

## Uso de medicamentos por homens de uma unidade de saúde da família

*Drug use by men of a family healthcare unit*

Rinaldo Eduardo Machado de Oliveira<sup>a</sup>, Marcela Stabile da Silva Fukui<sup>b</sup>, Tiago Batistella<sup>c</sup>,  
Jorgete Maria e Silva<sup>d</sup>, Julieta Ueta<sup>e</sup>

<sup>a</sup> Farmacêutico. Mestre em Ciências. Programa de Pós-Graduação em Saúde na Comunidade. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

<sup>b</sup> Enfermeira. Especialista em Saúde da Família. Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

<sup>c</sup> Médico. Especialista em Medicina de Família e Comunidade. Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

<sup>d</sup> Médica. Doutora em Pediatria. Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

<sup>e</sup> Farmacêutica. Doutora em Bioquímica. Docente da Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

### RESUMO

**Objetivo:** Caracterizar o uso de medicamentos por homens cadastrados em uma Unidade de Saúde da Família (USF) de Ribeirão Preto, São Paulo.

**Materiais e Métodos:** Estudo transversal descritivo com amostra de conveniência composta por 84 homens cadastrados na USF estratificada em faixas etárias: Grupo 1 (G1) – 30 homens com idades de 20 a 39 anos, Grupo 2 (G2) – 13 homens com idades entre 40 e 49 anos, Grupo 3 (G3) – 13 homens com idades entre 50 e 59 anos e Grupo 4 (G4) com 28 homens de idade igual ou superior a 60 anos. Realizou-se entrevista a partir de um questionário semiestruturado com variáveis sociodemográficas, econômicas, clínicas, acesso e utilização dos serviços de saúde, uso de medicamentos e adesão ao tratamento.

**Resultados:** Baixa renda e escolaridade foram verificadas predominantemente no G4. Hipertensão Arterial Sistêmica foi à doença autorreferida mais frequente, seguida da hipercolesterolemia e *Diabetes Mellitus*. Em todos os grupos, a maioria dos entrevistados relatou utilizar a USF e adquirir os medicamentos em Farmácias na Rede Pública de Saúde. Verificou-se boa adesão ao tratamento medicamentoso e concordância entre doenças autorreferidas e medicamentos prescritos. O aumento da idade evidenciou associação com: número de doenças, utilização dos serviços de saúde, utilização da USF e participação no Grupo de Promoção à Saúde do Homem.

**Conclusão:** A caracterização desta amostra vem contribuir para avanços no conhecimento de aspectos relacionados à saúde do homem e enfatizar que o uso racional de medicamentos deve ser uma preocupação constante das equipes, gerentes e gestores da saúde.

**Palavras-chave:** saúde do homem; atenção primária à saúde; uso de medicamentos.

### ABSTRACT

**Objective:** To characterize the use of drugs by men registered in a Family Healthcare Unit (FHU).

**Material and Methods:** Cross section study carried out with a convenience sample composed by 84 men registered at FHU stratified into the following age groups: Group 1 (G1) – 30 men aged 20-39 years old, Group 2 (G2) – 13 men aged 40 and 49, Group 3 (G3) – 13 men aged between 50 and 59 years old and Group 4 (G4) with 28 men aged 60 years old. An interview was conducted from a semi-structured questionnaire with sociodemographic, economic, clinics status, access and utilization of healthcare services, medication in use and adherence to treatment.

**Results:** Low income and education were predominantly observed in G4. Hypertension was the most common self-reported disease, followed by hypercholesterolemia and *Diabetes Mellitus*. In all groups, the majority of respondents reported using the FHU and acquiring medications in Governmental community pharmacies. The adherence to drug treatment was good, as well agreement between self-reported diseases and prescription drugs. Increasing age showed association with: number of diseases, use of healthcare services, use of FHU and participation in the Promotion Group to Men's Health.

**Conclusion:** The nature of the sample will contribute to advances in the knowledge of aspects related to human health and emphasize the rational use of medicines should be a constant concern of the teams, managers and health managers.

