



Texto & Contexto - Enfermagem

ISSN: 0104-0707

ISSN: 1980-265X

Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós
Graduação em Enfermagem

Arruda, Guilherme Oliveira de; Marcon, Sonia Silva
COMPORTAMENTOS DE RISCOS À SAÚDE DE HOMENS DA REGIÃO SUL DO BRASIL

Texto & Contexto - Enfermagem, vol. 27, núm. 2, e2640014, 2018

Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós Graduação em Enfermagem

DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-070720180002640014>

Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71469378013>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais informações do artigo
- Site da revista em redalyc.org

redalyc.org
UAEM

Sistema de Informação Científica Redalyc

Rede de Revistas Científicas da América Latina e do Caribe, Espanha e Portugal

Sem fins lucrativos acadêmica projeto, desenvolvido no âmbito da iniciativa
acesso aberto

COMPORTAMENTOS DE RISCOS À SAÚDE DE HOMENS DA REGIÃO SUL DO BRASIL

Guilherme Oliveira de Arruda¹, Sonia Silva Marcon²

¹ Mestre em Enfermagem. Universidade Estadual de Maringá. Maringá, Paraná, Brasil. E-mail: enfgoa@gmail.com

² Doutora em Enfermagem. Universidade Estadual de Maringá. Maringá, Paraná, Brasil. E-mail: soniasilva.marcon@gmail.com

RESUMO

Objetivo: avaliar a prevalência de comportamentos de riscos à saúde e associar com características sociodemográficas.

Método: estudo transversal, do tipo inquérito domiciliar, desenvolvido mediante aplicação de instrumentos estruturados, com 421 homens adultos, selecionados a partir de amostragem aleatória sistemática. Foram realizadas a análise univariada e a análise múltipla, por meio de Regressão Logística.

Resultados: idade entre 40 e 50 anos e as classes econômicas B e C associaram-se ao consumo abusivo de álcool (30,4%); renda de 2,1 a 4,0 salários mínimos, escolaridade superior e ter religião ao tabagismo (19,5%); trabalhar, estar empregado e ter ensino médio/superior à atividade física insuficiente (86,2%); não trabalhar, renda maior que seis salários e não ter plano de saúde à dieta inadequada (39,2%); não ter companheira, religião e ser empregado à situação vacinal inadequada (24,9%); idade entre 50 e 59 anos, estar aposentado/licença médica e ter plano de saúde à não realização de exames (42,3%); renda maior que seis salários e classe econômica C a não realização de lazer (36,3%).

Conclusão: os comportamentos de risco à saúde estão associados a diferentes fatores a serem considerados na atenção aos homens.

DESCRITORES: Perfil de saúde. Saúde do homem. Adulto. Fatores socioeconômicos. Fatores de risco.

BEHAVIOUR OF HEALTH HAZARDS OF MEN OF SOUTHERN BRAZIL

ABSTRACT

Objective: to evaluate the prevalence of health risk behaviors and to associate them with sociodemographic characteristics.

Method: a cross - sectional study of the household survey, developed using structured instruments, with 421 adult men selected from systematic random sampling. Univariate analysis and multiple analysis were performed through Logistic Regression.

Results: age between 40 and 50 years and economic classes B and C were associated with alcohol consumption (30.4%); income from 2.1 to 4.0 minimum wages, higher education and religion to smoking (19.5%); working, being employed and having secondary education / superior to insufficient physical activity (86.2%); not working, income higher than six salaries and did not have health plan for inadequate diet (39.2%); without partner, religion and employee in the inadequate vaccination situation (24.9%); age between 50 and 59 years, retired/ medical license and have health insurance to not perform examinations (42.3%); income higher than six wages and economy class C non-leisure performance (36.3%).

Conclusion: health risk behaviors are associated with different factors to be considered in the care of men.

DESCRIPTORS: Health Profile. The health of men. Adult. Socioeconomic Factors. Risk Factors.

COMPORTAMIENTO DE LOS RIESGOS PARA LA SALUD DE LOS HOMBRES DEL SUR DE BRASIL

RESUMEN

Objetivo: evaluar la prevalencia de comportamientos de riesgo para la salud y asociarlos con características sociodemográficas.

Método: un estudio transversal de la encuesta de hogares, desarrollado utilizando instrumentos estructurados, con 421 hombres adultos seleccionados a partir de un muestreo aleatorio sistemático. El análisis univariado y el análisis múltiple se realizaron a través de Regresión logística.

