamento de dados de saúde e social de cada cidadão, é tido como referência para as pessoas carentes quando o assunto é bem estar.

Na maioria das ocasiões funciona como atendimento principal, superando os atendimentos previstos para a área clínica do município e hospital geral. Tratar de pacientes com diversos tipos de problemas de saúde, prestando-lhes assistência integral por meio de abordagem sistêmica através de unidades instaladas em cada área geográfica do município. Os profissionais que atuam na ESF são médicos, enfermeiros e os agentes comunitários de saúde. Ao todo na cidade referida temos cinco Estratégias da Saúde da Família.

Os recursos físicos, humanos e horários de funcionamento do centro são de segunda à sexta-feira, das 07h às 16h. A pesquisa foi realizada no centro de Estratégia da Saúde da Família (ESF), situado na Av. João Tomaz de Liz – Centro, Cambuquira- MG.

5.4 PARTICIPANTES DO ESTUDO, AMOSTRA, AMOSTRAGEM, CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E DE EXCLUSÃO

Fizeram parte da pesquisa 41 homens e 71 mulheres atendidos na ESF do município de Cambuquira- MG. A amostragem foi não probabilística, por conveniência, no período de seis meses com os seguintes critérios de inclusão: ter idade superior a 18 anos, indivíduos cadastrados nas Unidades de atendimentos, ter capacidade cognitiva presente, o que será avaliado por meio do Questionário de Avaliação Mental. Como critério de exclusão, apresentar diagnóstico médico de transtorno cognitivo ou psiquiátrico.

5.5 RISCOS E BENEFÍCIOS

Como possíveis riscos temos a quebra do anonimato, possibilidade de constrangimento e risco de contaminação por covid-19 que serão de baixo risco, sendo minimizados pelo esclarecimento e da informação a respeito do anonimato, onde os resultados serão de forma geral e os participantes não serão identificados por nome, e da possibilidade de interromper o processo quando desejar, sem danos e prejuízos à pesquisa e a si próprio Para a prevenção da Covid-19 seguiremos com os seguintes minimizadores de risco: entrevistas agendadas em locais ventilados, uso de máscaras/ EPIs, distanciamento físico de 1,5 m entre pesquisador e participante, uso de desinfecção com álcool gel entre cada procedimento.

Como benefícios: a contribuição para um melhor planejamento na assistência à saúde da mulher e homens atendidos na ESF.

5.6 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

Para a realização da coleta de dados, o estudo contou com a colaboração das enfermeiras das respectivas entidades envolvidas. Para tal, foi solicitada a lista com nomes e endereços dos

pacientes do sexo masculino e feminino. Após o contato com os pacientes, a coleta de dados ocorreu nas próprias instituições envolvidas; em uma sala previamente preparada garantindo o conforto e a tranquilidade do paciente para a emissão das respostas. A coleta de dados foi realizada pelos pesquisadores por meio da aplicação dos questionários em forma de entrevista. Inicialmente, os participantes responderam questionário relacionadas a avaliação mental, pois, caso a pontuação mínima obtida nesta etapa não for alcançada, este paciente não poderia ter sido selecionado para continuar com o estudo.

Assim, a coleta de dados seguiu as seguintes etapas:

1. Convite à pessoa para participar do estudo;
2. Agendamento de dia, hora e local; para esclarecimentos quanto ao estudo e entrevista;
3. Descrição detalhada sobre o estudo considerando os objetivos e o respectivo TCLE;
4. Obtenção da anuência da pessoa;
5. Assinatura ou aposição de impressão digital direita do polegar;
6. Aplicação dos demais questionários (Questionário Sociodemográfico e Social, escala SF36 e WHOQOL- bref).

5.7 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

5.7.1 Questionário de percepção do estado de saúde SF 36

O SF-36 foi desenvolvido por Ware e Sherbourne (1992), como uma medida genérica de avaliação do estado de saúde. É um instrumento de fácil aplicação e compreensão, composto por 36 itens divididos em 8 domínios: capacidade funcional (10 itens), aspectos físicos (4 itens), dor (2 itens), estado geral de saúde (5 itens), vitalidade (4 itens), aspectos sociais (2 itens), aspectos emocionais (3 itens), saúde mental (5 itens) . Os domínios são agregados em uma escala que varia de 0 a 100, onde 100 representa o melhor estado de saúde possível (WILMA e HOPMAN, 2003; OLIVEIRA e ORSINI, 2008; ZAHAR, 2005). Foi traduzido e validado no Brasil por Ciconelli *et al.* (1999), a partir do qual foram realizados diversos estudos, muitos com bons resultados psicométricos (BERNARDELLI *et al.*, 2021; BORGES *et al.*, 2017; CAMPOLINA *et al.*, 2011; OLIVEIRA *et al.*, 2019a).

5.7.2 Qualidade de vida WHOQOL Bref

O WHOQOL-bref, é uma versão abreviada do WHOQOL-100, desenvolvido e recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), valoriza a percepção individual, podendo avaliar a qualidade de vida em diversos grupos e situações, independentemente do nível de escolaridade. O instrumento apresenta propriedades psicométricas satisfatórias e demanda pouco tempo de aplicação. Por meio desse instrumento, é possível descrever a percepção subjetiva de um indivíduo em relação à sua saúde física e psicológica, às relações sociais e ao ambiente em que vive (FLECK; LIMA; POLANCZYK, 2008). Adicionalmente, os domínios a avaliados foram desenhados para obter informações sobre a segurança física e proteção, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade, oportunidades de adquirir novas informações e habilidades, participação em, e oportunidades de recreação/lazer, ambiente físico: poluição, ruído, trânsito, clima, transporte (FLECK, 2000a).

Brevemente, o WHOQOL-Bref é composto por duas partes, a primeira é de caracterização dos sujeitos e a segunda composta por vinte e seis sendo duas gerais, uma relacionada à vida (Pergunta 1) e outra à saúde (Pergunta 2). As outras 24 questões são referentes à quatro domínios. Alguns itens são necessários a recodificação dos valores das respostas das seguintes perguntas:(3); (4); (26), precisando ser recodificada as seguintes respostas: (1=5); (2=4); (3=3); (4=2); (5=1). Em cada faceta é realizado o somatório dos valores das respostas dos participantes variando (de 1 a 5) e dividindo pelo número de participantes da pesquisa seguindo a escala de *Likert* (Tabela 1).

Tabela 1 - Domínios, facetas e suas respectivas perguntas conforme o questionário WHOQOL-bref; aplicado em usuários da Atenção Primária. Cambuquira, MG. 2023.

(Continua)

DOMINIO	FACETAS	PERGUNTAS
Geral	Vida	Como você avaliaria sua qualidade de vida?
	Saúde	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?
I – Físico	1. Dor e desconforto	<i>Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?</i>
	2. Energia e fadiga	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?
	3. Sono e repouso	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?

Tabela 1 - Domínios, facetas e suas respectivas perguntas conforme o questionário WHOQOL-bref; aplicado em usuários da Atenção Primária. Cambuquira, MG. 2023.

(Continuação)

DOMINIO	FACETAS	PERGUNTAS	
II – Psicológico	4. Mobilidade	Quão bem você é capaz de se locomover?	
	5. Atividades da vida cotidiana	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	
	6. Dependência de medicação ou de tratamentos	<i>O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?</i>	
	7. Capacidade de trabalho	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	
	8. Sentimentos positivos	O quanto você aproveita a vida?	
	9. Pensar, aprender, memória e concentração	O quanto você consegue se concentrar?	
	10. Auto-estima	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	
	11. Imagem corporal e aparência	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	
	12. Sentimentos negativos	<i>Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?</i>	
	13. Espiritualidade/religião/crenças pessoais	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	
	III - Relações sociais	14. Relações pessoais	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?
		15. Suporte (Apoio) social	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?
16. Atividade sexual		Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	
IV- Meio-Ambiente	17. Segurança física e proteção	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	
	18. Ambiente no lar	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	
	19. Recursos financeiros	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	
	20. Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	
	21. Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	

Tabela 1 - Domínios, facetas e suas respectivas perguntas conforme o questionário WHOQOL-bref; aplicado em usuários da Atenção Primária. Cambuquira, MG. 2023.

(Conclusão)

DOMINIO	FACETAS	PERGUNTAS
	22. Participação em, e oportunidades de recreação/lazer	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?
	23. Ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima)	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?
	24. Transporte	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?

Fonte: Adaptado de PEDROSO *et al.*, (2010).

Nota: As questões cuja escala de respostas é invertida estão grafadas em itálico.

Para a análise os resultados do instrumento são distribuídos em cada domínio por meio da média. As médias são representadas por: necessita melhorar (quando for 1 até 2,9); regular (3 até 3,9); boa (4 até 4,9) e muito boa (5) (FLECK, 2000b).

5.8 PRÉ-TESTE

O pré-teste foi realizado com 05 pacientes. Estes estavam de acordo com os critérios de inclusão, porém não fizeram parte da amostra definitiva.

A realização do pré-teste é muito importante, pois trata-se de um procedimento que oferece vantagens e segurança no desenvolvimento da pesquisa. Ele possui três finalidades muito importantes. São elas:

- Verificar o entendimento dos participantes em relação aos instrumentos de pesquisa;
- Verificar o tempo que será utilizado para a entrevista;
- Experiência e treinamento para as pesquisadoras.

5.9 ASPECTOS ÉTICOS

Os dados foram coletados após a anuência dos participantes mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE). Foram devidamente esclarecidos com relação: objetivos da pesquisa, seus riscos e benefícios, a sua contribuição e também sobre as questões éticas como garantia do anonimato, sigilo e privacidade de acordo

com a Resolução Conselho Nacional de Saúde de pesquisas com seres Humanos 466/12. A aprovação do comitê de ética em pesquisa ocorreu em 29/08/2022 sob o CAAE: 61030622.1.0000.5142.

5.10 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram digitados na planilha do excel por dupla digitação e foi usado o Programa SPSS (*Statistical Package Social Science*) para a análise dos dados. O primeiro e segundo objetivos específicos foram alcançados com a análise descritiva a partir de frequências absolutas e percentuais para as variáveis categóricas e médias e desvios-padrão para as variáveis contínuas do estudo. Logo, para verificar se houve associação entre o gênero do participante da pesquisa com os domínios dos instrumentos, aplicou-se o teste Chi quadrado. Neste contexto, conforme as metodologias dos instrumentos, os escores foram comparados entre homens e mulheres mediante o teste T-Student. Todas as análises foram realizadas considerando $p < 0,05$.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Como primeira etapa da coleta de dados foram registradas as características sociodemográficas da amostragem. Dos 112 entrevistados, 63,4% foram do sexo feminino e 36,6% do sexo masculino. A idade da amostra variou entre 18 a 73 anos de idade, sendo a média estimada de 41 anos. Em relação a naturalidade dos entrevistados, a amostra apresentou que 67% são naturais de Cambuquira. Todos da amostra, 100%, são brasileiros. No tocante ao estado civil, 50% se dizem solteiros, 35,7% casados, 8% divorciados e 6,3% viúvos. Em número de filhos, 36% da amostra dizem não possuir nenhum filho, 57% tem entre 1 a 3 filhos e 7% entre 4 a 6 filhos.

A escolaridade predominante foi ensino médio completo, 42% da amostra, 12,5% apresentou ensino médio incompleto, 11,6% ensino fundamental completo, 14,3% ensino fundamental incompleto e apenas 12,5% possui ensino superior completo. Dos entrevistados, 78,6% residem em casa própria e 99% possui saneamento básico. Em número de pessoas que residem em conjunto, a amostragem apresentou que 60,7% possuem de 1 a 3 pessoas, 35,7% de 4 a 6 pessoas e 3,6% possuem mais de 7 pessoas na residência. A maior parte da amostra 83,9% apresentou renda familiar de 1 a 3 salários mínimos (Tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição de usuários da Atenção Primária conforme as variáveis sociodemográficas. Cambuquira, MG. 2023 (n=112).

(Continua)

Características		N	%	P valor
Gênero	Feminino	71	63,4	0,0097
	Masculino	41	36,6	
Faixa etária(anos)	18-30	41	36,6	0,0001
	31-60	56	50,0	
	>60	15	13,4	
Estado Civil	Casado	40	35,7	0,0001
	Solteiro	56	50,0	
	Divorciado	9	8,0	
	Viúvo	7	6,3	
Escolaridade	Ens. fund. Incompleto	16	14,3	0,0001
	Ens. fund. Completo	13	11,6	
	Ens. med. Incompleto	14	12,5	
	Ens. med. Completo	47	42,0	
	Superior Incompleto	8	7,1	
Reside em Casa Própria	Sim	88	78,6	0,0001
	Não	24	21,4	
Pessoas residem na casa	1-3	68	60,7	0,0001
	4-6	40	35,7	

Tabela 2 – Distribuição de usuários da Atenção Primária conforme as variáveis sociodemográficas. Cambuquira, MG. 2023 (n=112).

(Conclusão)

Características		N	%	P valor
	>7	4	3,6	
Renda mensal familiar	1-3	94	83,9	0,0001
(Salários mínimos)	4-6	13	11,6	
	>7	5	4,5	

Fonte: Elaboração própria (2023).

Quanto aos aspectos sociodemográficos há uma predominância estatisticamente significativa ($p < 0,05$) por parte das mulheres, na busca de serviços de saúde, em relação aos pacientes de gênero masculino. Esta frequência pela busca de serviços nas unidades de saúde básicas pode ser atribuída a fatores como a reprodutividade, idade, percepção de saúde e maior incidência de doenças crônicas não fatais (STOPA *et al.*, 2017). De acordo com Rodrigues (2019), as mulheres ao perceberem sinais e sintomas físicos procuram mais por assistência médica nos serviços de saúde enquanto os homens retardam mais a essa procura.

Oliveira *et al.* (2017) elencam as razões pelas quais a maioria dos homens assumem a postura de baixo autocuidado e pouca procura perante os serviços de saúde, o que é percebido pelo elevado índice de morbimortalidade desse gênero. Isto pode ser chamado de negligência, decisão que sugere que pacientes de sexo masculino têm a desatenção dos sinais e sintomas que algumas doenças apresentam, do desconhecimento da fragilidade do seu corpo ou da reprodução dos estereótipos de gênero.

Assim como observado neste trabalho, Becker *et al.* (2021) buscando entender as causas que levam ao absenteísmo masculino na saúde mental, encontraram que é notório a existência da maior taxa de absenteísmo na procura por assistência a saúde mental por indivíduos do sexo masculino, sendo um problema associado a uma série de fatores, como pressão social, falta de diálogo sobre o assunto, falha nos critérios diagnósticos e vivências abusivas na infância. Por sua vez, Moura, Gomes e Pereira (2017) analisando as percepções masculinas e femininas sobre a saúde de homens e o acesso desses sujeitos aos serviços de saúde concluíram, desde um ponto de vista geral de gênero, que as discussões acerca de modelos culturais de gênero no campo da saúde podem influenciar as percepções de homens sobre a procura de serviços de saúde, por demonstrar mais força, podem ter sido influenciados como sujeitos mais saudáveis que as mulheres; argumento que pode aplicar-se em relação à busca por cuidados em serviços de saúde.

Para Carneiro, Adjuto e Alves (2019) muitos homens pensam que a doença é um sinal de fragilidade, uma característica contrária à condição biológica, pois alegam que são fortes, invulneráveis e viris; colocando-os em maior perigo e fazendo com que pensem que não precisam procurar serviços preventivos. Além disso, motivos como a falta de tempo e a falta de perspectiva de que uma UBS é um local mais voltado para as mulheres devem ser considerados, verificando-se a necessidade de ampliar o horário de atendimento e implementar iniciativas voltadas para os homens.

Neste contexto, Vieira *et al.* (2020) indicam que dado comportamento é por causa da resistência a cuidar da saúde como forma preventiva, tendo como causas a falta de conhecimento, o medo de contrair doenças, o ambiente feminino das unidades de saúde, preconceito, machismo e uma carga excessiva de trabalho são algumas das causas desta situação. Esses aspectos podem justificar os achados da presente pesquisa, já que o município onde a pesquisa foi realizada tem certas similaridades com outras características sociodemográficas.

No tocante a um tema delicado como é a masculinidade, desde um ponto de vista psicológico, Silva (2023) destacam que os serviços de saúde necessitam de novos meios para satisfazer as necessidades psicossociais dos homens e, para desenvolver e promover estratégias preventivas de saúde, melhorar a forma de entender como os homens percebem sua masculinidade, nos domínios da saúde do trabalho e da família, que começa a desnaturar as ideias essencialistas do que é considerado masculino e feminino; sendo percebida a presença significativa da participação da companheira no seu cuidado, fortalecendo o conceito de masculinidade, que entende o cuidado como função predominantemente feminina (MORAES, 2019). Assim, propor considerações sobre a masculinidade tentando explicar o acesso dos homens ao cuidado médico em distintas especialidades, é um desafio para o caminho de distanciamento de estereótipos promovendo limites para a universalização do SUS.

Corroborando os achados na presente pesquisa, onde homens demonstraram ter baixa procura de serviços médicos, podemos inferir que dado resultado pode estar relacionada com alguns fatores socioculturais que impedem que esses indivíduos procurem a atenção primária, os deixando mais vulneráveis ao adoecimento, conforme Alves (2022); fato que gera preocupação para os serviços de saúde, sendo recomendadas ações educativas e preventivas para incrementar, mediante educação, a procura de homens ao sistema de saúde local (FARIA, 2019). No entanto, a necessidade de mudança de paradigmas por parte dos profissionais da saúde no tocante à saúde de pacientes homens, desde um olhar até agir diferente e de enfrentar desafios se faz necessário perante a promoção de uma assistência mais singular, mais empática,

mais humana, que não leve em conta apenas o cuidado tecnicista voltado a um corpo físico (MORAES, 2019).