**Keywords:** men's health; primary health care; drug utilization.

### Correspondência:

RINALDO EDUARDO MACHADO DE OLIVEIRA  
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo  
Av. Bandeirantes 3900 – Bairro Monte Alegre  
14049-900 Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil  
E-mail: [rinaldo.eduardo@usp.br](mailto:rinaldo.eduardo@usp.br)

Recebido em 13/01/2016, aceito em 16/03/2016



Exceto onde especificado diferentemente, a matéria publicada neste periódico é licenciada sob forma de uma licença Creative Commons BY-NC 4.0 Internacional. <http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>

## INTRODUÇÃO

Na década de 70 do século XX iniciaram-se os estudos norte-americanos relacionados à saúde do homem. Entretanto, somente a partir dos anos 90 que este tema começou a ser abordado sob uma perspectiva diferenciada, uma vez que, passou-se a refletir a singularidade do homem no processo de saúde-doença<sup>1,2</sup>.

O perfil de morbimortalidade da população masculina em relação à feminina é preocupante, sendo na atualidade, um problema de saúde pública<sup>3</sup>. Estudos comparativos entre os sexos têm mostrado que os homens são mais vulneráveis às doenças, sobretudo as crônicas não transmissíveis<sup>4</sup>. As mulheres buscam mais os serviços de saúde, submetem-se mais aos exames e consomem mais medicamentos. Isso contribui para que os homens morram antes que as mulheres<sup>5</sup>.

Pretendendo reverter este quadro que compromete a saúde do homem, o Ministério da Saúde (MS) lançou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) em 2009<sup>6</sup>. Esta política coloca o Brasil a frente das ações voltadas para a saúde do homem, que se classifica como o primeiro da América Latina e o segundo do Continente Americano a propor uma PNAISH. Esta surge com a finalidade de promover ações que contribuam para a realidade singular masculina, de modo a sensibilizar os homens para o reconhecimento de suas condições sociais e de saúde, desenvolvendo práticas cotidianas de prevenção e cuidados com foco em ações na Atenção Primária à Saúde (APS)<sup>6,7</sup>.

Os estudos de utilização de medicamentos são importantes para a promoção do uso racional de medicamentos e extremamente úteis aos gestores da saúde para organização dos recursos financeiros, uma vez que, os medicamentos representam boa parcela dos gastos públicos<sup>8</sup>. Diversos estudos com este fim têm sido desenvolvidos no Brasil e no mundo<sup>9</sup>. Contudo, a maioria deles privilegia o uso de medicamentos por grupos específicos (por exemplo, indivíduos com *Diabetes Mellitus* e/ou Hipertensão Arterial Sistêmica), crianças e idosos. Além disso, o delineamento destes estudos conduz ao destaque de aspectos mais relevantes à saúde da mulher.

Pesquisas relacionadas ao homem são necessárias para reorganizar as ações de saúde, objetivando a integralidade da atenção e do cuidado. Neste sentido, no presente estudo buscou-se caracterizar o uso de medicamentos por homens cadastrados em uma Unidade de Saúde da Família de Ribeirão Preto, São Paulo.

## MATERIAIS E MÉTODOS

Estudo transversal descritivo realizado em uma Unidade de Saúde da Família (USF) do Distrito Sanitário Oeste do

Município Ribeirão Preto, São Paulo. A população de pesquisa incluiu homens com idade igual ou superior a 20 anos e cadastrados no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) da USF em estudo. A amostra de conveniência foi composta por 84 homens, que corresponde a 10% dos homens cadastrados no SIAB desta USF. Estratificou-se a população em faixas etárias, seguindo a proporção de 10% de homens do total para cada grupo. A distribuição foi a seguinte: Grupo 1 (G1) – 30 homens com idades de 20 a 39 anos, Grupo 2 (G2) – 13 homens com idades entre 40 e 49 anos, Grupo 3 (G3) – 13 homens com idades entre 50 e 59 anos e Grupo 4 (G4) com 28 homens de idade igual ou superior a 60 anos. Foram entrevistados homens que encaixaram nos critérios de inclusão e aguardavam por atendimento na USF ou através de visitas domiciliares no período de agosto a dezembro de 2014. Os usuários que aceitaram em participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Quando houve dificuldade na leitura do TCLE, este foi lido de forma clara, possibilitando a tomada de decisão em participar ou não da pesquisa.