Resultados: la edad entre 40 y 50 años y las clases económicas se asociaron con el consumo de alcohol (30,4%); ingresos de 2.1 a 4.0 salarios mínimos, educación superior y religión para fumar (19.5%); trabajar, estar empleado y tener educación secundaria/superior a la actividad física insuficiente (86.2%); no funcionaba, ingresos superiores a seis salarios y no tenía un plan de salud para una dieta inadecuada (39.2%); sin pareja, religión y empleado en la situación de vacunación inadecuada (24.9%); edad entre 50 y 59 años, licencia médica/jubilada y seguro de salud para realizar exámenes (42.3%); ingresos superiores a seis salarios y rendimiento de la clase económica C no ocio (36,3%).

Conclusión: los comportamientos de riesgo para la salud se asocian con diferentes factores a considerar en el cuidado de los hombres.

DESCRITORES: Perfil de Salud. La Salud de los Hombres Adulto. Factores Socioeconómicos. Factores de Riesgo.

INTRODUÇÃO

A sobremortalidade masculina tem suas razões atribuídas a diferenças biológicas e a determinados comportamentos em saúde, distintos dos femininos, sobretudo por questões de gênero.¹ Estudo comparativo das causas de morte entre os sexos demonstra que os homens apresentam maior risco para a morte pelas causas evitáveis por ações efetivas de prevenção,¹ dentre as quais credita-se grande importância às doenças cardiovasculares, causas externas e, recentemente, às neoplasias, conforme a faixa etária.²

Mais da metade da população masculina brasileira (56%), em 2010, encontrava-se com idade entre 20 e 59 anos, porém, ainda são escassos os estudos que analisam os comportamentos em saúde de homens a partir de outras variáveis socioeconômicas e demográficas, destacando-se que os poucos estudos já realizados se concentram em populações residentes nas capitais brasileiras.²

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), embora considerada vanguardista, centra as ações no adoecimento e na medicalização, voltando-se para os problemas masculinos, por exemplo, a disfunção erétil.³ Todavia, os comportamentos masculinos em saúde, aliados à dificuldade dos serviços de saúde em acolher os homens, configuraram-se nos principais fatores que afastam os homens da perspectiva preventiva do cuidado.⁴

O uso abusivo do álcool, o tabagismo, a aversão à adoção de práticas de atividade física, dieta adequada⁵ e lazer, dentre outros comportamentos ligados mais diretamente à atuação dos profissionais de saúde, por exemplo, a busca por exames preventivos e o uso adequado de medicamentos⁶, constituem-se em aspectos a serem investigados e caracterizados como forma de direcionar a atuação profissional em saúde do homem. Considerando-se que muitos desses comportamentos são modificáveis, as recomendações para a prevenção de doenças e promoção da saúde devem contemplar a abordagem dos múltiplos fatores associados. Para tanto, toma-se como definição de comportamento em saúde qualquer hábito socialmente construído que afete positiva ou negativamente a saúde, ou seja, como forma de promoção/prevenção ou como fator de risco para sintomas e doenças.⁷

Nesse sentido, este estudo teve como objetivo avaliar a prevalência de comportamentos de riscos à saúde de homens e associá-los a dados sociodemográficos.

MÉTODO

Estudo transversal (tipo inquérito domiciliar) de base populacional, desenvolvido junto a homens com idade entre 20 e 59 anos, residentes no Município de Maringá-PR. Para o cálculo amostral tomou-se por base a contagem populacional de 2010, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), para homens na mesma faixa etária (103.819), e a divisão de Maringá em 20 áreas, denominadas pelo IBGE de Áreas de Ponderação. Estas são compostas por setores censitários, sendo que os chefes de famílias residentes em determinado setor censitário possuem características socio-ocupacionais semelhantes.

Para a seleção dos indivíduos utilizou-se a técnica de amostragem aleatória sistemática. O tamanho amostral mínimo foi definido com base na fórmula: $n=Z^2PQ/d^2$, sendo n =tamanho amostral mínimo; Z =variável reduzida; P =probabilidade de encontrar o fenômeno estudado. Adotou-se 50% para a probabilidade de ocorrência dos eventos de interesse, associado a erro de estimativa de 5% e confiabilidade da amostra em 95%. Foram acrescentados 10% à amostra mínima calculada (383 indivíduos), considerando-se a possibilidade de perdas. Dessa forma, a população efetivamente estudada foi constituída por 421 indivíduos que foram abordados em seus domicílios, conforme as subamostras proporcionais ao número total de homens adultos residentes em cada Área de Ponderação.