Logo, na presente pesquisa foi encontrado que, ao analisar a faixa etária, houve o predomínio da faixa etária 31 a 60 anos, seguida da faixa de 18 a 30 anos com diferença estatisticamente significativa.

Corroborando os achados com o presente trabalho, Vieira *et al.*, (2020) verificaram que entre a população masculina, a faixa etária que mais acessa os serviços da saúde básica, são idosos com acompanhamento de doenças crônicas, buscando medicamentos, consultas e receitas, fatos que poderiam estar relacionado à maior disponibilidade de tempo, em razão de serem aposentados. Logo, a faixa etária acima de 60 anos foi de 13,4%, apesar de não ser a faixa etária predominante, conforme Silva (2014), as faixas etárias no Brasil a partir de 60 anos são as que mais crescem em proporção, resultado da mudança de expectativa de vida. Este aumento da expectativa está associado a tendência de processos e ações preventivas de promoção de saúde aos usuários.

Os resultados deste estudo mostram a importância do assunto e a necessidade de planejamento de políticas públicas que permitam que os serviços de saúde organizem o cuidado oferecido aos idosos. Pimentel *et al.* (2018) indicam a importância de conscientizar os profissionais que atendem esse público sobre a importância de ações preventivas; já que a população idosa está aumentando e pode-se recomendar estudar os efeitos do aumento da demanda por serviços de saúde para os idosos brasileiros e pelo SUS.

Neste mesmo contexto, e independentemente da idade dos pacientes masculinos, deve ser considerado que é necessário alterar a maneira como os homens pensam sobre sua saúde para que a Atenção Primária seja a porta de entrada para o SUS, e para tal deve haver uma mudança de ideias de que os serviços de saúde só tratam doenças. A conscientização dessa população deve começar com uma compreensão das características sociais, econômicas e culturais dos homens que receberão atenção à saúde, bem como a preparação dos gestores e da equipe de saúde. Em seguida, essa população deve ser acolhida e buscada ativamente (CARNEIRO; ADJUTO; ALVES, 2019).

Com relação ao estado civil, a maioria declararam-se solteiros seguidos de casados, divorciados e viúvos, com diferenças estatisticamente significante entre os grupos ($p < 0,05$).

Macedo (2010) afirma que o apoio social familiar funciona para os homens, sugerindo que os homens que beneficiam de alguns tipos de apoio social, especialmente o apoio familiar,

irão mitigar as consequências negativas associadas aos papéis masculinos tradicionais e, além disso, este apoio social ajuda a mediar as experiências cotidianas. Isto pode estar relacionado com o facto de os homens não utilizarem o sistema de saúde devido a sentimentos de solidão, os homens sentirem-se isolados das suas famílias devido a vários fatores psicológicos. Por outro lado, Batista *et al.* (2020) na sua pesquisa sobre os fatores associados à ocorrência de violência conjugal em mulheres de apenados; encontraram que a atitude do parceiro teve influência em impedir que a mulher tivesse contato com médicos, psicólogos e outros profissionais de saúde, e inclusive com sua própria família, amigos e/ou comunidade, sofrendo abuso psicológico por parte de seus parceiros. Diante do exposto, pode se inferir que não unicamente o fator psicológico dos homens que atinge sua baixa procura aos sistemas de saúde no Brasil, e sim também em que as mulheres sofrem os efeitos do machismo na comunidade.

Além do mais, Pontes *et al.* (2019) verificaram que ao caracterizar os praticantes de esporte e atividade físicas por meio da estratificação dos resultados da Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio, aquelas pessoas praticantes de esporte e atividade física, caracterizam-se em sua maioria por serem do sexo masculino, com maior nível de escolaridade e renda, solteiros que buscavam essas atividades para melhorar sua qualidade de vida e bem-estar. Esta seria a outra visão de qualidade de vida em que homens solteiros ocupam a maior porcentagem de pacientes nesta pesquisa. Contudo, é necessário fomentar uma discussão sobre a necessidade de incorporação do gênero como ferramenta de análise e revisão de políticas públicas e, dessa forma, contribuir para a reorientação das proposições da PNAISH, com ferramentas que estudem cada uma das particularidades dos homens, de distintos status econômicos, sociais e civis, razão pela qual a presente pesquisa foi aplicada neste município.

Gonçalves e Silva (2021) encontraram que entre as principais causas externas de morbimortalidade, a morte em homens no período de 2009 a 2018 foi mais prevalente em adultos jovens, solteiros e com baixo nível de escolaridade, parente isto, os autores indicam necessário discutir como a masculinidade hegemônica impacta sobre esses indicadores de saúde, propondo uma revisão de políticas de saúde por meio de estratégias voltadas a dimensões da integralidade e equidade relacionadas ao gênero. Contudo, Luciano *et al.* (2022) indicam que há evidências que reforçam o papel protetor da rede de suporte social contra os prejuízos na funcionalidade e qualidade de vida; por um lado, a rede que oferece suporte pode encorajar hábitos mais saudáveis e oferecer companhia para atividades na comunidade e para consultas e atendimentos em saúde, contribuindo para a melhora do estado geral de saúde

Neste trabalho verificou-se que a maioria de pacientes são solteiros e, inferimos que sejam devido a faixa etária entre 18 a 30 anos ser a segunda mais frequente.

Tomaz (2021) na sua pesquisa em que avalia a saúde bucal em um grupo de faixa etária de 18 a 30 anos de idade, alegam que um dos fatores mais comuns desafiando os tratamentos em pacientes é a prevenção, pois este remete a várias características que possibilitam promover uma saúde adequada no cotidiano do paciente. Santos *et al.* (2021) estudando uma população de pacientes, relataram que a maior frequência de atendimentos é em paciente com entre 18 e 30 anos de idade, constatando que as principais carências percebidas por dada população estão na escassez de empatia, cuidado e tratamento baseado na individualidade de cada paciente. Concomitante a isto, outro estudo Bacanelo e Junior (2022) verificaram que a maior parte de atendimentos em uma UBS, em um município do pantanal, Brasil, pacientes desta mesma faixa etária, caracterizados por trabalhar com serviços laborais, com poucos estudos, começam a trabalhar cedo, estão expostos diariamente à riscos de acidentes, além do difícil acesso e carência de políticas públicas de saúde, e que muitas vezes se encontra desassistida quando se fala em saúde,

Justo *et al.* (2017) ao analisar visões diferentes de pontos de vista em relação ao atributo acessibilidade, podendo contribuir com reflexões construtivas para seu aperfeiçoamento, verificaram que a maior população (41,67%) pertence a faixa etária entre 18 e 30 anos, e encontraram que são precários os mecanismos de troca de informações entre os profissionais de saúde da Atenção Básica e os usuários, ferramenta organizacional relevante para melhorar a atenção, contribuindo com a continuidade do cuidado com resolubilidade.

Outro estudo Lima *et al.* (2022) verificou que 49,3% da população sob análise esta conformada por pacientes entre 18 e 30 anos de idade, evidenciou-se o perfil de doente adulto jovem do sexo masculino por trauma, assim como uma alta sobrevivência nas primeiras 24 horas, porém uma taxa de mortalidade expressiva se comparada a estudos internacionais em centros de referência em trauma. Outros estudos encontraram que dada faixa etária é a que mais procura serviço da saúde no Brasil perante as distintas especialidades medicas a serem procuradas pelos pacientes (LAGE *et al.*; 2021; PEREIRA *et al.*; 2018; REZENDE *et al.*; 2017; SIQUEIRA *et al.*; 2017).

Contudo, Silva (2020) ao estudar o conhecimento acerca da percepção dos jovens sobre os serviços de saúde, concluiu que é proeminente a importância da educação e prevenção para adultos cada vez mais saudáveis, parecendo que a educação e a prevenção em saúde devem

começar na infância, tendo como papel primordial a família e a escola; setor da saúde adaptado/orientado às necessidades dos jovens, a saúde juvenil.

Neste trabalho, foi verificado que os níveis de escolaridade foram estatisticamente significativos, onde o predomínio dos participantes foi do ensino médio completo (42%) e o ensino superior foi de apenas (12,5%) podemos relacionar as faixas de renda mensal em salários mínimos que acima de 7 salários foi de apenas 4,5%. Isto vai ao encontro ao apresentado pelo IBGE (2022), onde afirma que a população com maior estudo possui maior renda familiar em relação aos a faixa geral de trabalhadores, que possuem rendimentos e níveis de escolaridade mais baixos.

Silva, Torres e Peixoto (2020) indicam que o perfil de uso dos serviços por indivíduos com baixa escolaridade, está geralmente associado à não presença de planos de saúde, assim como a menor busca por serviços preventivos, uma vez que os com menor escolaridade tem menor ingresso econômico e, como resultado disto, menor oportunidades de ter algum plano de saúde.

Giovanella *et al.* (2021) estudando as particularidades da cobertura das ESF no Brasil, alegam que entre 2013 e 2019, houve aumento da cobertura em todos os quintis de renda, e em todos os níveis de escolaridade do responsável, com expressivo aumento em 32% da cobertura de domicílios com responsável com ensino superior completo, que passou de 31,6% em 2013 para 41,7% em 2019, com quase duplicação de 7,4 milhões para 13,5 milhões de moradores cobertos, residentes em domicílios cujo responsável tem ensino superior completo. Os autores, perante dada informação indicam que os níveis mais elevados de cobertura estão disponíveis para as populações mais vulneráveis, independentemente do nível de escolaridade do chefe do agregado familiar ou do rendimento per capita do agregado familiar, com sua presença é mais significativa nas zonas rurais, onde as pessoas em geral vivem em piores condições de vida e têm mais dificuldade de acesso aos serviços de saúde, onde os serviços privados sobrevivem e onde o SUS é responsável pelos cuidados de saúde.

Malta *et al.* (2017) relatam que em países desenvolvidos pode ser encontrada maior prevalência de doenças crônicas não transmissíveis em populações menos escolarizadas, e no Brasil, muitas doenças crônicas apresentam gradiente social que cresce na direção dos segmentos socialmente mais vulneráveis, com usuários menos escolarizados sem planos com maior grau de limitação na realização das atividades por motivo de saúde. Neste contexto, não somente populações de pacientes jovens de baixa escolaridade é observada na assistência de saúde, mas também a população de idosos. Oliveira *et al.*, (2019b) concluem que a percepção

desta população indica que quanto mais anos de estudo, mais chances de melhor renda salariais menor chance de adoecer.

Outra pesquisa que corrobora os achados no presente trabalho, indicando que pessoas com menos nível de escolaridade procuram mais o SUS, foi de Ribeiro *et al.* (2018) concluem que a equidade observada se refere ao fato de que as pessoas com indicativos de transtornos mentais comuns de escolaridade mais baixa foram as que mais procuraram dado serviço de saúde, e tiveram a maior cobertura, bem como menores gastos quando comparados aos das pessoas com melhor nível socioeconômico, revelando uma compensação na saúde para as desigualdades sociais existentes, e observadas entre as zonas rurais e urbanas refletindo, em grande medida, fatores estruturais importantes e a dificuldade do governo em satisfazer todas as necessidades nas zonas mais remotas do país (ARRUDA; MAIA; ALVES, 2018).

No que se refere à percepção do estado geral da saúde, ao comparar homens e mulheres, no momento atual e há um ano atrás, foi estatisticamente significativo ($p < 0,05$) que elas têm melhor percepção do estado de saúde do que os homens (Tabela 3).

Tabela 3 – Distribuição de usuários da Atenção Primária de acordo sua percepção perante sua saúde no tempo, Cambuquira, MG. 2023 (n=112).

Estado geral de saúde		Sexo				p valor*
		Homem		Mulher		
		N	(%)	N	(%)	
Hoje	Excelente	11	26,83	5	7,04	0,0035
	Muito boa	5	12,20	19	26,76	
	Boa	23	56,10	47	66,20	
	Ruim	2	4,88	/	/	
Há um ano atrás	Muito melhor	10	24,39	15	21,13	0,0035
	Um pouco melhor	13	31,71	16	22,54	
	Quase a mesma	16	39,02	39	54,93	
	Um pouco pior	2	4,88	1	1,41	

Fonte: Elaboração própria (2023).

Na sua pesquisa sobre percepção de autocuidado da saúde, Arruda e Maia, Alves (2018) indicam que, pelo fato de mulheres frequentarem os serviços de cuidados de saúde primários, com maior frequência do que homens, essa atitude influenciada por fatores sociais, comportamentais, culturais e pessoais, o que contribui para as atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças e melhora da qualidade da saúde das mulheres.

Martins *et al.* (2020) ao estudar a percepção da saúde de homens estudantes universitários, verificaram que eles estão expostos a múltiplos fatores que podem torná-lo vulnerável em alguns aspectos de sua saúde, e entre eles está a visão do cuidado como um papel feminino. Além disso, os autores adicionam que, independente da auto percepção de saúde pelos pacientes, os profissionais da enfermagem devem refletir sobre a saúde do homem jovem, diante ao fato de que os homens, de forma geral, morrem mais cedo que as mulheres. Isto reflete os resultados da presente pesquisa em que as mulheres apontam mais preocupação perante a procura de serviços de saúde locais, assim cuidando de melhor forma sua saúde e demonstrando mais percepção de autocuidado.

Contudo, conhecer os fatores que afastam ou aproximam os homens e mulheres dos serviços de atenção primária à saúde, tornou-se relevante pois são essenciais para decodificar noções e práticas estereotipadas que prejudicaram seu nível de saúde, estabelecendo ações que efetivamente melhorem a saúde humana, baseadas na qualidade de vida (SANTOS; DOS-SANTOS, 2017).

No caso da percepção da dificuldade de realizar certas atividades diárias, observa-se na Tabela 4 que houve diferença significativa entre os homens e mulheres ($p < 0,05$), nas atividades físicas de moderada força, levantar ou carregar mantimentos, subir escadas, andar até um quarteirão e o fato de tomar banho ou se vestir ($p < 0,05$), onde os homens apresentaram maiores dificuldades nessas atividades. Esses resultados demonstram que os homens percebem que suas atividades físicas estão prejudicadas.

Tabela 4 – Diferença entre homens e mulheres, usuários da Atenção Primária, de acordo com a percepção das atividades físicas que pratica, Cambuquira, MG. 2023 (n=112).

(Continua)

	Dificuldade	Sexo				p valor*
		Homem		Mulher		
		N	(%)	N	(%)	
Atividades rigorosas	Muita	10	24,39	9	12,68	0,279
	Um pouco	12	29,27	25	35,21	
	Nenhuma	19	46,34	37	52,11	
Atividades moderadas	Muita	3	7,32	2	2,82	0,0388
	Um pouco	12	29,27	9	12,68	
	Nenhuma	26	63,41	60	84,51	
Levantar ou carregar mantimentos	Muita	6	14,63	/	/	0,0041
	Um pouco	6	14,63	10	14,08	
	Nenhuma	29	70,73	60	84,51	
Subir vários lances de escada	Muita	6	14,63	3	4,23	0,1348

Tabela 4 – Diferença entre homens e mulheres, usuários da Atenção Primária, de acordo com a percepção das atividades físicas que pratica, Cambuquira, MG. 2023 (n=112).

(Conclusão)

	Dificuldade	Sexo				p valor*
		Homem		Mulher		
		N	(%)	N	(%)	
	Um pouco	11	26,83	21	29,58	
	Nenhuma	23	56,10	47	66,20	
Subir um lance de escada	Muita	5	12,2	1	1,41	0,0482
	Um pouco	6	14,63	10	14,08	
	Nenhuma	30	73,17	60	84,51	
	Muita	9	21,95	5	7,04	0,0543
Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	Um pouco	9	21,95	14	19,72	
	Nenhuma	23	56,10	52	73,24	
Andar mais de um quilometro	Muita	6	14,63	2	2,82	0,0545
	Um pouco	10	24,39	16	22,54	
	Nenhuma	25	60,98	53	74,65	
	Muita	8	19,51	6	8,45	0,2221
Andar vários quarteirões	Um pouco	7	17,07	12	16,9	
	Nenhuma	26	63,41	53	74,65	
Andar até um quarteirão	Muita	7	17,07	2	2,82	0,0265
	Um pouco	5	12,20	12	16,90	
	Nenhuma	29	70,73	57	80,28	
	Muita	2	4,88	/	/	0,0219
Tomar banho ou vestir-se	Um pouco	6	14,63	3	4,23	
	Nenhuma	33	80,49	68	95,77	

Fonte: Elaboração própria (2023).

O exercício é extremamente importante, pois pode melhorar a qualidade de vida, ajudar o corpo a ser mais ativo e funcional, contornando os efeitos da passagem do tempo e do aparecimento de doenças crônicas não contagiosas devido ao sedentarismo, de forma mais rápida do que imaginado (CASTRO *et al.*, 2018)

Ao abordar diversos temas relacionados à saúde, outro fator importante mencionado na saúde humana, e em especial dos idosos, é o exercício físico, pois traz a ideia de permanecer ativo, independente de realizar as tarefas do dia a dia, e embora o termo exercício não seja comum na fala dos idosos, eles tem a capacidade de elencar quais são os motivos relacionados para justificar que seu corpo precisa exercício, ou no caso em que ele se sinta mais ativo (FIGUEIREDO *et al.*, 2021).