O instrumento de coleta de dados foi um questionário semiestruturado composto por variáveis sociodemográficas, acesso e utilização dos serviços de saúde, variáveis clínicas e relacionadas ao uso de medicamentos. Para avaliar a adesão ao tratamento medicamentoso, utilizou-se o Teste de *Morisky-Green* (TMG)<sup>10</sup> composto por quatro perguntas, que deveriam ter como resposta “não”. Caso ao menos uma questão fosse respondida afirmativamente, o participante foi considerado com possível não adesão ao tratamento.

Os questionários aplicados foram revistos, codificados e inseridos em banco de dados específico. As doenças autorreferidas foram classificadas de acordo com o Sistema de Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID 10<sup>11</sup>. Os medicamentos foram classificados de acordo com o *Anatomical-Therapeutic-Chemical (ATC) Classification System*<sup>12</sup>. Nessa classificação, os medicamentos são divididos em diferentes grupos de acordo com o órgão ou sistema em que atuam, propriedades terapêuticas e farmacológicas e características químicas. Na descrição dos dados utilizaram-se medidas de tendência central e de dispersão para variáveis quantitativas e porcentagens para variáveis qualitativas. As associações entre grupo etário, utilização dos serviços de Saúde, participação no Grupo de Promoção à Saúde do Homem e adesão, foram feitas através do teste Exato de *Fisher*<sup>13</sup>. As comparações do número de medicamentos e número de doenças quanto à adesão foram feitas pelo teste de *Mann-Whitney*<sup>13</sup>. Já no caso da comparação do número

de doenças quanto ao grupo etário, adotou-se o teste de *Kruskal-Wallis*<sup>13</sup>. Para todas as análises adotou-se um nível de significância de 5% e utilizou-se o *Software SAS 9.2*.

O presente estudo seguiu as determinações da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466, de 12 de dezembro de 2012 e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo com número do CAAE 28253814.4.0000.5414.

## RESULTADOS

Dos 84 participantes da pesquisa, 4 homens (4,76%) relataram ser analfabetos, sendo 3 (3,57%) pertencentes ao G4. A proporção de concluintes do Ensino Médio foi predominante no G1 (30%) e G2 (46,15%). No G3, a maioria dos entrevistados (30,77%) relatou Ensino Médio Incompleto. Quanto ao estado civil, 60% dos homens do G1 referiram serem solteiros, ao passo que, homens casados predominaram no G2 (38,46%), G3 (61,54%) e G4 (78,57%). A ocupação principal referida pelo G1 foi trabalhador com vínculo empregatício (70%). No G2 (46,15%) e G3 (46,15%) dos homens relaram serem profissionais liberais autônomos. Já no G4, 85,71% dos entrevistados, referiram ser aposentados.

O G3 foi o grupo com maior frequência de desempregados (23,08%). Na variável renda, a faixa de 4-5 salários mínimos foi predominante no G1 (50%), G2 (53,85%) e G3 (38,46%). No G4, 11 homens (39,29% do grupo) referiram renda de 2-3 salários mínimos. Durante o período da coleta de dados, o salário mínimo vigente no Brasil era R\$724,00 (setecentos e vinte e quatro reais). Os dados relacionados às variáveis sócio-demográficas e econômicas estão expressos na Tabela 1.

No G1, 13,33% dos entrevistados relataram possuir Plano Privado de Saúde. Ao passo que, no G2: 23,08%, G3: 7,69% e G4: 28,57%. No ano anterior a entrevista, mais de 50% dos entrevistados utilizaram os serviços de saúde em todos os grupos etários. Evidenciou-se associação entre utilização dos serviços de saúde e aumento da idade ( $p < 0,01$ ). A Unidade de Saúde da Família (USF) foi o estabelecimento mais utilizado pelos homens entrevistados no último ano. Já a Unidade Básica Distrital de Saúde (UBDS) foi utilizada por 46,43% dos homens do G4. A Unidade de Pronto Atendimento (UPA) foi utilizada por 23,33% dos homens do G1 e 23,08% do G2. O Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP) foi utilizado predominantemente pelos

**Tabela 1.** Descrição das características sociodemográficas e econômicas dos homens estratificados em grupos etários de uma Unidade de Saúde da Família (Ribeirão Preto/SP).