Posto isto, de posse do número de indivíduos a serem entrevistados em cada área de ponderação, sortearam-se aleatoriamente as ruas a serem visitadas. Com intervalo predefinido, foi abordado um indivíduo morador a partir da quarta residência à direita da rua. Quando o indivíduo não se encontrava em casa passava-se para a unidade domiciliar seguinte, sendo permitidas até três substituições. As entrevistas foram realizadas predominantemente durante os dias úteis da semana, nos períodos matutino e vespertino, entre os meses de janeiro a julho de 2013.

A variável Classe Econômica foi categorizada em A, B, C e D, com base em pontuações atribuídas ao grau de instrução do chefe da família e a posse de itens domésticos, segundo o Critério de Classificação Econômica Brasil. A variável Religião refere-se ao fato de as pessoas relatarem seguir ou não uma crença religiosa. A Renda Familiar foi categorizada em número de salários mínimos, que à época do estudo, correspondia ao valor de R\$ 678,00 (U\$ 288,51).

As variáveis de interesse relacionadas aos comportamentos de riscos à saúde foram: uso abusivo de

álcool (consumo de cinco doses ou mais de qualquer bebida alcoólica em uma mesma ocasião nos últimos 30 dias (dose=meia garrafa ou uma lata de cerveja, um cálice de vinho ou um drinque de bebida destilada), conforme adotado pelo sistema de Vigilância de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL)⁸, tabagismo (sim/não para o hábito de fumar atual, independente do número de cigarros, da frequência e da duração do hábito), atividade física insuficiente (menos que 30 minutos, cinco dias por semana),⁹ dieta inadequada (uso de frutas, verduras e/ou hortaliças menos do que cinco vezes por semana),¹⁰ situação vacinal inadequada, quando relatado desconhecimento ou última dose de vacina antitetânica e/ou contra febre amarela há mais de 10 anos, realização rotineira de exames preventivos (sim/não para, pelo menos, um dos seguintes exames: função renal e hepática, perfil lipídico, glicemias, oftalmológicos, odontológicos e de rastreamento para o câncer de próstata), automedicação (sim/não para uso de medicamentos não prescritos) e atividades de lazer (sim/não para as atividades música, cinema, artesanato, internet, passeios, viagens e outros).

Os dados foram coletados mediante instrumento estruturado, elaborado pelos pesquisadores, sendo que, para algumas variáveis de interesse, como o uso abusivo de álcool, tabagismo, atividade física, os mesmos se apoiaram no questionário utilizado na pesquisa intitulada Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas não Transmissíveis por Entrevistas Telefônicas - VIGITEL.

Após o preenchimento, os instrumentos foram conferidos quanto à presença de falhas, antes da compilação em banco de dados, no software Microsoft Office Excel® 2010.

A análise dos dados foi realizada mediante estatística descritiva e inferencial, com o auxílio do programa IBM SPSS® versão 2.0, utilizando-se o teste Qui-quadrado de Pearson para análise univariada, regressão logística múltipla e medida de associação

representada pelo *Odds Ratio* (OR), com respectivo intervalo de confiança de 95%. Na análise múltipla, utilizou-se o método *Forward*, sendo incluídas as variáveis com valor de $p < 0,20$ e consideradas associadas aquelas com $p < 0,05$. Utilizou-se o teste de Hosmer e Lemeshow (HL) para verificar a qualidade do ajuste do modelo, de modo que quanto mais próximo de 1, melhor a qualidade do ajuste.

O projeto do estudo foi aprovado pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá (Parecer 162.077/2012). Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias.