Na presente pesquisa observou-se que homens tem maior dificuldade na realização de certos exercícios físicos, possivelmente esta peculiaridade está associada aqueles pacientes da terceira idade na amostra estudada. Segundo Carvalho *et al.* (2017), o atendimento prestado aos usuários das UBS pode contribuir para o melhor entendimento dos benefícios do exercício físico para a saúde dos pacientes; para combater inatividade física e as doenças causadas pela inatividade física, os autores ressaltam a importância do profissional de Educação Física para o atendimento de aconselhamento, prescrição, acompanhamento, prevenção, motivação, e promoção da saúde.

Perante os achados, em que os idosos homens apresentam dificuldades ao desempenhar atividades físicas do dia a dia, Andrade (2017) indica que as atividades físicas desenvolvidas pelos programas de saúde pública, e voltadas para a população idosa precisa atender a essa população específica, a fim de melhorar sua qualidade de vida, promovendo a melhor qualidade de vida e, também, aumentar a expectativa de vida, estimulando os idosos, e mantendo-os fisicamente mais ativos e com segurança. Os autores ainda apontam como relevante o exercício físico, não apenas como tratamento, mas principalmente como prevenção para o surgimento de doenças, principalmente doenças crônicas não transmissíveis, comumente a população idosa. Gomes *et al.* (2021) aplicando o questionário WHOQOL-OLD, certificam isto e concluem que a hidroginástica, como exercício físico de baixo impacto aplicado nesta população, pode ter a capacidade de reduzir inúmeros danos causados pelo envelhecimento, proporcionando ao idoso uma vida independente no trabalho diário, além de reduzir doenças crônicas degenerativas, levando à melhoria da qualidade.

A tabela 5 mostra a percepção de homens e mulheres perante sua saúde física e estado psicológico. Verificou-se que todas as características tiveram diferença no sexo dos participantes ($p < 0,05$); onde 76% das mulheres informaram que a saúde física não interfere na diminuição do tempo de trabalho ($p < 0,05$), 78,87% não esteve limitada e 81,68% não teve dificuldade em realizar suas tarefas. Enquanto os homens apresentaram mais dificuldades nessas atividades; da mesma forma e perante problemas emocionais, eles também apresentaram diminuição do tempo das tarefas realizadas, diminuição da quantidade de tarefas e não realizou as atividades como geralmente faz no dia a dia ($p < 0,05$) mais do que as mulheres.

Tabela 5 – Diferença entre homens e mulheres, usuários da Atenção Primária, de acordo sua percepção perante sua saúde física e estado psicológico, Cambuquira, MG. 2023 (n=112).

			Sexo		p valor*
			Homem	Mulher	
No trabalho ou de outras atividades			N (%)	N (%)	
Saúde física	Diminui o tempo	Sim	18 43,90	17 23,94	0,0281
		Não	23 56,10	54 76,06	
	Realizou menos tarefas	Sim	21 51,22	27 38,03	0,2164
		Não	20 48,78	42 59,15	
	Esteve limitado	Sim	19 46,34	15 21,13	0,0052
		Não	22 53,66	56 78,87	
Teve dificuldade de realiza-lo	Sim	17 41,46	13 18,31	0,0077	
	Não	24 58,54	58 81,69		
Problema emocional	Diminui o tempo	Sim	24 58,54	10 14,08	0,0001
		Não	17 41,46	61 85,92	
	Realizou menos tarefas	Sim	20 48,78	19 26,76	0,0138
		Não	20 48,78	52 73,24	
	Não realizou qualquer atividade como geralmente faz,	Sim	22 53,66	9 12,68	0,0001
		Não	19 46,34	62 87,32	

Fonte: Elaboração própria (2023).

O presente trabalho identificou que homens perceberam que a saúde física tem efeito considerável sobre o tempo e nas atividades realizadas no seu dia a dia, isto pode ter relação à atividade laboral dos pacientes.

Ribeiro *et al.* (2018b) estudando a associação da velhice com a satisfação de vida, e em concordância com o encontrado com os resultados aqui apresentados, verificaram que são diversos fatores sociais os determinantes para escolha da continuidade das atividades laborais após aposentadoria, que além desta associação a melhor escolaridade e renda, o estudo ampliou a discussão sobre a associação da realização de ocupação remunerada na velhice com a maior satisfação com a vida. Vale ressaltar que o trabalho pode exercer papel fundamental na satisfação como gerador de qualidade de vida.

Donato *et al.* (2021) estudaram uma população de pacientes trabalhadores homens visando estimar a prevalência de hipertensão arterial e seu o efeito nas mudanças de estilo de vida, e seus achados informam que os hábitos e comportamentos não saudáveis estavam mais presentes entre aqueles acometidos pelas doenças crônicas não transmissíveis. Isto indica que homens tem certa predisposição ao acometimento desta doença, não só por atividade física mas também pelo estresse (FONSECA *et al.*, 2009; JR; NETO, 2010).

Vale destacar que populações de trabalhadores são categorizadas como um público de difícil acesso para rastreamento da situação de saúde, devido a carga horária laboral extensa, muitas vezes incompatíveis com os horários disponíveis pelos serviços de saúde, junto com isso tem-se a menor preocupação com saúde pela população masculina. Assim, a triagem precoce de doenças crônicas não transmissíveis, seja no trabalho ou em serviços públicos de atenção à saúde, melhora a identificação dos principais fatores de risco propondo estratégias de promoção, proteção e recuperação da saúde, assim como ações de sensibilização para modificar hábitos considerados não saudáveis (DONATO *et al.*; 2021).

Outro fator bastante significativo é a importância que o trabalho ocupa na vida dos homens (GARCIA; CARDOSO; BERNARDI, 2019), sendo considerada por eles como atividade prioritária, atividade profissional que cumpre o papel fundamental como um dos pilares sobre seu poder pessoal, para sua criatividade, capacidade de ação, tomada de decisões na resolução de problemas cotidianos, considerada como a origem da sustentação financeira para si e, eventualmente, para outros membros da família. Os autores adicionam que se a sociedade permanecer compreendendo o autocuidado como uma ação predominantemente feminina, o homem continuará agindo pela via da visão curativa de saúde, pois são permeados por sentimentos de medo, constrangimento e impotência, os quais os afastam dos comportamentos preventivos direcionados ao autocuidado.

Logo, na tabela 6 está a diferença entre homens e mulheres, no domínio referentes à dor corporal e deficiências emocionais. Encontrou-se diferença estatisticamente significativa no item as dores no corpo interferiram no trabalho, onde 60.56% das mulheres relataram que a dor no corpo não interferiu de maneira alguma no desenvolvimento de tarefas diárias ($p < 0,05$), enquanto 48.78% dos homens relataram que a dor não interferiu no trabalho.

Tabela 6 – Distribuição de usuários da Atenção Primária de acordo sua percepção perante sua saúde física ou problemas emocionais, Cambuquira, MG. 2023 (n=112).

(Continua)

Saúde física ou problemas emocionais	Sexo				p valor*	
	Homem		Mulher			
	N	(%)	N	(%)		
Interferem nas atividades sociais	De forma nenhuma	21	51,22	30	42,25	0,0658

Tabela 6 – Distribuição de usuários da Atenção Primária de acordo sua percepção perante sua saúde física ou problemas emocionais, Cambuquira, MG. 2023 (n=112).

(Conclusão)

Saúde física ou problemas emocionais	Sexo				p valor*	
	Homem		Mulher			
	N	(%)	N	(%)		
	Ligeiramente	4	9,76	14	19,72	
	Moderadamente	8	19,51	23	32,39	
	Bastante	7	17,07	4	5,63	
	Extremamente	1	2,44	/	/	
Dor no corpo nas últimas semanas	Nenhuma	16	39,02	15	21,13	0,1057
	Muito leve	6	14,63	16	22,54	
	Leve	6	14,63	23	32,39	
	Moderada	11	26,83	16	22,54	
	Grave	1	2,44	1	1,41	
	Muito grave	1	2,44	/	/	
Dor no corpo interferiu no trabalho	De maneira alguma	20	48,78	43	60,56	0,0098
	Um pouco	5	12,21	18	25,35	
	Moderadamente	12	29,27	6	8,45	
	Bastante	2	4,88	4	5,63	
	Extremamente	2	4,88	/	/	

Fonte: Elaboração própria (2023).

No que se refere à incomodidade percebida pelos pacientes perante saúde física ou emocional interferindo sobre suas atividades laborais, foi encontrado que as mulheres percebem mais dores corporais interferindo no trabalho, e o associam com a saúde física e/ou emocional; considerando que a expressão qualidade de vida envolve múltiplos aspectos das experiências de um indivíduo e compreende diversos fatores, entre os quais estão as dimensões físicas e emocionais (CABRAL; VERONESE, 2020).

Entre os fatores que são mais nocivos para a saúde de trabalho em mulheres, está a elevada carga horaria, efeitos conhecidos há muito tempo e que foram particularmente estudados na área das doenças cardiovasculares e da cardíaca-coronárias, e na Saúde Mental, com impacto em certas estruturas orgânicas por exemplo influenciando negativamente o avanço de doenças como a aterosclerose e promovendo alterações do perfil lipídico (ANTUNES, 2020). O autor adiciona que, além dos problemas que trazem aos trabalhadores diretamente afetados, as longas jornadas de trabalho causam impactos sociais nomeadamente através do aumento dos acidentes rodoviários ou dos efeitos negativos nos resultados dos doentes tratados em serviços

de saúde, por profissionais sujeitos a excesso de trabalho, evidências que vem sendo reconhecidas em que muitos destes problemas podem ser prevenidos.

Souza *et al.* (2019) ao estudar a percepção das mulheres sob uma perspectiva de gênero, mas com caráter universal no tocante às condições de saúde, verificaram as intervenções de promoção à saúde mental apresentaram resultados favoráveis no tocante ao aumento de apoiadores, indicando que promover a saúde mental tem como finalidade fortalecer a resiliência, promover o bem-estar emocional, fortalecer os vínculos sociais e aumentar o capital social.

Entretanto para Salvaro e Mariano (2021) as categorias de divisão sexual do trabalho e gênero tem como fundamento básico a análise das relações entre o trabalho e a saúde/adoecimento mental da trabalhadora, onde em linhas gerais é comparado o índice de adoecimento entre homens e mulheres, em distintos espaços e condições de trabalho, em diferentes regiões brasileiras, evidenciando a prevalência do adoecimento das trabalhadoras.

Portanto, é possível afirmar a respeito do desemprego e sua relação com sua qualidade de vida, todos os aspectos da sua vida foram considerados e não apenas o econômico. Silva (2021b) destaca que 36% das participantes informam que o desemprego causado pela incapacidade de trabalhar com 35,2% da amostra que declararam que os danos mais expressivos foram os psicológicos. Contudo, a situação de desemprego atual exerce influência direta sobre as possibilidades frente à própria vida.

A saúde mental e os fatores de apoio estão inter-relacionados, e que os fatores psicossociais de risco encontram-se relacionados ao estresse nas três dimensões estudadas: pessoal, do trabalho e social Areias e Guimarães (2004); abordando questões que envolvem a psicodinâmica do trabalho, tornando-se pontos fundamentais de preocupação para os que lidam com Saúde Pública (HELOANI; CAPITÃO, 2003). Contudo, o trabalho tem um papel estruturante na vida cotidiana do ser humano e na própria construção da condição humana e das sociedades (GUIMARÃES *et al.*, 2018).

Conforme a informação contida da tabela 7, referente aos domínios de sentimentos emocionais e aspectos físicos e segundo o sexo dos participantes deste trabalho, encontraram resultados estatisticamente significante ($p < 0,05$) indicando que as mulheres não se auto percebem como pessoas nervosas, deprimidas ou desanimadas, esgotadas e cansadas, e que ao contrário disso, elas estão a maior parte do tempo cheias de vigor, com energia, mais calmas e felizes ($p < 0,05$).

Tabela 7 – Diferença entre homens e mulheres, usuários da Atenção Primária, de acordo sua percepção perante sentimentos emocionais e aspectos físicos, Cambuquira, MG. 2023 (n=112).

(Continua)

Quanto tempo se sente:		Sexo				p valor*
		Homem		Mulher		
		N	(%)	N	(%)	
Quanto tempo você tem se sentido cheio de vigor, de vontade, de força?	Todo tempo	9	21,95	11	15,49	0,019
	A maior parte do tempo	6	14,63	16	22,54	
	Uma boa parte do tempo	7	17,07	23	32,39	
	Alguma parte do tempo	9	21,95	13	18,31	
	Uma pequena parte do tempo	10	24,39	4	5,63	
	Nunca	/	/	4	5,63	
Uma pessoa muito nervosa	Todo tempo	2	4,88	4	5,63	0,001
	A maior parte do tempo	12	29,27	3	4,23	
	Uma boa parte do tempo	8	19,51	13	18,31	
	Alguma parte do tempo	2	4,88	19	26,76	
	Uma pequena parte do tempo	8	19,51	21	29,58	
	Nunca	9	21,95	11	15,49	
Deprimido que nada pode anima-lo	Todo tempo	6	14,63	/	/	0,0001
	A maior parte do tempo	8	19,51	1	1,41	
	Uma boa parte do tempo	7	17,07	5	7,04	
	Alguma parte do tempo	3	7,32	6	8,45	
	Uma pequena parte do tempo	2	4,88	30	42,25	
	Nunca	15	36,59	29	40,85	
Calmo ou tranquilo	Todo tempo	8	19,51	4	5,63	0,0123
	A maior parte do tempo	13	31,71	17	23,94	
	Uma boa parte do tempo	3	7,32	22	30,99	
	Alguma parte do tempo	5	12,2	14	19,72	
	Uma pequena parte do tempo	11	26,83	11	15,49	
	Nunca	1	2,44	3	4,23	
Com muita energia?	Todo tempo	6	14,63	6	8,45	0,0449
	A maior parte do tempo	10	24,39	12	16,9	
	Uma boa parte do tempo	11	26,83	32	45,07	
	Alguma parte do tempo	8	19,51	15	21,13	
	Uma pequena parte do tempo	6	14,63	2	2,82	
	Nunca	/	/	4	5,63	
Desanimado ou abatido?	Todo tempo	6	14,63	2	2,82	0,0001
	A maior parte do tempo	5	12,2	/	/	
	Uma boa parte do tempo	9	21,95	4	5,63	
	Alguma parte do tempo	6	14,63	15	21,13	
	Uma pequena parte do tempo	3	7,32	35	49,3	
	Nunca	12	29,27	15	21,13	
Esgotado	Todo tempo	8	19,51	4	5,63	0,0068

Tabela 7 – Diferença entre homens e mulheres, usuários da Atenção Primária, de acordo sua percepção perante sentimentos emocionais e aspectos físicos, Cambuquira, MG. 2023 (n=112).

(Conclusão)

Quanto tempo se sente:	Sexo				p valor*	
	Homem		Mulher			
	N	(%)	N	(%)		
	A maior parte do tempo	4	9,76	3	4,23	
	Uma boa parte do tempo	10	24,39	10	14,08	
	Alguma parte do tempo	6	14,63	10	14,08	
	Uma pequena parte do tempo	4	9,76	29	40,85	
	Nunca	9	21,95	15	21,13	
Uma pessoa feliz	Todo tempo	9	21,95	11	15,49	0,4319
	A maior parte do tempo	12	29,27	27	38,03	
	Uma boa parte do tempo	11	26,83	25	35,21	
	Alguma parte do tempo	3	7,32	4	5,63	
	Uma pequena parte do tempo	3	7,32	1	1,41	
	Nunca	3	7,32	3	4,23	
Cansado	Todo tempo	8	19,51	/	/	0,0026
	A maior parte do tempo	7	17,07	8	11,27	
	Uma boa parte do tempo	7	17,07	25	35,21	
	Alguma parte do tempo	8	19,51	13	18,31	
	Uma pequena parte do tempo	9	21,95	22	30,99	
	Nunca	2	4,88	3	4,23	

Fonte: Elaboração própria (2023).

Os resultados encontrados neste trabalho, referentes à sentimentos emocionais e aspectos físicos, mostram que a maior porcentagem de mulheres percebem melhor os domínios físicos, como o desempenho/problemas físicos, e homens demonstraram ter como aspecto mais marcante o domínio psicológico, em que eles demonstram mais frágeis. Isto pode ser explicado por Freitas, Campos e Gil (2017), autores que na sua pesquisa demonstraram que os homens estão vivendo mais e com a responsabilidade de continuar cuidando da família, sendo que os trabalhadores na meia-idade não têm, em seus planos profissionais, o encerramento do trabalho, mas sim uma ressignificação dele, o que leva a observar que o trabalho, não importa em que idade, se pensado positivamente é um fator que agrega no processo de envelhecimento. Isso nos leva a pensar que os homens acometidos por algum problema de saúde, tem seu emocional abalado por conta da incerteza de que poderá continuar a manter financeiramente a família.

Por outro lado, Santos *et al.* (2018) concluem perante a pesquisa que eles desenvolveram, estudando os quadros de estresse em servidores públicos e sua interferência no envolvimento paterno, foi possível compreender aspectos importantes acerca da saúde de pais, sendo que alguns mencionaram perceber o estresse das esposas no processo de conciliação entre demandas familiares e laborais, sendo interessante perceber que o pai não contribui com o filho, apenas na relação direta, alcançada por meio da interação, cuidado, engajamento e responsabilidade.

Assim, no tocante a relação trabalho-estresse, o estresse tem se tornado um vilão da sociedade moderna e, sobretudo em sua vertente ocupacional, tem se apresentado cada dia mais intenso e prejudicial à população, sendo a necessidade de se discutir adequadamente o tema, especificamente ao estresse presente em casos de afastamento do trabalho por motivo de saúde (BENZONI, 2018).