Variáveis	G1 (%)	G2 (%)	G3 (%)	G4 (%)
<b>Escolaridade</b>				
Analfabeto	0 (0)	0 (0)	1 (7,70)	3 (10,71)
Ensino Fundamental Incompleto	3 (10)	4 (30,77)	3 (23,08)	4 (14,29)
Ensino Fundamental Completo	3 (10)	0 (0)	2 (15,38)	6 (21,43)
Ensino Médio Incompleto	3 (10)	2 (15,38)	4 (30,76)	0 (0)
Ensino Médio Completo	9 (30)	6 (46,15)	0 (0)	8 (28,57)
Graduação Incompleta	4 (13,33)	0 (0)	0 (0)	1 (3,57)
Graduação Completa	7 (23,33)	1 (7,70)	2 (15,38)	5 (17,86)
Pós-Graduação Completa	1 (3,34)	0 (0)	1 (7,70)	1 (3,57)
<b>Estado Civil</b>				
Solteiro	18 (60)	4 (30,77)	4 (30,77)	1 (3,57)
Casado	10 (33,34)	5 (38,46)	8 (61,54)	22 (78,57)
Divorciado	1 (3,33)	3 (23,08)	1 (7,69)	3 (10,71)
Víuvo	1 (3,33)	1 (7,69)	0 (0)	2 (7,15)
<b>Ocupação</b>				
Desempregado	3 (10)	1 (7,69)	3 (23,08)	0 (0)
Estudante	1 (3,33)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Profissional Liberal Autônomo	5 (16,67)	6 (46,16)	4 (30,76)	1 (3,57)
Trabalhador com Vínculo Empregatício	21 (70)	5 (38,46)	3 (23,08)	2 (7,15)
Aposentado	0 (0)	1 (7,69)	3 (23,08)	24 (85,71)
Outro	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (3,57)
<b>Renda</b>				
≤ 1 Salário Mínimo	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (7,14)
2-3 Salários Mínimos	12 (40)	6 (46,15)	5 (38,46)	11 (39,29)
4-5 Salários Mínimos	15 (50)	7 (53,85)	5 (38,46)	9 (32,14)
≥ 6 Salários Mínimos	2 (6,67)	0 (0)	2 (15,38)	5 (17,86)
Não Informado	1 (3,33)	0 (0)	1 (7,70)	1 (3,57)

homens do G4. Este grupo etário também foi o que mais utilizou os serviços privados de saúde.

Dentre os entrevistados, 13 (15,47%) relataram participar do Grupo de Promoção à Saúde do Homem realizado na USF. Foi evidenciada uma associação ( $p < 0,01$ ) entre aumento da idade e participação neste Grupo de Promoção à Saúde. No acesso aos medicamentos, Farmácias da Rede Pública de Saúde foram os principais locais de aquisição referidos pelos entrevistados do G1 (50%), G3 (61,54%) e G4 (85,71%). Ao passo que, 69,23% dos homens do G2 relataram adquirir os medicamentos em Farmácias da Rede Privada. Os dados relacionados às variáveis de acesso e utilização dos serviços de saúde estão descritos na Tabela 2.

A média de doenças autorreferidas foi 0,67 (DP=0,92) no G1, G2: 1,15 (DP=1,86), G3: 1,54 (DP=1,66) e G4: 2,61 (DP=1,81). Evidenciou-se uma associação ( $p < 0,01$ ) entre número de doenças e aumento da idade. Nesta

amostra estudada, destacaram-se as doenças do aparelho cardiovascular (32,14%) (Tabela 3).

Dentre os entrevistados, 46 (54,76%) referiram o uso medicamentos. A média de medicamentos no G1 foi 0,80 (DP=1,30), G2: 1,69 (DP=3,28), G3: 1,85 (DP=2,08) e G4: 4,29 (DP=2,87). Os medicamentos mais prescritos, segundo o primeiro nível de classificação ATC, pertencem ao "Sistema Cardiovascular", seguidos pelos medicamentos para o "Trato Gastrointestinal e Metabolismo" (Tabela 4).