RESULTADOS

Os indivíduos estudados possuíam idade média de 40,9 anos. A maioria deles era de adeptos à religião (89,8%), inseridos no mercado de trabalho (80,3%), tinham filhos (71,3%) e companheira (67,9%). Mais da metade era da cor branca (58%), da classe econômica B (53%) e não tinha plano de saúde (52,7%). Parcela considerável era de empregadores/autônomos (40,9%), possuía ensino médio completo (36,8%) e renda familiar entre 2,1 e 4 salários mínimos (34%). Quanto à prevalência de comportamentos de risco à saúde, constatou-se que 86,2% deles relatou atividade física insuficiente; 44,7% automedicação; 42,3% não realização de exames de rotina; 39,2% dieta inadequada; 36,3% não realização de atividades de lazer; 30,4% consumo abusivo de álcool; 24,9% situação vacinal inadequada e 19,5% tabagismo.

Na análise univariada constatou-se que as variáveis faixa etária, renda familiar, plano de saúde e classe econômica apresentaram associação significativa ao consumo abusivo de álcool. Em relação ao tabagismo, as variáveis significativamente associadas foram religião, escolaridade, renda familiar, plano de saúde e classe econômica (Tabela 1).

Tabela 1 - Análise univariada das variáveis consumo abusivo de álcool e tabagismo em homens adultos, segundo características sociodemográficas, Maringá-PR, 2013

Características sociodemográficas	Consumo abusivo de álcool			Tabagismo		
	n	%	p	n	%	p
Faixa Etária						
20 a 29	39	42,9		16	17,6	
30 a 39	31	32,6		19	20,0	
40 a 49	31	26,3		23	19,5	
50 a 59	27	23,1	0,013	24	20,5	0,959

Características sociodemográficas	Consumo abusivo de álcool			Tabagismo		
	n	%	p	n	%	p
Cor						
Branca	79	32,4		45	18,4	
Não branca	49	27,7	0,301	37	20,9	0,529
Situação Conjugal						
Sem companheira	48	35,6		33	24,4	
Com companheira	80	28,0	0,114	49	17,1	0,077
Ter filhos						
Sim	87	29,0		64	21,3	
Não	41	33,9	0,324	18	14,9	0,130
Religião						
Sim	112	29,6		67	17,7	
Não	16	37,2	0,306	15	34,9	0,007
Escolaridade						
Até 4ª série	12	24,0		15	30,0	
Fundamental	27	27,0		22	22,0	
Médio	41	26,5		34	21,9	
Superior	45	39,8	0,060	10	8,8	0,005
Trabalho						
Sim	102	30,2		63	18,6	
Não	26	31,3	0,839	19	22,9	0,381
Renda Familiar						
Até 2	18	25,4		25	35,2	
2,1 a 4	35	24,5		18	12,6	
4,1 a 6	28	29,5		21	22,1	
Mais de 6	46	42,0	0,016	18	16,1	0,001
Status Ocupacional						
Empregador/Autônomo	54	31,4		33	19,2	
Empregado	48	30,6		27	17,2	
Aposentado/em licença médica	10	21,3		12	25,5	
Desempregado	6	30,0		6	30,0	
Estudante/Estagiário	10	40,0	0,554	4	16,0	0,520
Plano de Saúde						
Sim	73	36,7		30	15,1	
Não	54	24,4	0,006	52	23,5	0,029
Classe Econômica						
Classe A	18	58,1		6	19,4	
Classe B	77	34,5		37	16,6	
Classe C	29	18,5		33	21,0	
Classe D	4	44,4	<0,001	6	66,7	0,003

Em relação à prática de comportamentos de risco, identificou-se que as variáveis faixa etária, escolaridade, trabalho, renda familiar, plano de

saúde e classe econômica mostraram-se significativamente associadas, sendo que *status* ocupacional mostrou-se associado apenas à prática de atividade

física insuficiente, enquanto que a não realização de lazer apresentou associação com faixa etária, cor da pele, renda familiar, escolaridade, plano de saúde e classe econômica (Tabela 2).

Tabela 2 - Análise univariada das variáveis atividade física insuficiente, dieta inadequada e não realização de lazer de homens adultos, segundo características sociodemográficas. Maringá-PR, 2013