A dor crônica exerce influência negativa na qualidade de vida do indivíduo, afetando diversas áreas, como trabalho, atividades domésticas, movimento, exercícios físicos e sono, sendo culpável de aproximadamente metade das pessoas com dor crônica que interfere de maneira significativamente no ambiente laboral; inclusive chegando a gerar absenteísmo e aposentadoria no trabalho. A maioria dos trabalhadores acometidos por crônica precisa continuar seu trabalho, mesmo sentindo dores frequentes, sendo caracterizada como um grande problema de saúde pública, acarretando elevados custos econômicos (GONÇALVES, 2018).

Logo, tendo observado neste trabalho que as mulheres demonstraram mais autocuidado que homens verificando, além disso, que demonstram mais resiliência em termos psicológicos e físicos, demonstra a continuidade da forma em que a mulher foi marcada por submissão, acatando sempre as vontades do pai, irmãos mais velhos, sucessivamente de seus maridos e em alguns casos até de seus filhos homens (SALGADO, 2019). Ainda os autores alegam que com o passar dos anos, veio a tomada de consciência, percepção de seus direitos, possibilidades e potencial, tomando assim, frente de uma luta por igualdade onde reivindicaram direitos sociais, políticos e econômicos, autonomia sobre suas vidas e corpos e o conceito da categoria mulher.

Assim, é que Silva (2021a) verificando a qualidade de vida em uma população rural no Brasil, concluiu que ao procurar analisar a ligação entre resiliência e qualidade de vida entre mulheres rurais; elas desenvolvem fatores de proteção que levam à recuperação, afetando e sendo afetadas pela sua qualidade de vida, e dentre esses fatores destacam-se o sentimento de fascínio e pertencimento ao contexto, a espiritualidade e a formação de sua rede de apoio social. De forma similar, Mazzardo (2022) ao estudar a auto percepção de competência em Educação Física e a resiliência profissional, encontrou que as mulheres foram mais resilientes

e entre os profissionais formados. Outra área que necessita de melhorias é a ampliação da resiliência, que dificulta diretamente o manejo da dor advinda das demandas físicas e mentais do ambiente de trabalho (SCHULTZ *et al.*, 2021).

Em relação à manutenção do equilíbrio psicológico observado nas mulheres deste estudo, pode se inferir que foram influenciadas por um conjunto de fatores associados a essa visão positiva dos participantes, dentre elas podem ser a realização de práticas de lazer, o reconhecimento e valorização da sociedade, a oportunidade de aprender, ajudar as pessoas e independência financeira, que são praticadas por elas, tendo como aspectos negativos, aspectos fisiológicos próprios do ser humano, como é o envelhecimento, além da desvalorização e abandono daquele que não produz mais fisicamente (FREITAS; CAMPOS; GIL, 2017). Assim, pode ser dito que as mulheres possuem métodos eficientes de autocuidado proporcionando uma vida mais resiliente, inclusive sofrendo dores e com percalços psicológicos, mas que não interferem significativamente na sua vida diária e, inclusive, com uma melhor percepção de autocuidado da sua própria saúde.

Finalmente, os scores por domínio do instrumento SF-36, demonstraram variação entre participantes de cada sexo. Para a capacidade funcional, a limitação por aspectos físicos, o estado geral da sua saúde, a vitalidade, a limitação por aspectos emocionais e a saúde mental, foram as participantes do sexo feminino que tiveram scores maiores comparados aos dos de sexo masculino ($p < 0,05$) (Tabela 8).

Tabela 8 – Scores do instrumento SF-36, como a média \pm desvio padrão (Coeficiente de variação) obtidos a partir de usuários da Atenção, Cambuquira, MG. 2023 (n=112).

Score SF-36	Sexo		p valor
	Homem	Mulher	
Capacidade funcional	74,27 \pm 4,72 (40,72)	86,27 \pm 2,22 (21,72)	0,0108
Limitação por aspectos físicos	54,27 \pm 7,25 (85,51)	73,24 \pm 3,90 (44,81)	0,0130
Dor	66,27 \pm 3,67 (35,47)	69,80 \pm 2,03 (24,48)	0,3615
Estado geral de saúde	48,78 \pm 1,85 (24,23)	53,80 \pm 1,45 (22,68)	0,0361
Vitalidade	53,29 \pm 3,59 (43,18)	61,13 \pm 1,51 (20,84)	0,0221
Aspectos sociais	68,90 \pm 3,83 (35,62)	71,65 \pm 1,84 (21,66)	0,4687
Limitação por aspectos emocionais	44,72 \pm 7,77 (111,33)	82,16 \pm 3,65 (37,46)	0,0001
Saúde mental	70,05 \pm 3,81 (34,85)	81,13 \pm 1,37 (14,22)	0,0015

Fonte: Elaboração própria (2023).

Perante os resultados observados nos domínios do instrumento SF-36, observou-se que os homens apresentaram valores inferiores para Capacidade funcional, Limitação por aspectos

físicos, Estado geral de saúde, Vitalidade, Limitação por aspectos emocionais e Saúde mental ($p < 0,05$).

Ao utilizar o instrumento SF-36 para analisar a qualidade de vida no trabalho Nascimento *et al.* (2019) encontraram que a qualidade de vida no trabalho é um tema contemporâneo necessário e, que a qualidade de vida no trabalho dos profissionais podem causar diversos problemas, tanto físicos e psicológicos, comprometendo a saúde dos profissionais, especificamente em relação a problemas físicos. Isto condiz os achados na presente pesquisa, em que homens, por serem socialmente a maior fonte de renda de casa, apresentaram menores escores nos domínios limitação por aspectos físicos, estado geral de saúde, e limitações por aspectos emocionais que são fatores associados diretamente ao trabalho, fato que condiz com a literatura (GARCIA; CARDOSO; BERNARDI, 2019; SALVARO; MARIANO, 2021; SILVA, 2021b).

Já Moreira *et al.* (2020), também ao estudar a qualidade de vida em trabalhadores, encontraram que dentre os domínios analisados, os destaques são para: limitação por aspectos físicos e aspectos sociais, que se aproximaram da pontuação máxima (100) seguido do domínio dor que também apresenta média global acima de 90 pontos. Segundo os autores, esta pontuação positiva, está relacionada a um conjunto de medidas realizadas pelos chefes dos trabalhadores como medidas motivacionais, que incentivaram uma maior e mais democrática participação dos funcionários. Essas medidas visam incrementar a qualidade de vida, buscando incrementar a resiliência mental e buscando diminuir transtornos físicos dos trabalhadores.

Em outro estudo usando o SF-36, Oliveira *et al.* (2019) analisaram a situação e as características de trabalho e qualidade de vida mostrando a influência do desemprego nos baixos níveis de qualidade de vida de mulheres imigrantes. Os autores, perante seus resultados, acreditam fundamental a criação de políticas públicas que proporcionem ações voltadas ao fortalecimento da consciência cidadã e coletiva das mulheres, em idade potencialmente produtiva. Por sua vez Gonçalo *et al.* (2020) avaliaram a qualidade de vida em pacientes com estimulação cardíaca permanente, perante o SF-36, e encontraram que o domínio Bem-Estar Emocional é sempre melhor avaliado, enquanto Problemas Emocionais são mal avaliados.

Isso pode ser explicado pela natureza das questões que compõem cada domínio. No domínio Bem-Estar Emocional, pergunta-se ao paciente se ele se considera uma pessoa nervosa, uma pessoa muito triste a ponto de nada poder animá-lo, calmo e tranquilo, se ele se sente desanimado/deprimido ou se está uma pessoa feliz. Os autores ainda encontraram que o domínio que obteve maior média na amostra foi dos aspectos sociais, seguido de Bem-Estar

Emocional, enquanto o domínio com menor média foi Saúde Física, seguido de Funcionalidade Física; ou seja, os maiores escores foram obtidos nos domínios mentais, enquanto os menores escores foram obtidos nos domínios físicos. Corroborando os achados da presente pesquisa, em que tais domínios, tanto para homens e mulheres informaram ter valores superiores.

No mesmo contexto, Silva *et al.* (2022) também perante uma população de mulheres rurais, encontraram que a capacidade funcional, os aspectos sociais e a saúde mental tiveram os maiores escores, corroborando o achados no presente estudo, reforçam a necessidade de uma atuação mais efetiva do SUS, modalidade assistencial inserida diretamente no território das mulheres rurais, no sentido de desenvolver ações de promoção da saúde, tendo como propósito central a própria capacitação das trabalhadoras rurais para atuar na melhoria da sua qualidade de vida.

De igual forma, Guimarães *et al.* (2018), ao estudar a qualidade de vida, sobretudo em populações consideradas legitimamente tradicionais, verificaram que os escores da capacidade funcional, da dor e do estado geral da saúde foram superiores aos das mulheres ($p < 0,05$), sinalizando a prevalência do componente físico sobre o componente mental levanta a necessidade urgente de foco sobre essa questão, para criar estratégias que atendam a saúde integral do trabalhador pantaneiro e, ainda, permitam a continuidade de estudos (transversais e longitudinais) sobre essa importante população tradicional. Isto contesta os achados encontrados na presente pesquisa em que dados domínios tiveram valores superiores em mulheres do que em homens, retratando assim a importância das mulheres no mercado de trabalho.

Os autores Godoy e Adami (2019) compararam os escores dos domínios SF-36 entre homens e mulheres adultos e idosos com e sem depressão atendidos em UBS, encontrando que os homens obtiveram média significativamente superior no domínio ambiental em relação às mulheres, demonstrando que a satisfação dos homens em relação à segurança, recursos financeiros, transporte e aquisição de bens é superior, corroborando os achados do presente estudo. Ainda os autores verificaram diferença estatisticamente para o domínio psicológico, com os homens apresentando maior escore em relação a esse domínio; e o justificaram considerando que as mulheres tem uma percepção da depressão duas vezes maior que os homens, o que pode ser influenciado por diferenças fisiológicas e hormonais, baixa escolaridade e renda, cultura, além de diferentes maneiras de lidar com momentos de estresse. Fato que foi contrariado na nossa pesquisa, na qual dados domínios determinaram maior valor em mulheres do que homens, chamando a atenção novamente a sua força e resiliência.

No tocante ao questionário WHOQOL-bref, a tabela 9 informa que homens, unicamente as questões 12 e 26, necessitam melhorar, a 15 e 24 são boas e o restante são de score regular. No caso das mulheres, unicamente a questão 26 demonstrou que necessita melhorar, que as questões 6, 15 e 24 são boas e o restante apresentaram scores regulares. Sugerindo que as mulheres referem melhor qualidade de vida do que os homens.

Tabela 9 – Valores (média \pm desvio padrão) das questões específicas do WHOQOL-bref obtidos a partir de usuários da Atenção, Cambuquira, MG. 2023 (n=109).

Questão	Homem	Mulher
Q1	3,71 \pm 0,87	3,74 \pm 0,64
Q2	3,56 \pm 1,07	3,62 \pm 0,93
Q3	3,54 \pm 1,23	3,65 \pm 1,08
Q4	3,56 \pm 1,03	3,71 \pm 1,11
Q5	3,51 \pm 0,84	3,74 \pm 0,8
Q6	3,88 \pm 1,08	4,00 \pm 0,85
Q7	3,41 \pm 0,74	3,43 \pm 0,85
Q8	3,44 \pm 0,78	3,44 \pm 0,78
Q9	3,34 \pm 0,82	3,18 \pm 0,85
Q10	3,34 \pm 1,04	3,46 \pm 0,85
Q11	3,37 \pm 1,09	3,84 \pm 1,14
Q12	2,71 \pm 1,08	3,13 \pm 0,86
Q13	3,32 \pm 1,08	3,57 \pm 0,94
Q14	3,15 \pm 0,99	3,28 \pm 1,03
Q15	4,12 \pm 0,84	4,10 \pm 0,79
Q16	3,24 \pm 1,26	3,76 \pm 0,77
Q17	3,66 \pm 0,82	3,81 \pm 0,83
Q18	3,56 \pm 1,23	3,90 \pm 0,79
Q19	3,46 \pm 1,03	3,76 \pm 0,88
Q20	3,32 \pm 1,17	3,69 \pm 0,82
Q21	3,37 \pm 1,13	3,46 \pm 1,01
Q22	3,39 \pm 1,02	3,66 \pm 0,82
Q23	3,76 \pm 0,92	3,74 \pm 0,82
Q24	4,17 \pm 0,74	4,06 \pm 0,79
Q25	3,41 \pm 1,16	3,66 \pm 0,84
Q26	2,59 \pm 1,16	2,34 \pm 0,84

Fonte: Elaboração própria (2023).

Nota: Valores expressados em forma de média aritmética \pm desvio padrão.

Almeida-Brasil *et al.* (2017) estudaram uma população de pacientes visando identificar as características associadas à qualidade de vida em usuários de quatro UBS de Belo Horizonte, Minas Gerais., encontrando que o gênero teve associação no domínio psicológico, sendo que

as mulheres apresentaram pior percepção de qualidade de vida que os homens, resultado, onde as mulheres relataram, na sua grande maioria, ter mais sentimentos negativos, baixa autoestima e depressão do que os homens.

Por outro lado, estudos onde se observam que as populações tem níveis baixos de percepção de qualidade de vida, está o de Bortolotto, Mola e Rodrigues (2018), analisando a qualidade de vida e seus determinantes em uma população residente em zona rural, observaram dados alarmantes a respeito de um importante marcador de saúde, pouco explorado em populações rurais; onde aproximadamente um quarto da população relatou uma qualidade de vida razoável, ruim ou muito ruim e pouca satisfação com a saúde. Já Alves *et al.* (2020) estudaram a relação entre variáveis sociodemográficas e psicológicas, nível de atividade física e qualidade de vida em idosos, e alegam que os escores mais elevados para transtornos mentais comuns, estão associados à mulheres, cuidadoras e muitas vezes relegadas para casa e submetidas a isolamento, fator de risco conhecido para declínio físico, cognitivo e emocional.

Logo, visando comparar o perfil de mulheres, aparentemente saudáveis com outras portadoras de doenças cardiovasculares ou respiratórias crônicas, segundo variáveis sociodemográficas e de qualidade de vida, Frade *et al.* (2021) indicam que as estratégias adotadas pelo sistema de saúde precisam atingir, com maior eficiência, a população de baixa renda e escolaridade, apresentando assim melhora na atenção básica. A qualidade de vida em populações tradicionais, por ser multifatorial, pode ser afetada em seus diversos domínios onde o maior escore, apesar da pouca diferença entre eles, é observado predominantemente no domínio social, com menor pontuação o domínio de meio ambiente, o que corrobora a confirmação de que a infraestrutura está relacionada à falta de acesso à saúde, transporte, lazer e, principalmente, renda, influenciam negativamente na qualidade de vida (SANTOS *et al.*, 2022).

Bombardelli *et al.* (2017), com outro ponto de vista, indicam que o meio rural proporciona uma boa qualidade de vida, e que explorar a qualidade de vida de populações nestas localidades e os domínios afetados é fundamental para elaboração de políticas públicas e planejamento de programas voltados para atenção de populações vulneráveis. Ainda os autores percebem que a qualidade de vida um conceito multifacetado, no qual as diferentes dimensões relacionadas ao contexto de vida do indivíduo precisam ser consideradas, especialmente em trabalhadores rurais, expostos a panoramas preocupantes quanto à presença de forte risco para o adoecimento decorrentes do sobrepeso, sedentarismo, dependência de álcool, exposição a

agentes estressores (ruídos e poeiras), bem como a ausência no trabalho decorrente de acidentes laborais e morbidades presentes em esses trabalhadores.

Com o intuito de verificar que a aplicação de exercícios físicos tem a capacidade de melhorar a qualidade de vida, Costa *et al.* (2018) compararam a percepção da qualidade de vida em idosas praticantes e não praticantes do método Pilates, encontraram que o grupo de mulheres praticantes deste método apresentou os maiores escores na maioria dos domínios de qualidade de vida. Contudo, os resultados obtidos na presente pesquisa em que as mulheres demonstram melhor qualidade de vida, pode estar associado à diversos efeitos ambientais, sugerindo que a amostra estudada tem hábitos saudáveis e composto por mulheres com trabalhos estáveis, atingidas sim por peculiaridades sociais que tem a capacidade de sensibilizar o desempenho delas na sociedade, mas sem a capacidade de alterar significativamente seu desenvolvimento laboral.

A tabela 10 mostra a diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$) entre homens e mulheres no item nível de satisfação do sono do instrumento WHOQOL-bref, observou-se que as mulheres estão mais realizadas que os homens.

Tabela 10 – Diferença entre homens e mulheres, usuários da Atenção Primária, conforme o domínio Físico do WHOQOL-bref, Cambuquira, MG. 2023 (n=109).

(Continua)

	Sexo				p valor*
	Homem		Mulher		
	N	(%)	N	(%)	
Em que medida sua dor (física) impede fazer o que você precisa?					
Nada	3	7,32	/	/	0,1187
Muito pouco	4	9,76	3	4,41	
Mais ou menos	16	39,02	30	44,12	
Bastante	9	21,95	22	32,35	
Extremamente	9	21,95	13	19,12	
Quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?					
Nada	1	2,44	2	2,94	0,2948
Muito pouco	6	14,63	7	10,29	
Mais ou menos	10	24,39	21	30,88	
Bastante	17	41,46	17	25,00	
Extremamente	7	17,07	21	30,88	
Você tem energia suficiente para seu dia a dia?					
Nada	3	7,32	1	1,47	0,3229
Muito pouco	1	2,44	4	5,88	
Médio	23	56,13	35	51,47	
Muito	7	17,07	19	27,94	
Completamente	7	17,07	9	13,24	
Quão bem você é capaz de se locomover?					
Ruim	1	2,44	1	1,47	0,9475
Nem ruim nem bom	9	21,95	15	22,06	

Tabela 10 – Diferença entre homens e mulheres, usuários da Atenção Primária, conforme o domínio Físico do WHOQOL-bref, Cambuquira, MG. 2023 (n=109).