A possível adesão ao tratamento medicamentoso foi identificada em 54,55% dos usuários de medicamentos do G1, 50% do G2, 75% do G3 e 60,87% do G4. Não foi verificada associação entre adesão ao tratamento medicamentoso e grupo etário ( $p = 0,83$ ). Além disso, não houve associação entre adesão e número de medicamentos utilizados ( $p = 0,47$ ), nem adesão e número de doenças autorreferidas ( $p = 0,47$ ).

**TABELA 2.** Descrição do acesso e utilização dos serviços de saúde dos homens estratificados em grupos etários de uma Unidade de Saúde da Família (Ribeirão Preto/SP).

Variáveis	G1 (%)	G2 (%)	G3 (%)	G4 (%)	Valor-p*
Plano Privado de Saúde					
Sim	4 (13,33)	3 (23,08)	1 (7,69)	8 (28,57)	0,05
Não	26 (86,67)	10 (76,92)	12 (92,31)	20 (71,43)	
Utilização dos Serviços de Saúde					
Sim	19 (63,33)	7 (53,85)	9 (69,23)	27 (96,43)	<0,01
Não	11 (36,67)	6 (46,15)	4 (30,77)	1 (3,57)	
Serviços de Saúde utilizados					
USF	13 (43,33)	5 (38,46)	8 (61,54)	25 (89,29)	<0,01
UBDS	3 (10)	1 (7,69)	1 (7,69)	13 (46,43)	<0,01
UPA	7 (23,33)	3 (23,08)	1 (7,69)	0 (0)	0,01
HCFMRP-USP	3 (10)	3 (23,08)	2 (15,38)	10 (35,71)	0,11
Plano Privado	5 (16,67)	1 (7,69)	0 (0)	7 (25)	0,20
Grupo de Promoção à Saúde do Homem					
Sim	0 (0)	0 (0)	1 (7,69)	12 (42,86)	<0,01
Não	30 (100)	13 (100)	12 (92,31)	16 (57,14)	
Acesso aos Medicamentos					
Farmácia da Rede Pública	15 (50)	4 (30,77)	8 (61,54)	24 (85,71)	0,01
Programa Aqui Tem Farmácia Popular	2 (6,67)	0 (0)	2 (15,38)	0 (0)	0,72
Farmácia da Rede Privada	13 (43,33)	9 (69,23)	3 (23,08)	4 (14,29)	0,13

\* Teste Exato de Fisher.

**Tabela 3.** Distribuição de frequência dos diagnósticos médicos autorreferidos por homens estratificados em grupos etários de uma Unidade de Saúde da Família (Ribeirão Preto/SP).

Doenças	G1	G2	G3	G4	Frequência Absoluta (n)	%
Hipertensão Arterial Sistêmica	2	3	5	17	27	32,14
Hipercolesterolemia	3	3	3	12	21	25,00
Diabetes Mellitus	1	3	2	10	16	19,04
Depressão	4	0	2	2	8	9,52
Gota	2	0	1	2	5	5,95
Obesidade	1	2	1	1	5	5,95
Hiperplasia Prostática Benigna	0	0	0	5	5	5,95
Câncer	0	0	0	3	3	3,57
Outras	7	2	5	13	27	32,14

**Tabela 4.** Distribuição dos medicamentos utilizados por homens estratificados em grupos etários de uma Unidade de Saúde da Família (Ribeirão Preto/SP) segundo classificação ATC<sup>12</sup>.

Classes e Subgrupos	G1	G2	G3	G4
Medicamentos Cardiovasculares	6	9	13	70
Fármacos ativos sobre o sistema renina-angiotensina	2	3	5	15
Hipolipemiantes	1	2	3	13
Agentes Antitrombóticos	0	2	3	12
Bloqueadores dos Canais de Cálcio	1	1	2	8
Diuréticos	0	0	0	8
$\beta$ -bloqueadores adrenérgicos	2	0	0	6
Terapia Cardíaca	0	0	0	5
Anti-Hipertensivos	0	1	0	3
Medicamentos para o Trato Gastrointestinal e Metabolismo	3	11	6	29
Antidiabéticos	2	7	3	10
Antiácidos	1	3	0	0
Vitaminas	0	0	0	4
Outros	0	1	3	15
Medicamentos para o Sistema Nervoso Central	7	2	4	6
Psicoanalépticos	3	1	2	1
Antiepiléticos	1	1	2	2
Psicolépticos	2	0	0	2
Outros	1	0	0	1
Outras classes	4	0	1	16