Características sociodemográficas	Atividade Física Insuficiente			Dieta Inadequada			Não realização de lazer		
	n	%	p	n	%	p	n	%	p
Faixa Etária									
20 a 29	74	81,3		37	40,7		25	27,5	
30 a 39	87	91,6		41	43,2		36	37,9	
40 a 49	101	85,6		43	36,4		44	37,3	
50 a 59	101	86,3	0,243	44	37,6	0,751	48	41,0	0,026
Cor									
Branca	209	85,7		90	36,9		77	31,6	
Não branca	154	87,0	0,692	75	42,4	0,255	76	42,9	0,017
Situação Conjugal									
Sem companheira	118	87,4		103	36,0		47	34,8	
Com companheira	245	85,7	0,628	62	45,9	0,052	106	37,1	0,654
Ter filhos									
Sim	260	86,7		50	41,3		116	38,7	
Não	103	85,1	0,678	115	38,3	0,570	37	30,6	0,118
Religião									
Sim	323	85,4		146	38,6		133	35,2	
Não	40	93,0	0,173	19	44,2	0,479	20	46,5	0,143
Escolaridade									
Até 4ª série	49	98,0		26	52,0		24	48,0	
Fundamental	90	90,0		44	44,0		50	50,0	
Médio	134	86,5		56	36,1		55	35,5	
Superior	88	77,9	0,003	36	31,9	0,056	24	21,2	<0,001
Trabalho									
Sim	303	89,6		25	30,1		125	37,0	
Não	60	72,3	<0,001	140	41,4	0,059	28	33,7	0,582
Renda Familiar									
Até 2	64	90,1		33	46,5		34	47,9	
2,1 a 4	122	85,3		70	49,0		65	45,5	
4,1 a 6	90	94,7		36	37,9		35	36,8	
Mais de 6	87	77,7	0,003	26	23,2	<0,001	19	17,0	<0,001
Status Ocupacional									
Empregador/ Autônomo	160	93,0		67	39,0		64	37,2	
Empregado	133	84,7		67	42,7		57	36,3	
Aposentado/licença médica	36	76,6		17	36,2		19	40,4	
Desempregado	14	70,0		6	30,0		8	40,0	
Estudante/ Estagiário	20	80,0	0,003	8	32,0	0,693	5	20,0	0,335

Características sociodemográficas	Atividade Física Insuficiente			Dieta Inadequada			Não realização de lazer		
	n	%	p	n	%	p	n	%	p
Plano de Saúde									
Sim	200	81,4		61	30,7		57	28,6	
Não	162	90,5	0,007	104	47,1	<0,001	96	43,4	0,002
Classe Econômica									
Classe A	26	83,9		7	22,6		2	6,5	
Classe B	182	81,6		80	35,9		66	29,6	
Classe C	147	93,6		73	46,5		80	51,0	
Classe D	8	88,9	0,009	5	55,6	0,028	4	44,4	<0,001

A situação vacinal inadequada apresentou associação com situação conjugal, religião e renda familiar e não realização de exames preventivos com faixa etária, situação conjugal, filhos, renda familiar,

status ocupacional e plano de saúde, enquanto automedicação não apresentou associação com nenhuma variável sociodemográfica (Tabela 3).

Tabela 3 - Análise univariada da situação vacinal inadequada, não realização rotineira de exames preventivos e automedicação em homens adultos, segundo características sociodemográficas. Maringá-PR, 2013

Características sociodemográficas	Situação Vacinal Inadequada			Não-realização de exames			Automedicação		
	n	%	p	n	%	p	n	%	p
Faixa Etária									
20 a 29	23	25,3		50	54,9		41	45,1	
30 a 39	19	20,0		57	60,0		43	45,3	
40 a 49	30	25,4		45	38,1		54	45,8	
50 a 59	33	28,2	0,588	26	22,2	<0,001	50	42,7	0,969
Cor									
Branca	57	23,4		98	40,2		112	45,9	
Não branca	48	27,1	0,379	80	45,2	0,302	76	42,9	0,546
Situação Conjugal									
Sem companheira	45	33,3		72	53,3		61	45,2	0,881
Com companheira	60	21,0	0,006	106	37,1	0,002	127	44,4	
Ter filhos									
Sim	75	25,0		62	38,7		135	45,0	
Não	225	24,8	0,965		51,2	0,018	53	43,8	0,823
Religião									
Sim	88	23,3		159	42,1		170	45,0	
Não	17	39,5	0,020	19	44,2	0,789	18	41,9	0,697
Escolaridade									
Até 4ª série	16	32,0		22	44,0		24	48,0	
Fundamental	28	28,0		45	45,0		35	35,0	
Médio	31	20,0		64	41,3		69	44,5	
Superior	29	25,7	0,274	46	40,7	0,910	57	50,4	0,138