(Conclusão)

		Sexo				p valor*
		Homem		Mulher		
		N	(%)	N	(%)	
Nível de satisfação com o sono	Bom	15	36,59	28	41,18	0,0093
	Muito bom	16	39,02	24	35,29	
	Muito insatisfeito	5	12,2	/	/	
	Insatisfeito	7	17,07	4	5,88	
	Nem satisfeito/insatisfeito	8	19,51	18	26,47	
	Satisfeito	15	36,59	36	52,94	
Nível de satisfação com sua capacidade de desempenhar atividades do dia-a-dia	Muito satisfeito	6	14,63	10	14,71	0,6726
	Insatisfeito	3	7,32	5	7,35	
	Nem satisfeito/insatisfeito	14	34,15	16	23,53	
	Satisfeito	18	43,93	34	50,00	
Nível de satisfação com sua capacidade para trabalhar	Muito satisfeito	6	14,63	13	19,12	0,0732
	Muito insatisfeito	4	9,76	/	/	
	Insatisfeito	3	7,32	3	4,41	
	Nem satisfeito/insatisfeito	10	24,39	16	23,53	
	Satisfeito	14	34,15	34	50,00	
	Muito satisfeito	10	24,39	15	22,06	

Fonte: Elaboração própria (2023).

No referente à qualidade de sono, este trabalho observou que mais de 60% das mulheres informou que se sentem satisfeitas com a qualidade dele, valor superior ao demonstrado pelos homens ($p < 0,05$), sugerindo que elas aproveitam melhor o sono como atividade reparadora de forças.

Ferreira e Fernandes (2020) estudaram uma amostra de mulheres detentas, e encontraram que a qualidade de sono ruim esteve associada a piores escores de qualidade em todos os domínios do WHOQOL- Bref, e identificaram que uma qualidade de sono ruim pode gerar aumento de problemas de saúde, a menor satisfação com a vida e o sentimento de felicidade, contribuindo no agravamento das já precárias condições de saúde de mulheres em situação de confinamento.

Hipólito *et al.* (2017) ao analisar a produção de conhecimento sobre intervenções em qualidade de vida no trabalho, verificaram que distúrbios do sono influenciam nas demandas mentais decorrentes do trabalho. A baixa qualidade do sono, ambiente laboral inadequado,

podem ser amenizadas por meio de intervenções específicas que proporcionarão melhora da saúde e bem-estar. Neste contexto, os hábitos de sono também são capazes de interferir na qualidade de vida, sendo as irregularidades no padrão de sono e repouso que possuem relação com a adoção de comportamentos sedentários e com o envolvimento em atividades de baixo dispêndio energético, a exemplo do uso do computador, celular e jogos eletrônicos (ALENCAR *et al.*, 2022). Outra área que pode estar associada às mudanças nos hábitos de sono é o trabalho noturno, que provoca alterações na vida das pessoas, pois o ajuste do ciclo sono-vigília acarreta consequências negativas tanto do ponto de vista biológico, como ocorrência de obesidade, úlceras, irritabilidade e fadiga, como bem como psicologicamente.

Gajardo *et al.* (2021) visaram estimar a frequência de problemas com o sono e os fatores associados na população brasileira, e concluíram que é elevada a proporção de brasileiros que relataram ter problemas com o sono na Pesquisa Nacional de Saúde, com a devida atenção especial deve aos grupos mais suscetíveis ao desenvolvimento de problemas com o sono, tais como mulheres, indivíduos com mais idade, com comportamentos de risco relacionados ao estilo de vida, hipertensão arterial e excesso de peso corporal.

É sabido que problemas relacionados com o sono estão entre os sinais que podem caracterizar algum transtorno mental. Como esperado, Senicato, Azevedo e Barros, (2018) estudaram a relação de transtornos mentais comuns com a qualidade de sono, e encontraram que aquelas que referiram dormir seis ou menos horas diárias apresentaram prevalência destas patologias, 2,66 vezes mais elevada, do que aquelas que referiram dormir sete ou mais horas. Diversos distúrbios do sono são prevalentes na população geral, apresentando-se em intensidades variáveis e atingido, especialmente, a indivíduos com deterioração da saúde física e/ou mental, perturbações bem comuns em mulheres (LIMA *et al.*, 2019). Contudo, os resultados obtidos na presente pesquisa podem ser associados à população de mulheres que demonstraram, nos domínios anteriores a maior quantidade de tempo mais força e disposição para trabalhar.

No domínio do meio ambiente, observou-se na tabela 11 que os participantes indicaram que não tem quantidade suficiente de dinheiro para satisfazer suas necessidades, sendo que as mulheres foram as que demonstraram maior contento perante esse item ($p < 0,05$).

Tabela 11 – Diferença entre homens e mulheres, usuários da Atenção Primária, conforme o domínio de meio ambiente do WHOQOL-bref, Cambuquira, MG. 2023 (n=109).

	Sexo				p valor*	
	Homem		Mulher			
	N	(%)	N	(%)		
Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	Nada	/	/	1	1,47	0,8092
	Muito pouco	4	9,76	6	8,82	
	Mais ou menos	18	43,92	6	38,24	
	Bastante	16	39,02	32	47,06	
	Extremamente	3	7,32	3	4,41	
Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	Nada	1	2,44	2	2,94	0,6602
	Muito pouco	4	9,76	9	13,24	
	Mais ou menos	18	43,93	6	52,94	
	Bastante	16	39,02	17	25	
	Extremamente	2	4,88	4	5,88	
Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	Nada	4	9,76	/	/	0,0072
	Muito pouco	16	39,02	14	20,59	
	Médio	12	29,27	38	55,88	
	Muito	6	14,63	9	13,24	
	Completamente	3	7,32	7	10,29	
Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	Nada	3	7,32	1	1,47	0,5128
	Muito pouco	5	12,2	6	8,82	
	Médio	14	34,15	26	38,24	
	Muito	14	34,15	23	33,82	
	Completamente	5	12,2	12	17,65	
Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	Nada	1	2,44	3	4,41	0,6836
	Muito pouco	10	24,39	10	14,71	
	Médio	16	39,02	30	44,12	
	Muito	10	24,39	15	22,06	
	Completamente	4	9,76	10	14,71	
Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	Insatisfeito	5	12,2	5	7,35	0,6706
	Nem satisfeito nem insatisfeito	8	19,51	19	27,94	
	Satisfeito	20	48,78	33	48,53	
	Muito satisfeito	8	19,51	11	16,18	
Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	Insatisfeito	/	/	2	2,94	0,6787
	Nem satisfeito nem insatisfeito	8	19,51	13	19,12	
	Satisfeito	18	43,93	32	47,06	
	Muito satisfeito	15	36,59	21	30,88	
Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	Muito insatisfeito	3	7,32	/	/	0,1187
	Insatisfeito	4	9,76	3	4,41	
	Nem satisfeito nem insatisfeito	16	39,02	30	44,12	
	Satisfeito	9	21,95	22	32,35	
	Muito satisfeito	9	21,95	13	19,12	

O trabalho, além de proporcionar rendimento económico, também aumenta a autoestima e a liberdade das mulheres; ter dinheiro próprio proporciona segurança e sensação de autonomia (CAICEDO-ROA; CORDEIRO, 2023). Sendo as populações vulneráveis, socialmente falando, as mais afetadas pela baixa capacidade aquisitiva, o que significa que as pessoas não conseguem ter acesso a uma qualidade de vida adequada às suas normas culturais e, pior do que isso, na maioria dos casos estão sujeitas a condições de pobreza extrema ou de escravidão (PACAYA, 2020). Mas este fato pode ser revertido, já que pode ser constatada a melhoria na qualidade de vida das mulheres agricultoras familiares, em decorrência do serviço de assistência técnica e extensão rural, perante mudanças de paradigmas e práticas produtivas que contribuíram para a adoção da agroecologia e ampliação da renda (COSTA, 2018).

Neste contexto, vale ressaltar que trabalhadoras rurais, que exercem suas atividades em locais que compõem a diversidade de atividades estão configuradas para encontrar emprego no setor agrícola, como trabalhadores diários, em casa e na agricultura familiar; com atividades que revelam dinamismo envolvendo o reconhecimento de um processo de mudança que significa solidariedade, camaradagem e, principalmente superação (OLIVEIRA; NINA, 2014). As nominadas mudanças na realidade rural pode ser percebida claramente, ao acessar informações e recursos do ambiente urbano, tornando as mulheres agricultoras cada vez mais ativas, unidas e organizadas no trabalho, buscando seus direitos, felicidade e saúde (THUM *et al.*, 2011). As informações aqui elencadas sobre a capacidade feminina de verificar o ambiente laboral como aquele que lhe fornece ingresso econômico, é claramente percebido na presente pesquisa em que são elas que percebem, em porcentagem menor que os homens, que o dinheiro é pouco suficiente, indicando que há uma perspectiva distinta do que seus parceiros e, inclusive, diante às diferenças encontradas nos domínios emocionais e físicos, percebesse, novamente, que as mulheres tem capacidade superior que homens demonstrando resiliência maior no mercado de trabalho.

No entanto, Oliveira *et al.* (2021) avaliaram o contexto de trabalho e suas repercussões na qualidade de vida de trabalhadores rurais do agronegócio em empresa privada, verificando que as condições de trabalho são satisfatórias; a organização do trabalho foi considerada crítica e as relações socioprofissionais, satisfatórias; mas, quanto ao custo humano do trabalho, os trabalhadores avaliaram o domínio físico e cognitivo como críticos e o domínio afetivo como satisfatório.

Analisando a qualidade de vida em mulheres cuidadoras, Araújo *et al.* (2019), os autores demonstraram que cuidadoras de pessoas com mobilidade física prejudicada são

predominantemente casadas, com baixa escolaridade e menor poder aquisitivo, pertencem ao primeiro grau de parentesco e, além de cuidar, realizam as atividades domésticas, e comprovaram que, entre outros fatores, sua renda exercem influência significativa na qualidade de vida. Ser cuidador, para os mesmos autores, exige uma série de competências físicas e preparação psicológica para lidar com as atividades típicas da rotina e com as adversidades. A literatura, como elencado anteriormente, mostra resultados que confirmam os achados no presente trabalho em que mulheres trabalhadoras tem uma noção mais resiliente perante os seus ingressos econômicos que homens, também vale ressaltar que a amostra estudada aqui não registrou o tipo de trabalho dos participantes, fator relevante na hora de tomada de decisões para executar medidas para incrementar a qualidade de vida das pessoas, sendo uma limitação desse estudo.

Na tabela 12 estão os scores médios, por domínios do instrumento WHOQOL-bref, e perante estes resultados não observou-se diferença significativa entre homens e mulheres participantes da presente pesquisa ($p>0,05$).

Tabela 12 – Escores médios (média \pm desvio padrão) de mulheres e homens nos domínios do WHOQOL-bref de usuários da Atenção Primária, Cambuquira, MG. 2023 (n=109).

Domínio	Sexo		p valor
	Homem	Mulher	
Físico	13,05 \pm 0,33 (16,03)	13,53 \pm 0,22 (13,54)	0,2081
Psicológico	14,03 \pm 0,40 (18,28)	14,95 \pm 0,31 (16,87)	0,0700
Relações Sociais	13,43 \pm 0,61 (29,06)	14,41 \pm 0,36 (20,73)	0,1427
Meio Ambiente	13,65 \pm 0,37 (17,44)	14,03 \pm 0,28 (16,32)	0,4064
Auto avaliação da QV	14,54 \pm 0,50 (22,19)	14,71 \pm 0,34 (18,91)	0,7726
TOTAL	13,62 \pm 0,34 (15,91)	14,20 \pm 0,24 (14,00)	0,1524

Fonte: Elaboração própria (2023).

Nota: $p<0,05$ para o Teste de T- student.

Finalmente, para todos os domínios do WHOQOL-bref: físico, psicológico, relações sociais, meio ambiente e auto avaliação da QV, a presente pesquisa encontrou que as mulheres tiveram escores maiores quando comparado ao dos homens, entretanto sem diferença estatisticamente significativa ($p>0,05$).

É importante ressaltar que a maioria dos estudos de qualidade de vida tem sido realizada em populações específicas e poucos estudos têm sido realizados na população geral atendida em serviços de APS. Almeida-Brasil *et al.* (2017) destacam a importância de ações para melhorar a qualidade de usuários da Atenção Básica por meio de ações promovidas tanto por profissionais de saúde quanto por gestores públicos, considerando campanhas educativas, como

a elaboração de cartilhas e o fortalecimento e divulgação de grupos operacionais nas UBS; formação de profissionais de saúde e ampliação de recursos humanos nos serviços de saúde, como psicólogos, fisioterapeutas, farmacêuticos, entre outros e, mediante o aprimoramento das políticas públicas de infraestrutura urbana, saneamento, apoio e promoção social

Em populações de idosos, por exemplo, Costa *et al.* (2018a, 2018b) entende se bem por caracterizar as visíveis diferenças entre a qualidade de vida de idosos que participaram e não participaram de programas públicos de exercício físico, sendo que o simples fato de ser fisicamente ativo pode não ser suficiente para ter uma melhor percepção de qualidade de vida. Em populações de estudantes adultos jovens, Santos *et al.* (2021b), perceberam ao estudar a percepção da qualidade de vida dos estudantes de medicina, seus achados proporcionam uma melhor compreensão dos fatores que impactam negativa ou positivamente a vida do indivíduo, os mesmos que informaram a avaliação negativa da própria saúde, apresentada como a pior qualidade de vida, incluindo avaliações positivas no domínio de relações sociais, enquanto os domínios físico, psicológico e ambiental foram avaliados negativamente. E em populações de trabalhadores ativos é, na sua grande maioria e, principalmente, em populações rurais, aquelas que usam o sistema de saúde público, a maior proporção de doenças diagnosticadas para aqueles com maior tempo de trabalho, com maior proporção perante o prognóstico próprio para continuar trabalhando no futuro. Sua capacidade para o trabalho, está associada à exposição desses trabalhadores a fatores nocivos que afetam a qualidade de vida no domínio físico, porém com efeitos psicológicos de diminuição de fonte de renda, levam à redução da sua força de trabalho. Nesse sentido, é premente a priorização de políticas públicas e implementação de ações educativas que objetivem a minimização dessa exposição.

7 CONCLUSÃO

Ao término dessa pesquisa e de acordo com os objetivos propostos conclui-se que:

Dos 112 entrevistados, 63,4% foram do sexo feminino e 36,6% do sexo masculino. A idade da amostra variou entre 18 a 73 anos de idade, sendo a média estimada de 41 anos. Em relação a naturalidade dos entrevistados, a amostra apresentou que 67% são naturais de Cambuquira. No tocante ao estado civil, 50% se dizem solteiros, 35,7% casados, 8% divorciados e 6,3% viúvos. Em número de filhos, 36% da amostra dizem não possuir nenhum filho, 57% tem entre 1 a 3 filhos e 7% entre 4 a 6 filhos. Resultado que demonstra uma predominância por parte das mulheres, na busca de serviços de saúde, em relação aos pacientes de gênero masculino e que a ESF está atendendo ao princípio da territorialidade do SUS.

Com relação a percepção de saúde e qualidade de vida de homens e mulheres atendidas na ESF estudada, as mulheres tem melhor percepção do estado da sua saúde e percebem ter menos dificuldade de realizar certas atividades diárias, no entanto, foram mais atingidas por dores, e os mesmos afetam o desenvolvimento de tarefas diárias. Os homens apresentaram pior percepção do estado de saúde e mais problemas emocionais, que afetaram na diminuição do tempo das tarefas realizadas.

Ao comparar a Qualidade de vida dos homens e mulheres, não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes, no entanto as mulheres tiveram maiores escores em todos os domínios avaliados, demonstrando que as mulheres tem melhor percepção de qualidade de vida.

Os resultados contribuirão para auxiliar no planejamento de Políticas Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) no que tange aos aspectos social, comportamental, cultural, pessoal, dentre outros, em que colaboram com as poucas ações de promoção da saúde e prevenção de doenças direcionadas ao público masculino. Além de subsidiar futuras análises de modo mais abrangente da população atendida pelas Estratégias de Saúde da Família, principalmente quando o assunto é a busca ativa para atendimento de saúde preventiva em relação aos homens.

Fica evidente a necessidade de implementar mais Programas de Atenção à Saúde do Homem rompendo com as barreiras culturais que levam a maior incidência de morbimortalidade da população masculina. Cabe aos profissionais da saúde e principalmente aos enfermeiros promover ações educativas e pro ativas para alcançar os objetivos do

desenvolvimento sustentável da agenda 2030, no item saúde e bem estar, no que tange a diminuição das doenças crônicas degenerativas e conseqüentemente a mortalidade.