## DISCUSSÃO

Na amostra estudada verificou-se baixa escolaridade no G4. Isto corrobora com relatos na literatura. Nas décadas de 1910 a 1940, período que foi constituída a maioria deste grupo etário, havia baixa frequência à escola, priorizando-se o trabalho em detrimento à educação<sup>14</sup>. Os entrevistados do G1 e G2 relataram maiores níveis de escolaridade, considerando a alteração no perfil educacional, em que se têm valorizado a formação acadêmica. Melhores níveis escolares tendem a uma maior compreensão dos indivíduos sobre o tratamento e pode ajudá-los a obter melhor adesão e controle das doenças<sup>15</sup>. Contudo, no presente estudo não foi evidenciada baixa adesão ao tratamento medicamentoso associada à escolaridade.

Os entrevistados do G1 eram predominantemente solteiros ao passo que os homens do G4 eram casados. Este dado condiz com um estudo realizado em USF de Ribeirão Preto – São Paulo, no qual a maioria dos homens idosos estudados eram casados<sup>16</sup>. Sabe-se que o apoio familiar favorece a adesão ao tratamento medicamentoso. Entretanto, nesta pesquisa foram obtidos dados relacionados apenas ao estado civil. Não foram coletadas informações relacionadas ao suporte familiar.

A maioria dos homens do G1, G2 e G3 exerciam alguma atividade profissional ativa. Ao passo que, no G4 predominaram os homens aposentados. Isso pode justificar a predominância de homens idosos no Grupo de Promoção

à Saúde da USF em estudo. Trata-se de uma atividade de grande relevância para a Saúde do Homem. Mas, o horário das atividades do Grupo (período da tarde) beneficia a população que não esteja em exercício profissional.

No G4, grande parte dos entrevistados referiu renda igual ou inferior a três salários mínimos corroborando com outros estudos com idosos, em que se verificou baixa renda<sup>17</sup>. No G1, G2, G3 predominou-se a faixa de quatro a cinco salários mínimos. A baixa renda é preocupante, pois, pode comprometer a aquisição de medicamentos prescritos que não se encontram disponíveis na rede pública de saúde. Neste sentido, enfatiza-se a responsabilidade da seleção e padronização dos medicamentos considerando as características epidemiológicas e necessidades da população masculina.

Em todos os grupos, predominaram indivíduos que referiram não possuir plano privado de saúde. Além disso, a USF é o principal local utilizado pelos homens estudados, destacando-se os idosos. Este dado contradiz com outros relatos que afirmam a entrada dos homens pelo sistema de saúde através da atenção secundária e terciária<sup>18</sup>. Vale destacar que a amostra do presente estudo foi de conveniência. Logo, uma limitação pode estar na seleção dos participantes. Contudo, cabe ressaltar a importância da USF como espaço de produção de saúde do homem e não um contexto voltado à doença. Na USF onde este estudo foi realizado, o incentivo ao “cuidar masculino” é constante. Além de abordagens individuais, há o Grupo de Promoção à

Saúde do Homem com abordagem multiprofissional (agente comunitário de saúde, farmacêutico, fisioterapeuta, médico, nutricionista, dentre outros) no qual se busca valorizar o homem como protagonista do cuidado e incentiva a autonomia do sujeito no cuidado com sua saúde<sup>19</sup>. No G1, G2 e G3 verificou-se a utilização de Unidade de Pronto Atendimento (UPA) pelos entrevistados. Dados da literatura mostram que os homens nas faixas etárias mais jovens, são mais vulneráveis a quadros agudos devido principalmente a causas externas<sup>20</sup>. Logo, isto pode justificar a procura por UPA em 23,33% dos homens entrevistados no G1. Também cabe ressaltar que a UPA tem um período de funcionamento de vinte e quatro horas, sendo compatível aos períodos de trabalho dos homens.