Características sociodemográficas	Situação Vacinal Inadequada			Não-realização de exames			Automedicação		
	n	%	p	n	%	p	n	%	p
Trabalho									
Sim	78	23,1		150	44,4		154	45,6	
Não	27	32,5	0,075	28	33,7	0,079	34	41,0	0,450
Renda Familiar									
Até 2	16	22,5		31	43,7		31	43,7	
2,1 a 4	47	32,9		65	45,5		60	42,0	
4,1 a 6	22	23,2		47	49,5		39	41,1	
Mais de 6	20	17,9	0,042	35	31,2	0,041	58	51,8	0,354
Status Ocupacional									
Empregador/ Autônomo	47	27,3		83	48,3		78	45,3	
Empregado	30	19,1		65	41,4		70	44,6	
Aposentado/em licença médica	14	29,8		6	12,8		20	42,6	
Desempregado	8	40,0		9	45,0		7	35,0	
Estudante/ Estagiário	6	24,0	0,171	15	60,0	0,001	13	52,0	0,779
Plano de Saúde									
Sim	47	23,6		69	34,7		94	47,2	
Não	57	25,8	0,606	109	49,3	0,002	94	42,5	0,333
Classe Econômica									
Classe A	3	9,7		8	25,8		19	61,3	
Classe B	57	25,6		92	41,3		99	44,4	
Classe C	40	25,5		73	46,5		67	42,7	
Classe D	5	55,6	0,116	5	55,6	0,149	3	33,3	0,242

Na análise múltipla constatou-se associação de faixa etária e classe econômica com uso abusivo de álcool, sendo que homens com idade entre 40 e 59 anos e de classe econômica B e C mostram-se protegidos. Homens com renda entre 2,1 e 4 salários mínimos, nível superior de escolaridade e que possuem crença religiosa estão mais protegidos em relação ao tabagismo. Homens que trabalham apresentam maior chance de referirem prática de atividade física insuficiente, ao passo que homens com status ocupacional empregado e escolaridade médio/superior apresentam-se protegidos, ou seja, tiveram menor chance de referirem atividade física insuficiente. Em relação à dieta inadequada, os homens que não trabalham e que não possuem plano de saúde apresentam maior chance de ocorrência desse comportamento, e, em contrapartida, homens com maior renda familiar mostram-se protegidos (Tabela 4).

Para a situação vacinal inadequada, observou-se que homens sem companheira e sem religião apresentaram maior razão de chance para a ocorrência deste achado, ao passo que homens com status ocupacional empregado apresentaram razão de chance indicativa de proteção. No que tange a não realização de exames periódicos, homens com idade entre 50 e 59 anos, com status ocupacional aposentado/em licença médica e com plano de saúde apresentam-se mais protegidos. Homens com renda familiar maior do que seis salários mínimos apresentaram-se protegidos em relação a não realização de lazer. Por outro lado, homens da classe econômica C referiram com maior frequência não realizar lazer (Tabela 4).

Tabela 4 - Análise múltipla dos comportamentos de risco à saúde, segundo características sociodemográficas (variáveis independentes), homens adultos. Maringá-PR, 2013

Variáveis independentes	Comportamentos de risco à saúde	
	OR (IC 95%)	p
Uso Abusivo de Álcool a		
	40 a 49 anos	0,5 (0,3-0,9)
Faixa Etária	50 a 59 anos	0,4 (0,2-0,8)
	Classe B	0,4 (0,2-0,8)
Classe Econômica	Classe C	0,2 (0,1-0,4)
Tabagismob		<0,001
Renda Familiar	2,1 a 4,0	0,2 (0,1-0,5)
Escolaridade	Superior	0,2 (0,1-0,6)
Religião	Sim	0,4 (0,2-0,7)
Atividade Física Insuficiente		
Trabalho	Sim	6,9 (1,4-34,8)
Status Ocupacional	Empregado	0,4 (0,2-0,9)
	Médio	0,2 (0,1-0,7)
Escolaridade	Superior	0,2 (0,1-0,4)
Dieta Inadequada		
Trabalho	Não	1,7 (1,0-2,9)
Renda Familiar	Mais de 6	0,4 (0,2-0,8)
Plano de Saúde	Não	1,6 (1,0-2,5)
Situação Vacinal Inadequadae		
Situação Conjugal	Sem companheira	1,9 (1,2-3,2)
Religião	Não	2,0 (1,0-3,9)
Status Ocupacional	Empregado	0,6 (0,3-0,9)
Não realização rotineira de examesf		
Faixa Etária	50 a 59 anos	0,3 (0,2-0,6)
Status Ocupacional	Aposentado/Licença médica	0,2 (0,1-0,6)
Plano de Saúde	Sim	0,5 (0,3-0,7)
Não realização de lazerg		
Renda Familiar	Mais de 6	0,4 (0,2-0,8)
Classe Econômica	Classe C	7,8 (1,7-36,5)