REFERÊNCIAS

- ABREU, D. M. X. de; CÉSAR, C. C.; FRANÇA, E. B. Diferenciais entre homens e mulheres na mortalidade evitável no Brasil (1983-2005). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, p. 2672–2682, 2009. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/9wbdXWBGDSCmhNkD99hnbHw/?lang=pt&format=html>>. Acesso em: 5 nov. 2023.
- ALENCAR, N. E. S. *et al.* Fatores associados à qualidade de vida relacionada à saúde de adolescentes. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 35, p. eAPE0189345, 2022. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ape/a/G7ZnDMVCkKq83V7qwtqzGJS/?lang=pt>>. Acesso em: 10 nov. 2023.
- ALMEIDA-BRASIL, C. C. *et al.* Quality of life and associated characteristics: application of WHOQOL-BREF in the context of Primary Health Care. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 1705–1716, 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/hCT5bVhkXN8Q7kk3Tc9w8gb/?lang=en>>. Acesso em: 9 nov. 2023.
- ALVES, I. T. L. **O impacto da pandemia de covid-19 no número de óbitos por causas mal definidas e desconhecidas**. Salvador: Repositório Institucional da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, 2022. Disponível em: <<https://repositorio.bahiana.edu.br:8443/jspui/handle/bahiana/7117>>. Acesso em: 5 nov. 2023.
- ALVES, V. M. C. *et al.* Sociodemographic and psychological variables, physical activity and quality of life in elderly at Unati Campinas, São Paulo. **Fisioterapia em Movimento**, v. 33, p. e003310, 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/fm/a/8VmkVJg5LBF5BsWhpcBgFCv/>>. Acesso em: 9 nov. 2023.
- ANDRADE, J. S. **Academias ao ar livre como política pública de promoção da saúde do idoso, através do exercício físico, na cidade do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: UERJ, 2017. Disponível em: <<https://www.btd.uerj.br:8443/handle/1/8306>>. Acesso em: 8 nov. 2023.
- ANTUNES, J. Defensive styles and sexual functioning in adults. **Psicologia, Saúde & Doença**, v. 21, n. 02, p. 311–321, 2020. Disponível em: <https://www.sp-ps.pt/downloads/download_jornal/722>. Acesso em: 8 nov. 2023.
- ARAÚJO, M. G. de O. *et al.* Cuidando de quem cuida: qualidade de vida e sobrecarga de mulheres cuidadoras. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, p. 728–736, 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reben/a/v7KsZMSBxtYynm7LVTHrG7M/?lang=pt&format=html>>. Acesso em: 10 nov. 2023.
- AREIAS, M. E. Q.; GUIMARÃES, L. A. M. Gênero e estresse em trabalhadores de uma universidade pública do estado de São Paulo. **Psicologia em Estudo**, v. 9, n. 2, p. 255–262, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722004000200011&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 8 nov. 2023.

ARRUDA, N. M. *et al.* Desigualdade no acesso à saúde entre as áreas urbanas e rurais do Brasil: uma decomposição de fatores entre 1998 a 2008. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, p. e00213816, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/zMLkvhHQzMQQHjqFt3D534x/?lang=pt>>. Acesso em: 7 nov. 2023.

BACANELO, R. A. A.; JUNIOR, E. E. F. Investigação da saúde do trabalhador do Pantanal por meio de publicações via eletrônica / Research on worker health in the Pantanal through electronic publications. **Brazilian Journal of Development**, v. 8, n. 5, p. 34483–34498, 2022. Disponível em: <<https://brazilianjournals.com/ojs/index.php/BRJD/article/view/47618>>. Acesso em: 7 nov. 2023.

BARBOSA, R. H. S. **Humanização da assistência à saúde das mulheres**: uma abordagem crítica de gênero. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

BATISTA, V. C. *et al.* Fatores associados às práticas de violência conjugal em mulheres de apenados. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 33, p. eAPE20190150, 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ape/a/SFjhTSTJwG8kxNMCSxvmqbm/?format=html&lang=pt>>. Acesso em: 6 nov. 2023.

BECKER, M. W. *et al.* Absenteísmo da população masculina na assistência à saúde mental: uma revisão narrativa. **Saúde Coletiva (Barueri)**, v. 11, n. 62, p. 5192–5201, 2021. Disponível em: <<https://revistasaudecoletiva.com.br/article/view/1340>>. Acesso em: 5 nov. 2023.

BENZONI, P. E. A influência do estresse na condição de afastamento do trabalho por distúrbios osteomusculares. **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia**, v. 11, n. 2, p. 294–305, 2018. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1983-82202018000200008&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 8 nov. 2023.

BERNARDELLI, R. S. *et al.* Application of the refinements of ICF linking rules to the Visual Analogue Scale, Roland Morris questionnaire and SF-36. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 1137–1152, 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/qxsscdkf7tzq4ZDJDW6MPS/?lang=en>>. Acesso em: 5 nov. 2023.

BOMBARDELLI, C. *et al.* Qualidade de vida de idosos residentes em município com características rurais do interior do Rio Grande do Sul. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 20, p. 85–90, 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbgg/a/jWQvddK3MPzhcMCtTwkdXKk/?lang=pt>>. Acesso em: 10 nov. 2023.

BORGES, E. L. *et al.* Family caregiver burden: the burden of caring for lung cancer patients according to the cancer stage and patient quality of life. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 43, p. 18–23, 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/jbpneu/a/YBCJJppQSkYPNrHddbHJSKk/>>. Acesso em: 5 nov. 2023.

BORTOLOTTI, C. C.; MOLA, C. L. De; RODRIGUES, L. T. Quality of life in adults from a rural area in Southern Brazil: a population-based study. **Revista de Saúde Pública**, v. 52, p. 4s, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rsp/a/tpBtmXPKzS4vKzC5Jj5Zqhw/?lang=en>>. Acesso em: 9 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde do homem: princípios e diretrizes**. Brasília: MS, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Perfil da morbimortalidade masculina no Brasil**. Brasília: MS, 2018.

BRASIL. Departamento de Informática do SUS. **Óbitos por residência e período segundo a região/unidade da federação**. Brasília: DATASUS, 2023. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10uf.def>> Acesso em: 8 nov. 2023.

CABRAL, S. M.; VERONESE, M. V. Trabalho e desemprego: mulheres na Região do Vale dos Sinos-RS. **Desenvolve Revista de Gestão do Unilasalle**, v. 9, n. 2, p. 27, 2020. Disponível em: <<https://revistas.unilasalle.edu.br/index.php/desenvolve/article/view/6886>>. Acesso em: 8 nov. 2023.

CAICEDO-ROA, M.; CORDEIRO, R. C. Análise de casos de feminicídio em Campinas, SP, Brasil, entre 2018 e 2019 por meio do modelo ecológico da violência. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28, p. 23–36, 2023. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/mRzcdz4kyz4rsFtsf8gQ3RB/>>. Acesso em: 10 nov. 2023.

CAMPOLINA, A. G. *et al.* Validação da versão brasileira do questionário genérico de qualidade de vida short-form 6 dimensions (SF-6D Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 3103–3110, 2011. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/PwJPp5MtSZvLWfnFvszrX8h>>. Acesso em: 5 nov. 2023.

CARNEIRO, V. S. M.; ADJUTO, R. N. P.; ALVES, K. A. P. Saúde do homem: identificação e análise dos fatores relacionados à procura, ou não, dos serviços de atenção primária. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR**, v. 23, n. 1, 2019. Disponível em: <<https://ojs.revistasunipar.com.br/index.php/saude/article/view/6521>>. Acesso em: 6 nov. 2023.

CARVALHO, D. A. de. *et al.* Prevalência da prática de exercícios físicos em idosos e sua relação com as dificuldades e a falta de aconselhamento profissional específico. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, v. 25, n. 1, p. 29–40, 2017. Disponível em: <<https://portalrevistas.ucb.br/index.php/rbcm/article/view/6467>>. Acesso em: 8 nov. 2023.

CASTRO, O. K. N. S. *et al.* Revisando o conceito de saúde e qualidade de vida. Qual o valor do exercício físico? **Anais da Jornada de Educação Física do Estado de Goiás** (ISSN 2675-2050), v. 1, n. 1, p. 272–277, 2018.

CASTRO, P. C.; DRIUSSO, P.; OISHI, J. Convergent validity between SF-36 and WHOQOL-BREF in older adults. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, p. 63–67, 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rsp/a/QPc6Sw6G9f5cL3BMQvzgxML/>>. Acesso em: 5 nov. 2023.

CICONELLI, R. M. *et al.* Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). **Revista Brasileira de Reumatologia**, p. 143–50, 1999. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-296502>>. Acesso em: 5 nov. 2023.

COSTA, F. R. da *et al.* Quality of life of participants and non-participants of public physical exercise programs. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 21, p. 24–34, 2018a. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbagg/a/4FCHcrCpCvvhYjKdJVK8bqv/>>. Acesso em: 10 nov. 2023.

COSTA, E. R. **Mulheres agricultoras familiares na assistência técnica e extensão rural: alcances e limites**. Salvador: UEFS, 2018. Disponível em: <<http://tede2.uefs.br:8080/handle/tede/871>>. Acesso em: 10 nov. 2023.

COSTA, T. R. A. *et al.* Comparação da percepção da qualidade de vida em idosas praticantes e não praticantes do Método Pilates. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 26, p. 261–269, 2018b. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/cadsc/a/hdvR8nGdSynsdSvwsv8ygmD/?format=html>>. Acesso em: 10 nov. 2023.

CRESWELL, J. W.; CRESWELL, J. D. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**: 2. ed. [s.l.]: Penso Editora, 2021. Google-Books-ID: URclEAAAQBAJ.

DONATO, T. A. A. *et al.* Exame ocupacional periódico: oportunidade de diagnóstico e monitoramento de doença crônica não transmissível em homens. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, p. e00298320, 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/yCsGRHyLSNTdsJqvqYSg99Q/?format=html&lang=pt>>. Acesso em: 8 nov. 2023.

FARIA, M. A. de. *et al.* Política nacional de atenção integral à saúde do homem: percepções de gestores de unidades básicas de saúde de Belo Horizonte-MG. **Espaço para a Saúde**, v. 16, n. 3, p. 5–13, 2015. Disponível em: <<https://espacoparasaude.fpp.edu.br/index.php/espacosaude/article/view/391>>. Acesso em: 5 nov. 2023.

FARIA, M. H. **Mortalidade prematura por doenças crônicas não transmissíveis, em Santa Catarina: uma análise temporal 2006-2015**. Florianópolis: UFSC, 2019.

FAVORITO, L. A. *et al.* Epidemiologic study on penile cancer in Brazil. **International braz j urol**, v. 34, p. 587–593, 2008. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ibju/a/GVRCQCWk7r5RdcfwksXfr8P/?lang=en>>. Acesso em: 5 nov. 2023.

FERREIRA, M. C. A. dos S.; FERNANDES, R. A. Q. Mulheres detentas do Recife-PE: saúde e qualidade de vida. **Escola Anna Nery**, v. 24, p. e20200062, 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ean/a/LzPRj3PBFrtjVM9KHvkkMkC/>>. Acesso em: 10 nov. 2023.

FIGUEIREDO, K. de. *et al.* Fatores motivacionais para a prática de exercício físico em idosos: estudo de abordagem mista. **Arquivos de Ciências do Esporte**, v. 9, p. 1–11, 2021. Disponível em: <<https://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/aces/article/view/5515>>. Acesso em: 8 nov. 2023.

FLECK, M. P. de A. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, p. 33–38, 2000. a. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/csc/2000.v5n1/33-38/>>. Acesso em: 5 nov. 2023.

FLECK, M. P. de A. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, p. 33–38, 2000. b. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/3LP73qPg5xBDnG3xMHBVVNK/?lang=pt>>. Acesso em: 5 nov. 2023.

FLECK, M. P. de A.; LIMA, A. F. B. da S.; POLANCZYK, C. A. **A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

FONSECA, F. de C. A. *et al.* A influência de fatores emocionais sobre a hipertensão arterial. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 58, p. 128–134, 2009. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/CKrxBnS4hMw3dztH9mdjJpJ/?lang=pt>>. Acesso em: 8 nov. 2023.

FRADE, M. C. M. *et al.* Perfil sociodemográfico e qualidade de vida de mulheres com doenças cardiovasculares e respiratórias: estudo de base populacional. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 28, p. 208–213, 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/fp/a/qqgwQKx7dkmrQPkCCjdPF6b/>>. Acesso em: 9 nov. 2023.

FREITAS, M. C.; CAMPOS, T. D.; GIL, C. A. Expectativas e concepções de trabalho na velhice em homens na meia-idade. **Estudos Interdisciplinares em Psicologia**, v. 8, n. 2, p. 43–64, 2017. Disponível em: <<https://ojs.uel.br/revistas/uel/index.php/eip/article/view/25957>>. Acesso em: 8 nov. 2023.

GAJARDO, Y. Z. *et al.* Problemas com o sono e fatores associados na população brasileira: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 601–610, 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/TBGCzH43FP8w3JgLNg54CCF/?lang=pt>>. Acesso em: 10 nov. 2023.

GARCIA, L. H. C.; CARDOSO, N. de O.; BERNARDI, C. M. C. do N. Autocuidado e adoecimento dos homens: uma revisão integrativa nacional. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 11, n. 3, p. 19–33, 2019. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2177-093X2019000300002&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 8 nov. 2023.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 3. ed. São Paulo: Editora Atlas, 2008.

GIOVANELLA, L. *et al.* Cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil: o que nos mostram as Pesquisas Nacionais de Saúde 2013 e 2019. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 2543–2556, 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/SMZVrPZRgHrCTx57H35Ttsz/>>. Acesso em: 7 nov. 2023.

GODOY, A. R.; ADAMI, F. S. Estado nutricional e qualidade de vida em adultos e idosos com depressão. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 32, 2019. Disponível em: <<https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/7354>>. Acesso em: 9 nov. 2023.

GOMES, A. A. *et al.* Análise da qualidade de vida de idosos praticantes de hidroginástica. **Epitaya E-books**, v. 1, n. 8, p. 30–36, 2021. Disponível em: <<https://portal.epitaya.com.br/index.php/ebooks/article/view/218>>. Acesso em: 8 nov. 2023.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F. do; ARAÚJO, F. C. de. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, p. 565–574, 2007. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/rQC6QzHKh9RCH5C7zLWNMvJ/?lang=pt>>. Acesso em: 5 nov. 2023.

GONÇALO, S. dos S. *et al.* Health-related quality of life of patients with permanent cardiac pacing. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 29, p. e20180486, 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/tce/a/zGhJNnGkDSjz4jQjxt4xVrm/?lang=en>>. Acesso em: 9 nov. 2023.

GONÇALVES, E. T.; SILVA, J. J. T. da. Morbimortalidade masculina por causas externas no Brasil: 2009-2018. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 15, n. 2, 2021. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/index.php/revistaenfermagem/article/view/245680>>. Acesso em: 6 nov. 2023.

GONÇALVES, M. C. dos S. **Avaliação das fases do estresse e qualidade do sono em indivíduos com dor crônica**. Salvador: Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, 2018. Disponível em: <<https://repositorio.bahiana.edu.br:8443/jspui/handle/bahiana/6031>>. Acesso em: 9 nov. 2023.

GOULART, C. T. *et al.* Perfil sociodemográfico e acadêmico dos residentes multiprofissionais de uma universidade pública. **Revista Rene**, v. 13, n. 1, p. 178–186, 2012. Disponível em: <<http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/3791>>. Acesso em: 6 nov. 2023.

GUIMARÃES, L. A. M. *et al.* Qualidade de vida e aspectos de saúde em trabalhadores pantaneiros. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 70, n. 2, p. 141–157, 2018. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1809-52672018000200011&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 9 nov. 2023.

HELOANI, J. R.; CAPITÃO, C. G. Saúde mental e psicologia do trabalho. **São Paulo em Perspectiva**, v. 17, p. 102–108, 2003. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/spp/a/6gQBvK8LC7CM4Bzd5vNLH7H/>>. Acesso em: 8 nov. 2023.

HIPÓLITO, M. C. V. *et al.* Qualidade de vida no trabalho: avaliação de estudos de intervenção. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, p. 189–197, 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reben/a/BxsFxTtvZdJjMtv4hdXC5Yx>>. Acesso em: 10 nov. 2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa nacional por amostra de domicílios 2007-2008**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo 2022**. Rio de Janeiro: IBGE, 2022.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (BRASIL). **Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2019.

- JUSTO, C. M. *et al.* Acessibilidade em unidade básica de saúde: a visão de usuários e profissionais. **Revista de Saúde Coletiva da UEFES**, v. 7, n. 1, p. 16–23, 2017. Disponível em: <<https://ojs3.uefs.br/index.php/saudecoletiva/article/view/1187>>. Acesso em: 7 nov. 2023.
- LAGE, G. M. L. *et al.* Análise da rotina alimentar dos estudantes de saúde da Universidade de Vassouras. **Revista Científica Multidisciplinar** 21 - p. 2675-6218, 2021. Disponível em: <<https://recima21.com.br/index.php/recima21/article/view/966>>. Acesso em: 7 nov. 2023.
- LIMA, A. M. *et al.* Perda de qualidade do sono e fatores associados em mulheres climatéricas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 2667–2678, 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/DvyPVTRh79y77cnKS6jzykb/>>. Acesso em: 10 nov. 2023.
- LIMA JUNIOR, E.; LIMA NETO, E. **Hipertensão arterial: aspectos comportamentais – estresse e migração**. São Paulo: Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2010.
- LIMA, D. S. *et al.* Protocolo de transfusão maciça: experiência no atendimento ao trauma. **Revista Médica**, Belo Horizonte, n. 31, 2022.
- LUCIANO, J. B. *et al.* Características da dor no joelho em idosos usuários da atenção primária à saúde, segundo aspectos sociodemográficos: 10.15343/0104-7809.202246493502P. **O Mundo da Saúde**, v. 46, p. 493–502, 2022. Disponível em: <<https://revistamundodasaude.emnuvens.com.br/mundodasaude/article/view/1454>>. Acesso em: 6 nov. 2023.
- MACEDO, M. M. K. **Atenção integral à saúde masculina: a busca por atendimento psicológico em uma clínica-escola**. São Paulo: Psicologia Teoria e Prática, 2010.
- MAGNUS, C.; MENEZES, A. G.; TELÖKEN, R. L. The construction of predictive factors of physical and mental health in the work of the servers of a State Psychiatric Hospital through the Work Clinic. **Revista Trabalho (En) Cena**, 2022. Disponível em: <<https://sistemas.uft.edu.br/periodicos/index.php/encena/article/view/13679>>. Acesso em: 8 nov. 2023.
- MALTA, D. C. *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da pesquisa nacional de saúde no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, p. 4s, 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rsp/a/84CsHsNwMRNFXDHZ4NmrD9n/?lang=pt>>. Acesso em: 7 nov. 2023.
- MARTINS, E. R. C. *et al.* Vulnerabilidade de homens jovens e suas necessidades de saúde. **Escola Anna Nery**, v. 24, p. e20190203, 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ean/a/B3QR9yjcYdzNyNDMK9rssXN/?lang=pt>>. Acesso em: 8 nov. 2023.
- MASCARENHAS, M. D. M. *et al.* **Perfil epidemiológico dos atendimentos de emergência por violência no Sistema de Serviços Sentinelas de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva) – Brasil, 2006**. Goiânia: Repositório da Universidade Federal de Goiás, 2009. Disponível em: <<http://repositorio.bc.ufg.br/handle/ri/18770>>. Acesso em: 5 nov. 2023.