As Farmácias da Rede Pública de Saúde são os principais locais para aquisição de medicamentos dos entrevistados no G1, G3 e G4. A maioria dos homens do G2 referiu adquirir os medicamentos em Farmácias da Rede Privada. Isso deve possivelmente por maior período de funcionamento destas farmácias, facilidade no atendimento e acesso físico. Dentre os participantes da pesquisa, 6,67% do G1 e 15,38% do G3 relataram adquirir os medicamentos em Farmácias conveniadas ao Programa "Aqui Tem Farmácia Popular". Assim, destaca-se a necessidade de maior divulgação deste programa nos serviços de saúde<sup>21</sup>.

A Hipertensão Arterial Sistêmica foi à doença autorreferida mais frequente, seguida da Hipercolesterolemia e *Diabetes Mellitus*. Este dado condiz com outros estudos na literatura, em que doenças do aparelho circulatório lideram o *ranking* nos homens<sup>4, 20</sup>. Logo, evidencia-se que a amostra estudada segue o fenômeno mundial da transição epidemiológica, caracterizado pela redução de doenças infecto-parasitárias e predomínio de doenças crônicas não transmissíveis<sup>4</sup>. Além disso, cabe destacar a elevada frequência de depressão autorreferida no G1. Sabe-se que esta doença tornou-se um problema de grande importância na atualidade e parece estar relacionada ao estilo de vida do mundo contemporâneo<sup>22</sup>. No presente estudo, este resultado tornou-se evidente, uma vez que, outros relatos relacionados a este tema mostram o modelo hegemônico de masculinidade, o qual não admite expressão de fraqueza ou qualquer atributo que sugira feminilidade<sup>23</sup>. Muitas vezes a depressão é caracterizada pela população leiga como fragilidade, "coisa de mulher" e aqui percebemos outra realidade quando os homens autorreferem a depressão como doença.

A partir do primeiro nível de classificação ATC a maioria dos medicamentos utilizados pelos homens pertencem ao "Sistema Cardiovascular". Considerando que as doenças cardiovasculares lideram as doenças autorreferidas pelos

participantes deste estudo, evidencia-se que o perfil qualitativo de uso de medicamentos é condizente com a realidade sanitária local.

Verificou-se também o aumento no consumo de medicamentos com o aumento da faixa etária. Isso condiz com demais estudos em que, o aumento da idade está associado à maior prevalência de doenças crônicas não transmissíveis e o envelhecimento predispõe um maior consumo de medicamentos<sup>24</sup>.

A Organização Mundial de Saúde estima a não adesão ao tratamento medicamentoso em 50% na população geral, sendo que em países menos desenvolvidos estes valores podem ser superiores<sup>25</sup>. No presente estudo, a adesão ao tratamento medicamentoso foi igual ou superior a 50% em todos os grupos etários, chegando a 75% no G3. Diversos são os fatores que contribuem para não adesão ao tratamento medicamentoso. Entretanto, para compreender a não adesão deve-se reconhecer o papel central do indivíduo neste contexto e considerar os determinantes relacionados ao tratamento e aos serviços de saúde<sup>26</sup>. Neste estudo, verificou-se elevada adesão ao tratamento medicamentoso que pode ser justificado pela organização estrutural e funcional da USF como um grande aliado. Estratégias educativas para a população masculina, discussões da equipe, treinamento dos agentes comunitários de saúde e abordagem multiprofissional favorecem o aumento da adesão à terapia medicamentosa dos homens<sup>19</sup>. Este modelo deve ser seguido em outros serviços objetivando reduzir complicações decorrentes da não adesão.

A caracterização desta amostra vem contribuir para avanços no conhecimento de aspectos relacionados à saúde do homem. Além disso, enfatiza que o processo do cuidado humanizado, multiprofissional, incluindo o uso racional de medicamentos que representa primordial ferramenta terapêutica dos agravos de saúde dos indivíduos, no contexto da Saúde da Família deve ser uma preocupação constante das equipes, gerentes e gestores da saúde.