^aHL = 0,995; ^bHL = 0,303; ^cHL=0,963; ^dHL=0,943; ^eHL = 0,978; ^fHL = 0,648; ^gHL = 0,976

DISCUSSÃO

O consumo abusivo de álcool entre os homens constitui fator predisponente às doenças e agravos não transmissíveis (doenças cardiovasculares e causas externas, principalmente). A prevalência encontrada no presente estudo mostrou-se maior do que a identificada na Pesquisa Nacional de

Saúde, realizada no Brasil, que foi de 21,6%.¹¹ A constatação de que os homens mais jovens e com maior classe econômica estão mais predispostos ao uso abusivo de álcool, além de corroborar os achados de estudo populacional realizado junto a 5.792 homens na Suíça,¹² sinaliza a importância de um direcionamento da atenção à saúde para esses indivíduos. Considerando-se as dificulda-

des enfrentadas pelos serviços públicos de saúde em alcançar os homens mais jovens, ressalta-se a necessidade de as ações de prevenção e promoção serem implementadas em associação com o setor de saúde suplementar.

No que tange ao tabagismo ressalta-se predominância entre homens de menor renda. Em estudo realizado junto a 7.524 adultos em Israel mostrou que a menor renda familiar e menor nível de escolaridade estiveram associados ao consumo de tabaco pelos homens.¹³ As populações com menor poder econômico continuam predispostas ao tabagismo, associadas, principalmente, ao início precoce desse hábito, supostamente devido à maior vulnerabilidade e exposição às drogas, de modo geral.¹⁴

A despeito de tendências temporais indicarem redução desse hábito entre os homens, salienta-se a necessidade de continuidade das intervenções no sentido de dirimir o hábito de fumar, inclusive com levantamento dos indicadores de tratamento da dependência como forma de avaliação das ações de controle desta epidemia.¹⁵ O levantamento dos determinantes sociais e das inter-relações dos homens fumantes também poderá culminar com a readequação das ações implementadas, especialmente as que fazem uso de grupos, conforme assinala estudo realizado no interior de Goiás, que constatou taxa de abandono do cigarro de 78%, após aplicação de Grupos Operativos.¹⁶

Todavia, as políticas públicas voltadas para o combate ao tabagismo têm reproduzido ações tradicionais de cunho estritamente científico e prescritivo, entretanto, estudo norte americano realizado a nível nacional, com 6.203 adultos, apontou que o nível de religiosidade esteve associado de forma inversa em relação ao uso de substâncias psicoativas lícitas e ilícitas, o que inclui os derivados do tabaco.¹⁷ A associação encontrada no presente estudo, entre religião e menor proporção de tabagismo, pode estar relacionada à crença nos dogmas e possíveis consequências dos erros e pecados, dentre eles, os vícios, como o tabagismo. De modo geral, as religiões primam por comportamentos saudáveis como formas de manutenção da vida.

A prevalência de indivíduos insuficientemente ativos foi muito alta entre os homens em estudo, contudo, mesmo sem considerar atividades ocupacionais, de locomoção ou relativas ao trabalho doméstico. Indiscutíveis são os benefícios da atividade física regular para a saúde de indivíduos adultos, visando, principalmente, à qualidade de vida em idades mais avançadas.¹⁸ Na associação da atividade física com o trabalho, razões como a falta de tempo,

o excesso de trabalho, o cansaço e a indisposição restringem a prática de atividade física. Além disso, constatou-se associação com o status ocupacional empregado, o que sugere maior disponibilidade para a prática de atividade física pelos homens que não são autônomos, condição esta que leva o homem dedicar grande parte de seu tempo para trabalhar, pois os rendimentos são, em geral, proporcionais ao volume de trabalho realizado. Por fim, a associação da atividade física e homens mais escolarizados, provavelmente decorre do fato destes terem mais acesso a informações sobre os benefícios da prática de atividade física regular e das implicações que a ausência desta prática pode gerar para a saúde.