MAZZARDO, T. Autopercepção de competência e resiliência de estagiários e profissionais formados em educação física em período de isolamento social. **Revista Iberoamericana de Psicología del Ejercicio y el Deporte**, v. 17, n. 3, p. 80–86, 2022. Disponível em: <<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8543240>>. Acesso em: 9 nov. 2023.

MELO, L. J. F. *et al.* Acessibilidade e qualidade de vida de pessoas em situação de rua e a atenção primária. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, v. 10, n. 1, p. 57–67, 2022. Disponível em: <<https://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/refacs/article/view/5051>>. Acesso em: 5 nov. 2023.

MORAES, P. C. de. **Percepção do autocuidado por homens com derivações urinárias: desafios para a prática de enfermagem**. Rio de Janeiro: UERJ, 2019. Disponível em: <<https://www.bdtd.uerj.br:8443/handle/1/11180>>. Acesso em: 5 nov. 2023.

MOREIRA, R. de M. *et al.* Aplicação do questionário SF-36 para análise da qualidade de vida no trabalho: um estudo de caso para uma empresa situada na região de Campinas/SP. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 2, p. 6, 2020. Disponível em: <<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7342134>>. Acesso em: 9 nov. 2023.

MOURA, E. C. D.; GOMES, R.; PEREIRA, G. M. C. Percepções sobre a saúde dos homens numa perspectiva relacional de gênero, Brasil, 2014. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 1, p. 291–300, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017000100291&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 5 nov. 2023.

NASCIMENTO, L. H. do. *et al.* Qualidade de vida no trabalho e valorização do profissional do serviço de geriatria em um hospital do município de São Paulo. **Saúde Coletiva (Barueri)**, v. 9, n. 51, p. 1982–1989, 2019. Disponível em: <<https://revistasaudecoletiva.com.br/index.php/saudecoletiva/article/view/187>>. Acesso em: 9 nov. 2023.

OLIVEIRA, J. C. A. X. de *et al.* Perfil epidemiológico da mortalidade masculina: contribuições para enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, v. 22, n. 2, 2017. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/49742>>. Acesso em: 5 nov. 2023.

OLIVEIRA, J. C. A. X. de. *et al.* As condições de trabalho e suas repercussões na qualidade de vida de trabalhadores rurais. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 55, p. e20200408, 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/hCcgRkKQjmYmyxVHwkRWR5K/?lang=pt>>. Acesso em: 10 nov. 2023.

OLIVEIRA, L. da S. S. C. B. de. *et al.* The effects of physical activity on anxiety, depression, and quality of life in elderly people living in the community. **Trends in Psychiatry and Psychotherapy**, v. 41, p. 36–42, 2019a. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/trends/a/3MXbNC4DY3y3M54PrjB4gGS/?lang=en>>. Acesso em: 5 nov. 2023.

OLIVEIRA, E. N. *et al.* Mulheres brasileiras vivendo em Portugal: trabalho e qualidade de vida. **Saúde e Sociedade**, v. 28, p. 182–192, 2019b. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/JKd7wpJz9rGW3vhgFXhqWZf/?lang=pt>>. Acesso em: 9 nov. 2023.

- OLIVEIRA, J. A. D.; NINA, S. D. F. M. Ambiente e saúde da mulher trabalhadora: transformações numa comunidade da Amazônia brasileira. **Saúde e Sociedade**, v. 23, n. 4, p. 1162–1172, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902014000401162&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 10 nov. 2023.
- OLIVEIRA, J. de S. *et al.* Influência da renda e do nível educacional sobre a condição de saúde percebida e autorreferida de pessoas idosas. **Journal of Health & Biological Sciences**, v. 7, n. 4(Out-Dez), p. 395–398, 2019c. Disponível em: <<https://unichristus.emnuvens.com.br/jhbs/article/view/2343>>. Acesso em: 7 nov. 2023.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **World health statistics 2012**. [s.l.]: OMS, 2012.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **World health statistics 2016: monitoring health for the SDGs sustainable development goals**. [s.l.]: OMS, 2016.
- ORLEY, J.; KUYKEN, W. (Ed.). **Quality of life assessment: international perspectives**. Heidelberg: Springer, 1994. Disponível em: <<http://link.springer.com/10.1007/978-3-642-79123-9>>. Acesso em: 5 nov. 2023.
- PACAYA, J. C. **Efeitos do uso do álcool nos modos de existência de povos indígenas do Brasil segundo contextos culturais: uma revisão de literatura**. Salvador: Universidade Federal da Bahia, 2020. Disponível em: <<https://repositorio.ufba.br/handle/ri/32087>>. Acesso em: 10 nov. 2023.
- PEDROSO, B. *et al.* Cálculo dos escores e estatística descritiva do WHOQOL-bref através do Microsoft Excel. **Revista Brasileira de Qualidade de Vida**, v. 2, n. 1, 2010. Disponível em: <<https://periodicos.utfpr.edu.br/rbqv/article/view/687>>. Acesso em: 29 out. 2023.
- PEREIRA, M. de A. A. *et al.* Assistência à saúde da criança: uma análise multidimensional dos serviços de saúde. **Revista Ciência Plural**, v. 4, n. 3, p. 57–68, 2018. Disponível em: <<https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/17291>>. Acesso em: 7 nov. 2023.
- PIMENTEL, W. R. T. *et al.* Quedas com necessidade de procura de serviços de saúde entre idosos: uma análise da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, p. e00211417, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/csp/2018.v34n8/e00211417/pt/>>. Acesso em: 6 nov. 2023.
- PONTES, S. S. *et al.* Práticas de atividade física e esporte no Brasil. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 32, 2019. Disponível em: <<https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/8406>>. Acesso em: 6 nov. 2023.
- REZENDE, R. T. *et al.* Perfil clínico-epidemiológico das lesões traumáticas em adultos atendidos no Hospital Universitário Sul-Fluminense (HUSF) em Vassouras-RJ. **Revista de Saúde**, v. 8, n. 1 S1, p. 89–90, 2017. Disponível em: <<http://editora.universidadevassouras.edu.br/index.php/RS/article/view/1091>>. Acesso em: 7 nov. 2023.

RIBEIRO, M. K. P.; GIANINI, R. J.; GOLDBAUM, M.; CESAR, C. L. G. Equidade na cobertura dos gastos com saúde pelo Sistema Único de Saúde de pessoas com indicativos de transtornos mentais comuns no município de São Paulo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 21, p. e180011, 2018. a. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbepid/a/SbbXYTbchXpNf89zHKQg8GF/?lang=pt>>. Acesso em: 7 nov. 2023.

RIBEIRO, P. C. C.; ALMADA, D. S. Q.; SOUTO, J. F.; LOURENÇO, R. A. Permanência no mercado de trabalho e satisfação com a vida na velhice. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 2683–2692, 2018b. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/vsGFvdKrSNVnhdCTkByjdmR/?format=html&lang=pt>>. Acesso em: 8 nov. 2023.

ROUQUAYROL, M. Z.; SILVA, M. G. C. da. **Rouquayrol: epidemiologia & saúde**. 8. ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2018.

SALGADO, D. G. Qualidade de vida de mulheres com tripla jornada: mães, estudantes e profissionais. **Pretextos - Revista da Graduação em Psicologia da PUC Minas**, v. 4, n. 8, p. 308–320, 2019. Disponível em: <<https://periodicos.pucminas.br/index.php/pretextos/article/view/18657>>. Acesso em: 9 nov. 2023.

SALVARO, G. I. J.; MARIANO, P. Saúde mental de trabalhadoras em estudo: contribuições ao debate de gênero. **Psicologia em Estudo**, v. 26, p. e44059, 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/pe/a/ywHczc5rfwnzqRWBjvFQy6N/>>. Acesso em: 8 nov. 2023.

SANTOS, A. L. R. dos. *et al.* **As mais frequentes falhas no processo de humanização na atenção primária**. Salvador: Instituto Mantenedor de Ensino Superior da Bahia, 2021.

SANTOS, H. A. dos. *et al.* Factors associated with medical students' quality of life in a Brazilian northeast countryside university. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 45, p. e167, 2021b. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbem/a/ztpNT49TCMX9BL3r465kZrs/abstract/?lang=en>>. Acesso em: 10 nov. 2023.

SANTOS, E. N. A. *et al.* Qualidade de vida de mulheres de uma comunidade quilombola do nordeste brasileiro. **Brazilian Journal of Biology**, v. 84, p. e246463, 2022. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/bjb/a/NfZzcbjmn8mzhY53sVGwN4x/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 9 nov. 2023.

SANTOS, K. O.; DOS SANTOS, E. M. Onde estão os homens? O que os distanciam ou os aproximam dos serviços da atenção primária à saúde. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, v. 38, n. 1, p. 79–88, 2017. Disponível em: <<https://ojs.uel.br/revistas/uel/index.php/seminabio/article/view/27157>>. Acesso em: 8 nov. 2023.

SANTOS, S. M. C. B. *et al.* Estresse em homens funcionários públicos baianos e sua interferência no envolvimento paterno. **Polis (Santiago)**, v. 17, n. 51, p. 189–206, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0718-65682018000300189&lng=es&nrm=iso&tlng=en>. Acesso em: 8 nov. 2023.

SCHRAIBER, L. B. *et al.* Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, p. 961–970, 2010. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/WqZXnfzQcY7FW5ycMfzvjjM/?lang=pt>>. Acesso em: 5 nov. 2023.

SCHULTZ, C. C. *et al.* Dor musculoesquelética e resiliência elevada da enfermagem em emergência tem relação com jornada de trabalho. **Enfermagem em Foco**, v. 12, n. 5, 2021. Disponível em: <<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/4444>>. Acesso em: 9 nov. 2023.

SENICATO, C.; AZEVEDO, R. C. S. de; BARROS, M. B. de A. Transtorno mental comum em mulheres adultas: identificando os segmentos mais vulneráveis. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 2543–2554, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/rSxF9pjYHk5MwQ3xrvS5zcT/>>. Acesso em: 10 nov. 2023.

SILVA, B. N. da. **Interseções entre qualidade de vida e resiliência em mulheres rurais: estudo de métodos mistos**. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2021. Disponível em: <<https://repositorio.ufrn.br/handle/123456789/32387>>. Acesso em: 9 nov. 2023.

SILVA, B. N. da. *et al.* Intersecciones entre resiliencia y calidad de vida en mujeres rurales: estudio de métodos mixtos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 30, p. e3559, 2022. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rlae/a/Gkjj9DPnRHNgzBGchH5Hc6b/?format=html&lang=es>>. Acesso em: 9 nov. 2023.

SILVA, G. E. da. Da tentativa de proteção à saúde física à vulnerabilidade em saúde mental. **Revista Espaço Acadêmico**, v. 20, p. 28–38, 2021b. Disponível em: <<https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/EspacoAcademico/article/view/57083>>. Acesso em: 8 nov. 2023.

SILVA, M. F. da. **O dilema do cuidado: as masculinidades e os cuidados à saúde mental. 2023. 40 p.** Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Psicologia). Goiânia: Universidade Federal de Goiás, 2023. Disponível em: <<http://repositorio.bc.ufg.br/handle/ri/22183>>. Acesso em: 5 nov. 2023.

SILVA, M. J. N. S. **Perspetiva dos jovens adultos sobre os serviços de saúde**. Braga: Biblioteca da Universidade do Minho, 2020. Disponível em: <<https://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/78859>>. Acesso em: 6 nov. 2023.

SILVA, S. L. A. D.; TORRES, J. L.; PEIXOTO, S. V. Fatores associados à busca por serviços preventivos de saúde entre adultos brasileiros: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 3, p. 783–792, 2020. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000300783&tlng=pt>. Acesso em: 7 nov. 2023.

SIQUEIRA, M. L. B. *et al.* Prevalência da infecção pelo treponema pallidum em gestantes atendidas pela unidade municipal de saúde de Rondonópolis, Mato Grosso. **Biodiversidade**, v. 16, n. 1, 2017. Disponível em: <<https://periodicoscientificos.ufmt.br/ojs/index.php/biodiversidade/article/view/4985>>. Acesso em: 7 nov. 2023.

SOUZA, J. de. *et al.* Promoção da saúde mental de mulheres: a influência da saúde física e do meio ambiente. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, p. 184–190, 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reben/a/xknNkXJFQxTDJkRNq76PCLR/?lang=pt>>. Acesso em: 8 nov. 2023.

STOPA, S. R. *et al.* Use of and access to health services in Brazil, 2013 National Health Survey. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n. Suppl 1, p. 3s, 2017. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5676359/>>. Acesso em: 5 nov. 2023.

TELES, B. K. A. Qualidade de vida de idosos comunitários atendidos pela Atenção Básica: uma revisão integrativa da literatura. Juiz de Fora: **Revista de APS**, v. 25, n. 2, 2022.

THUM, M. A.; CEOLIN, T.; BORGES, A. M.; HECK, R. M. Saberes relacionados ao autocuidado entre mulheres da área rural do Sul do Brasil. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 32, p. 576–582, 2011. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rngen/a/whyRX8jip76ZrwRbsqTJvJH/>>. Acesso em: 10 nov. 2023.

TOMAZ, A. L. M. **As condições bucais dos recuperandos da APAC de Manhuaçu-MG, na faixa etária de 18 a 30 anos**: estudo de caso. Manhuaçu: UNIFACIG, 2021. Disponível em: <<https://www.pensaracademico.unifacig.edu.br/index.php/repositorioctcc/article/view/3296>>. Acesso em: 7 nov. 2023.

VIEIRA, U. A. *et al.* Percepção dos enfermeiros sobre a não procura dos homens por Atenção Primária à Saúde. **Revista de Saúde Coletiva da UEFS**, v. 10, n. 1, p. 58–66, 2020. Disponível em: <<https://ojs3.uefs.br/index.php/saudecoletiva/article/view/5454>>. Acesso em: 6 nov. 2023.

WARE, J. E.; SHERBOURNE, C. D. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): Conceptual framework and item selection. **Medical Care**, v. 30, n. 6, p. 473–483, 1992.

ANEXOS

ESCALA DE AVALIAÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE - SF36

Versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida -SF-36

1- Em geral você diria que sua saúde é:

Excelente	Muito Boa	Boa	Ruim	Muito Ruim
1	2	3	4	5

2- Comparada há um ano atrás, como você se classificaria sua idade em geral, agora?

Muito Melhor	Um Pouco Melhor	Quase a Mesma	Um Pouco Pior	Muito Pior
1	2	3	4	5

3- Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido à sua saúde, você teria dificuldade para fazer estas atividades? Neste caso, quando?

Atividades	Sim, dificulta muito	Sim, dificulta um pouco	Não, não dificulta de modo algum
a) Atividades Rigorosas, que exigem muito esforço, tais como correr, levantar objetos pesados, participar em esportes árduos.	1	2	3
b) Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa.	1	2	3
c) Levantar ou carregar mantimentos	1	2	3
d) Subir vários lances de escada	1	2	3
e) Subir um lance de escada	1	2	3
f) Curvar-se, ajoelhar-se ou dobrar-se	1	2	3
g) Andar mais de 1 quilômetro	1	2	3
h) Andar vários quarteirões	1	2	3
i) Andar um quarteirão	1	2	3
j) Tomar banho ou vestir-se	1	2	3

4- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou com alguma atividade regular, como consequência de sua saúde física?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou a outras atividades.	1	2
d) Teve dificuldade de fazer seu trabalho ou outras atividades (p. ex. necessitou de um esforço extra).	1	2

5- Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso)?

	Sim	Não
a) Você diminui a quantidade de tempo que se dedicava ao seu trabalho ou a outras atividades?	1	2
b) Realizou menos tarefas do que você gostaria?	1	2
c) Não realizou ou fez qualquer das atividades com tanto cuidado como geralmente faz.	1	2

6- Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, amigos ou em grupo?

De forma nenhuma	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

7- Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?

Nenhuma	Muito leve	Leve	Moderada	Grave	Muito grave
1	2	3	4	5	6

8- Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa)?

De maneira alguma	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

9- Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas 4 semanas. Para cada questão, por favor dê uma resposta que mais se aproxime de maneira como você se sente, em relação às últimas 4 semanas.