## REFERÊNCIAS

1. Gomes R, Nascimento EF. A produção do conhecimento da saúde pública sobre a relação homem-saúde: uma revisão bibliográfica. *Cad Saúde Pública*. 2006;22(5):901-11. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006000500003>
2. Gomes R. Sexualidade masculina e saúde do homem: proposta para uma discussão. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2003;8(3):825-9. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232003000300017>
3. Schmidt MI, Ducan BB, Silva GA, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SA, Chor D, Menezes PR. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *Lancet*. 2011;377(9781):1949-61. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60135-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60135-9)

4. Stevens A, Schmidt MI, Ducan BB. Desigualdades de gênero na mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012;17(10):2627-34. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012001000012>
5. Gomes R, Nascimento EF, Araujo FC 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. *Cad Saúde Pública*. 2007;23(3):565-74. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000300015>
6. Ministério da Saúde (BR). Gabinete do Ministro. Portaria Nº 1.944, de 27 de agosto de 2009. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. DOU. 2009 Aug 27.
7. Figueiredo WS. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005;10(1):105-9. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000100017>
8. Melo DO, Ribeiro E, Storpirtis S. A importância dos estudos de utilização de medicamentos. *Rev Bras Ciênc Farm*. 2006;42(4):475-85. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-93322006000400002>
9. Leite SN, Vieira M, Veber AP. Estudos de utilização de medicamentos: uma síntese de artigos publicados no Brasil e na América Latina. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2008;13:793-802. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000700029>
10. Morisky DE, Green, LW, Levine, DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care*. 1986;24(1):67-74. <http://dx.doi.org/10.1097/00005650-198601000-00007>
11. Organização Mundial da Saúde. Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde, 10a revisão. São Paulo: Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português; 1995.
12. World Health Organization. Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. Guideline for ATC classification and DDD assignment. Oslo: WHO; 2000.
13. Pagano M, Gauvreau K. Princípios de bioestatística. São Paulo: Pioneira Thomson Learning; 2004.
14. Mastroeni MG, Erzinger GS, Mastroeni SSBS, Silva NN, Marucci MFN. Perfil demográfico de idosos da cidade de Joinville, Santa Catarina: estudo de base domiciliar. *Rev Bras Epidemiol*. 2007;10:190-201. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2007000200007>
15. Balestre KCE, Teixeira JJV, Crozatti MTL, Cano FG, Gunther LSA. Relato de um Seguimento farmacoterapêutico de pacientes portadores de diabetes do Programa Saúde da Família de Atalaia, Paraná. *Rev Ciênc Farm Básica Apl*. 2007;28(2):203-8.
16. Poliselto C, Oliveira CM de, Pavan M, Goraveb R. Percepções de homens idosos sobre saúde e os serviços primários de saúde. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2014;9(33):323-35. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmf9\(33\)797](http://dx.doi.org/10.5712/rbmf9(33)797)
17. Loyola Filho AI, Uchoa E, Lima-Costa MF. Estudo epidemiológico de base populacional sobre uso de medicamentos entre idosos na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2006;22(12):2657-67. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006001200015>
18. Pinheiro SP. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2002;7(4):687-707. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232002000400007>
19. Lima Junior EA, Lima HS. Promoção da saúde masculina na Atenção Básica. *Pesq Foco*. 2009;17(2):32-41.
20. Laurenti R, Jorge MHPM, Gotlieb SLD. Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005;10(1):35-46. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000100010>
21. Santos-Pinto CDB, Costa NR, Osorio-de-Castro CGS. Quem acessa o Programa Farmácia Popular do Brasil? Aspectos do fornecimento público de medicamentos. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2001;16(6):2963-73. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000600034>
22. Averina M, Nilssen O, Brenn T, Brox J, Arkhipovsky VL, Kalinin AG. Social and lifestyle determinants of depression, anxiety, sleeping disorders and self-evaluated quality of life in Russia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2005;40(7):511-8. <http://dx.doi.org/10.1007/s00127-005-0918-x>
23. Schraiber LB, Gomes R, Couto MT. Homens e saúde na pauta da Saúde Coletiva. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005;10(1):1-20. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000100002>
24. Flores LM, Mengue SS. Uso de medicamentos por idosos em uma região do sul do Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2005;39(6):924-9. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102005000600009>
25. World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva: WHO; 2003.
26. Remondi FA, Oda S, Cabrera MASC. Não adesão à terapia medicamentosa: da teoria a prática clínica. *Rev Ciênc Farm Básica Apl*. 2014;35 (2):177-85.