	Todo Tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
a) Quanto tempo você tem se sentindo cheio de vigor, de vontade, de força?	1	2	3	4	5	6
b) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	1	2	3	4	5	6
c) Quanto tempo você tem se sentido tão deprimido que nada pode anima-lo?	1	2	3	4	5	6
d) Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo?	1	2	3	4	5	6
e) Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
f) Quanto tempo você tem se sentido desanimado ou abatido?	1	2	3	4	5	6
g) Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	1	2	3	4	5	6
h) Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	1	2	3	4	5	6
i) Quanto tempo você tem se sentido cansado?	1	2	3	4	5	6

10- Durante as últimas 4 semanas, quanto de seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com as suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc)?

Todo Tempo	A maior parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nenhuma parte do tempo
1	2	3	4	5

11- O quanto verdadeiro ou falso é cada uma das afirmações para você?

	Definitivamente verdadeiro	A maioria das vezes verdadeiro	Não sei	A maioria das vezes falso	Definitivamente falso
a) Eu costumo obedecer um pouco mais facilmente que as outras pessoas	1	2	3	4	5
b) Eu sou tão saudável quanto qualquer pessoa que eu conheço	1	2	3	4	5
c) Eu acho que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d) Minha saúde é excelente	1	2	3	4	5

ESCALA WHOQOL-BREF- AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA

Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida

The World Health Organization Quality of Life – WHOQOL-bref

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:

	nada	Muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	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.

	nada	Muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	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	1	2	3	4	5

	qualidade de vida?					
		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.

		na da	mu ito pouco	m ais ou menos	basta nte	extremam ente
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 o médico	1	2	3	4	5

	para levar sua vida diária?					
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 concentr ar?	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,	1	2	3	4	5

	poluição, atrativos) ?					
--	------------------------------	--	--	--	--	--

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

As questões seguintes referem-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

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL

TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL – TAI

Cambuquira, 26 de julho de 2022

A Excelentíssima Senhora Cimara Beatriz Arci Salgado
Secretaria Municipal de Saúde de Cambuquira-MG

Prezada Senhora, vimos, por meio deste, solicitar vossa autorização para a realização da pesquisa intitulada "Estado de Saúde percebido e Qualidade de vida de pessoas atendidas na estratégia saúde da Família". O objetivo do estudo é avaliar e comparar a percepção do estado de saúde e qualidade de vida de pessoas em consultas agendadas na ESF.

Para o alcance dos objetivos pretende-se acessar e utilizar os dados pessoais, clínicos-assistenciais e de localização da residência (endereço do domicílio) de homens e mulheres e aqueles com consultas agendadas em uma ESF do município de Cambuquira. Assim, os dados para os quais solicitamos autorização para o uso e que subsidiarão o acesso/abordagem pessoal à população de interesse para esta pesquisa são as variáveis/informações disponíveis nos serviços de saúde (prontuários e sistemas de informação em saúde). Tais registros serão o ponto de partida para o processo de investigação (com entrevistas por e-mail, e/ou por telefone, e/ou nas residências dos pacientes que aceitarem participar do estudo).

Os autores do projeto de pesquisa comprometem-se a manter o sigilo dos dados coletados. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente com finalidade científica, preservando-se integralmente o anonimato dos pacientes. Declaram que irão cumprir todos os termos das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos previstas na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Coordenadora da pesquisa: ProP. Dr^a. Namie Okino Sawada; Assistente de Pesquisa: Caroline Foster Medeiros.

Eu, Cimara Beatriz Arci Salgado, Secretária Municipal de Saúde de Cambuquira-MG, estou ciente, de acordo e autorizo a execução, no Município de Cambuquira, da pesquisa intitulada "Estado de Saúde percebido e Qualidade de vida de pessoas atendidas na estratégia saúde da Família".

Declaro conhecer e cumprir a Resolução 466/2012 do CNS; afirmo o compromisso institucional de apoiar o desenvolvimento deste estudo; e sinalizo que esta instituição está ciente de suas responsabilidades, de seu compromisso no resguardo da segurança/bem-estar dos sujeitos da pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal

Cimara Beatriz A. Salgado
Secretaria Municipal de Saúde
Cambuquira-MG
Portaria 011 de 21 de maio de 2018



Cimara Beatriz Arci Salgado
Secretária Municipal de Saúde de Cambuquira-MG

Autorizado em: Cambuquira, 26 de Julho de 2022

TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS E PRONTUÁRIOS

TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS E PRONTUÁRIOS (TCUD)

Cambuquira, 26 de julho de 2022

Título do projeto: "Estado de Saúde percebido e Qualidade de vida de pessoas atendidas na estratégia saúde da Família"

Pesquisadora responsável: Profª. Drª. Namie Okino Sawada
Setor/departamento: Escola de Enfermagem
Instituição: Universidade Federal de Alfenas - Campus Sede
Telefone para contato: (35) 3701-9477

Os autores e executores do projeto de pesquisa, bem como os responsáveis pelo banco de dados, comprometem-se a manter o sigilo sobre os dados coletados nos serviços de saúde (prontuários e sistemas de informação em saúde), os quais estão a guarda das informações de interesse.

Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente com finalidade científica, preservando-se integralmente o anonimato dos pacientes. Declaram que irão cumprir todos os termos das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos previstas na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Pesquisadora responsável/coordenadora da pesquisa:

Namie Okino Sawada

Profª. Drª. Namie Okino Sawada (UNIFAL-MG) CPF: 071.741.898-85

Assistente da Pesquisa:

Caroline Foster Medeiros

Mestranda Caroline Foster Medeiros (UNIFAL-MG) CPF: 110.476.548-28

Representante municipal (dados de serviços de saúde e sistemas de informação em saúde):

Cimara Beatriz Arci Salgado

Cimara Beatriz A. Salgado
 Secretária Municipal de Saúde
 Cambuquira-MG
 Fone: (35) 3701-9477

Cimara Beatriz Arci Salgado (SMS de Cambuquira-MG) CPF:

Autorizado em: Cambuquira-MG, 26 de julho de 2022

TERMO DE COMPROMISSO PARA DESENVOLVIMENTO DE PROTOCOLOS DE PESQUISA NO PERÍODO AS PANDEMIA

TERMO DE COMPROMISSO PARA DESENVOLVIMENTO DE PROTOCOLOS DE PESQUISA NO PERÍODO DA PANDEMIA DO CORONAVÍRUS (COVID-19)

Eu Namie Okino Sawada, CPF 07174159885 e RG 13894360- SSP/SP , pesquisador responsável pelo projeto de pesquisa intitulado “**ESTADO DE SAUDE PERCEBIDO E QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS ATENDIDAS NA ESTRATEGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**”, submetido/aprovado ao CEP/CONEP sob número CAAE 61030622.1.0000.5142, estou ciente enquanto à necessidade do cuidado à integridade física e emocional de pesquisadores e participantes da pesquisa, conforme diretrizes do Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e da própria CONEP, como descrito no Comunicado CONEP de 09/05/2020. Dessa forma, para a execução dos procedimentos de pesquisa presenciais, serão adotadas medidas sanitárias para a prevenção e gerenciamento de todas as atividades de pesquisa, garantindo-se as ações primordiais à saúde, minimizando prejuízos e potenciais riscos, além de prover cuidado e preservar a integridade e assistência dos participantes e da equipe de pesquisa. De maneira específica no presente protocolo, serão tomadas as seguintes medidas minimizadoras de risco: entrevistas agendadas em locais ventilados, uso de máscaras/ EPIs, distanciamento físico de 1,5 m entre pesquisador e participante, uso de desinfecção com álcool gel entre cada procedimento.

Se mesmo sendo tomadas todas as medidas descritas, resultar necessária a suspensão, interrupção ou o cancelamento da pesquisa, em decorrência dos riscos imprevisíveis aos participantes da pesquisa, por causas diretas ou indiretas, submeterei imediatamente notificação para apreciação do Sistema CEP/Conep.

Namie Okino Sawada



23/08/2022

APÊNDICES

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Participante da Pesquisa-

Dados de Identificação

Título da pesquisa: Estado de saúde percebido e qualidade de vida de pessoas atendidas na estratégia saúde da família

Pesquisador(a) responsável: Namie Okino Sawada

Pesquisador(es) participante(s): Caroline Foster Medeiros

Data de nascimento:

CPF:

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário(a), do projeto de pesquisa (Estado de saúde percebido e qualidade de vida de pessoas atendidas na estratégia saúde da família), de responsabilidade do (a) pesquisador (a) (Namie Okino Sawada. Leia cuidadosamente o que segue e me pergunte sobre qualquer dúvida que você tiver. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, e no caso de aceitar fazer parte do nosso estudo (para pesquisa presencial) assine ao final deste documento, que consta em duas vias. Uma via pertence a você e a outra ao pesquisador(a) responsável. Sua participação não é obrigatória, e, a qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador(a) ou com a instituição. Em caso de recusa você não sofrerá nenhuma penalidade.

Ao ler os itens abaixo, você deve declarar se foi suficientemente esclarecido(a) sobre as etapas da pesquisa ao final desse documento.

1. Esta pesquisa tem por objetivo geral:

Avaliar e comparar a percepção do estado de saúde e Qualidade de Vida de pessoas em consultas agendadas na ESF; sendo específicos: Caracterização sócio demográfico e de saúde da população masculina e feminina entrevistada na ESF; Avaliar a percepção do estado de saúde e a qualidade de vida de homens e mulheres entrevistados na ESF; Comparar a percepção do estado de saúde e qualidade de vida de homens e mulheres entrevistados na ESF.

As causas de mortes de homens por doenças preveníveis representa uma grande parcela dos óbitos registrados durante o ano. Sob essa premissa, o vislumbre da Política Nacional de

Atenção ao Homem representa um objetivo que precisa ser evidenciado aos profissionais e usuários de saúde de todo o nosso país. A busca por evidenciar a diferença entre a quantidade de procura de homens e mulheres por atendimento preventivo nas Estratégias de Saúde da Família trará grande valia para melhoria de atendimentos e busca por esse público alvo.

A relevância deste tema frente a escassez de conhecimento sobre o PNAISH e pesquisas quantitativas e qualitativas sobre a aplicação desta política e também sobre o PNAISM, para elencar a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher, demonstra o quão necessário é priorizar um trabalho que revele e evidencie a prevenção para esse grupo, pois de fato existe um paradigma para a inclusão do homem na linha das ações de saúde e alguns pontos sobre o atendimento das mulheres que deve ser objeto de reflexão.

Todo este trabalho de levantamento de dados para conhecimento e explicitação a profissionais e usuários levará a uma mudança na busca pela saúde do homem e da mulher e, por consequência, na redução da diferença entre a perspectiva de vida. Além disso, a produção de conhecimento na área da saúde do homem trará avanços no conhecimento produzido e evidências para o ensino, pesquisa e assistência à saúde.

2. A sua participação nesta pesquisa consistirá em:

O presente estudo é do tipo quantitativa com corte transversal com abordagem analítica e descritiva. O presente estudo será realizado na Estratégia da Saúde da Família (ESF). Farão parte da pesquisa homens e mulheres atendidos na ESF do município de Cambuquira- MG. Para a realização da coleta de dados, o estudo contará com a colaboração das enfermeiras das respectivas entidades envolvidas. Será solicitado uma lista com nomes e endereços dos pacientes do sexo masculino e feminino. Após o contato com os pacientes, a coleta de dados procederá nas próprias instituições envolvidas, e em uma sala previamente preparada, garantindo o conforto e a tranquilidade do paciente para a emissão das respostas. As perguntas serão feitas por entrevista. A coleta de dados será realizada pelos pesquisadores por meio da aplicação dos questionários em forma de entrevista e será aplicado os demais questionários (Questionário Sociodemográfico e Social, escala SF36 e a escala de WHOQOL- bref).

O questionário Sociodemográfico e social é um instrumento que visa coletar dados sociais e informações gerais sobre as pessoas, através de atributos como idade, sexo, local de residência, etnia, nível de escolaridade, etc.

A Escala SF36 é um instrumento de fácil aplicação e compreensão, composto por 36 itens divididos em 8 domínios: capacidade funcional, limitação por aspectos físicos, dor, sono, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais, saúde mental. Os domínios são agregados em uma escala que varia de 0 a 100, onde 100 representa o melhor estado de saúde possível.

A Escala WHOQOL-bref valoriza a percepção individual, podendo avaliar a qualidade de vida em diversos grupos e situações, independentemente do nível de escolaridade. O instrumento apresenta propriedades psicométricas satisfatórias e demanda pouco tempo de aplicação. Por meio desse instrumento, é possível descrever a percepção subjetiva de um indivíduo em relação à sua saúde física e psicológica, às relações sociais e ao ambiente em que vive.

3. Durante a execução da pesquisa poderão ocorrer riscos de quebra do anonimato, possibilidade de constrangimento e risco de contaminação por covid-19 que serão de baixo risco, sendo minimizados pelo esclarecimento e da informação a respeito do anonimato, onde os resultados serão de forma geral e os participantes não serão identificados por nome, e da possibilidade de interromper o processo quando desejar, sem danos e prejuízos à pesquisa e a si próprio. Assegurar a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou económico – financeiro e garantir que o estudo será suspenso imediatamente ao perceber algum risco ou danos à saúde do participante da pesquisa, não previsto no termo de consentimento. Para a prevenção da Covid-19 seguiremos com os seguintes minimizadores de risco: entrevistas agendadas em locais ventilados, uso de máscaras/ EPIs, distanciamento físico de 1,5 m entre pesquisador e participante, uso de desinfecção com álcool gel entre cada procedimento.

4. Ao participar desse trabalho você contribuirá levará a uma mudança na busca pela saúde do homem e da mulher e, por consequência, na redução da diferença entre a perspectiva de vida. Além disso, a produção de conhecimento na área da saúde do homem trará avanços no conhecimento produzido e evidências para o ensino, pesquisa e assistência à saúde.

5. Sua participação neste projeto terá a duração até a conclusão do projeto.

6. Você não terá nenhuma despesa por sua participação na pesquisa, sendo os questionários, entrevistas, aulas, cursos, palestras, consultas/exames/tratamentos/etc. totalmente gratuitos; e deixará de participar ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar, e não sofrerá qualquer prejuízo.

7. Você foi informado e está ciente de que não há nenhum valor econômico a receber ou a pagar, por sua participação, no entanto, caso você tenha qualquer despesa decorrente da participação na pesquisa, terá direito à buscar ressarcimento.

8. Caso ocorra algum dano, previsto ou não, decorrente da sua participação no estudo, você terá direito a assistência integral e imediata, de forma gratuita (pelo patrocinador e/ou pesquisador responsável), pelo tempo que for necessário; e terá o direito a buscar indenização.

9. Será assegurada a sua privacidade, ou seja, seu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, identificá-lo(a), será mantido em sigilo. Caso você deseje, poderá ter livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que você queira saber antes, durante e depois da sua participação.

10. Você foi informado(a) que os dados coletados serão utilizados, única e exclusivamente, para fins desta pesquisa, e que os resultados da pesquisa, poderão ser publicados/divulgados através de trabalhos acadêmicos ou artigos científicos por profissionais da área.

11. Conforme o item III.2, inciso (i) da Resolução CNS 466/2012 e o Artigo 3º, inciso IX, da Resolução CNS 510/2016, é compromisso de todas as pessoas envolvidas na pesquisa

de não criar, manter ou ampliar as situações de risco ou vulnerabilidade para os indivíduos e coletividades, nem acentuar o estigma, o preconceito ou a discriminação.

Por esses motivos:

AUTORIZO () / NÃO AUTORIZO ()

a coleta e divulgação de dados através de prontuários e aplicação de questionários para resultados da presente pesquisa.

12. Você poderá consultar o(a) pesquisador(a) (*Namie Okino Sawada*), no seguinte telefone (16) 997932043 ou email: sawada@eerp.usp.br e/ou o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alfenas (CEP/UNIFAL-MG*), com endereço na Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700, Centro, Cep - 37130-000, Fone: (35) 3701 9153, no e-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br sempre que entender necessário obter informações ou esclarecimentos sobre o projeto de pesquisa e sua participação.

**O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alfenas (CEP/UNIFAL-MG) é um colegiado composto por membros de várias áreas do conhecimento científico da UNIFAL-MG e membros da nossa comunidade, com o dever de defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento científico dentro de padrões éticos.*

Eu, _____, CPF nº _____, declaro ter sido informado (a) e concordo em participar, como voluntário, do projeto de pesquisa acima descrito.

Alfenas, ____ de _____ de _____

.....
(Assinatura do participante da pesquisa)

.....
Assinatura do pesquisador responsável / pesquisador participante)

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E SOCIAL**Questionário Sociodemográfico e Social**

1. Sexo:
 Masculino Feminino
2. Com que gênero você se identifica mais?
 Masculino Feminino Outros: _____
3. Idade: _____ anos
4. Naturalidade: _____ Nacionalidade: _____
5. Estado Civil: Casado(a) Divorciado(a) Solteiro(a) Viúvo(a)
6. Profissão: _____
7. Quantos filhos você tem?
 Nenhum 1-3 4-6 7 ou mais
8. Qual é o seu nível de escolaridade?
 Ensino Fundamental incompleto
 Ensino Fundamental completo
 Ensino Médio incompleto
 Ensino Médio Completo
 Ensino Superior incompleto
 Ensino Superior Completo
9. Reside em casa própria? Sim Não
10. A casa possui saneamento básico? Sim Não
11. Quantas pessoas residem na casa?
 1-3 4-6 7 ou mais
12. Qual o valor da renda mensal familiar?
 1-3 salários mínimos
 4-6 salários mínimos
 7 ou mais salários mínimos