Aliado à prática de atividade física, estabelecer uma dieta adequada, converge para a prevenção de diversas condições crônicas e eventos cardiovasculares graves.¹⁹ Os comportamentos em relação à dieta, considerados inadequados, são mais observados nas Regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste, onde é maior o consumo de alimentos como carne ou frango com excesso de gordura, leite integral, refrigerante ou suco artificial e alimentos doces, sobretudo, entre homens jovens.²⁰

No entanto, no presente estudo observou-se que os homens com maior renda estavam mais protegidos em relação à dieta inadequada. Esse achado se contrapõe à realidade de Florianópolis-SC que possui estabelecimentos denominados "Diretos do Campo", que comercializam frutas e verduras a baixo preço, ampliando o acesso da população com restrições econômicas. Em estudo realizado em 18 países de todos os continentes, aponta-se que em regiões com rendas menores, consome-se menos os alimentos citados, devido baixa acessibilidade, sugerindo que estudos futuros investiguem disparidades sociodemográficas que implicam em dieta inadequada.²¹

Em relação ao achado de que os homens que não trabalhavam referiram mais a dieta inadequada, supõe-se que esse fato possa estar relacionado tanto à dificuldade de acesso aos alimentos recomendados decorrente da limitação financeira quanto ao fato de que, entre os homens que não trabalhavam, estavam estudantes, os quais, às vezes, acabam desenvolvendo hábitos alimentares inadequados. Por sua vez, a associação de dieta inadequada com não ter plano de saúde pode estar relacionada a uma possível interação com a variável renda familiar, a qual pode tornar um indivíduo mais ou menos propenso à adesão a um plano de saúde.

No que tange à situação vacinal constatou-se que praticamente 1/4 da amostra estudada declarou estar com o calendário vacinal incompleto. Destaca-

se que embora a vacinação para adultos já estivesse incorporada à rotina dos serviços de saúde com a vacina dupla bacteriana, contra o tétano e a difteria, o calendário oficial para adultos foi legitimado somente em 2004, possibilitando, por exemplo, a imunização contra a febre amarela a cada dez anos.²² Em estudo ecológico, realizado com dados referentes ao município de Maringá, a veracidade dos dados sobre cobertura vacinal em adultos foi questionada, destacando que eles estimam pouco os cuidados voltados à promoção e à proteção da saúde, dentre eles a vacinação,²³ além do fato de haver escassez de estudos sobre a situação vacinal em grupos populacionais que não de crianças.²⁴

Desse modo, ressalta-se a necessidade de estratégias na prática assistencial e em pesquisas que investiguem a situação e cobertura vacinal na população adulta, especialmente entre os homens, o que permitirá identificar, entre outros aspectos, desigualdades sociais, econômicas e de gênero no que tange à situação vacinal. Portanto, credita-se mérito à realização do presente estudo por se apontar fatores associados à situação vacinal inadequada para a população masculina adulta, tais como a ausência de companheira e de religião e o status ocupacional desempregado. Portanto, não ter companheira e não ter religião podem predispor a adoção de práticas pouco saudáveis ou até mesmo negligência em relação à própria saúde. Por outro lado, ser empregado, e não autônomo, por exemplo, pode indicar maior disponibilidade para a busca de cuidados, como a imunização. Deste modo, não ter rendimentos fixos, aumenta e/ou incentiva a necessidade de trabalhar além do horário regulamentar. Ademais, algumas empresas exigem a atualização da carteira de vacinação na hora de contratar e/ou nos exames periódicos.

Homens acima dos 50 anos, aposentados ou em licença médica, e com plano de saúde foram os que mais declararam realizar exames preventivos de rotina. Também se constata, na literatura, a associação da idade e da posse de plano de saúde com a realização de exames preventivos, especialmente o de rastreamento do câncer de próstata.²⁵ No que concerne ao status ocupacional destaca-se que a motivação para a realização do exame pode estar relacionada a especificidades do próprio *status*, como o fato de estar aposentado, inclusive por doença, e pela relativa disponibilidade para o cuidado, e a licença médica que também pode influenciar os hábitos masculinos em relação à procura pelos exames preventivos.

Ter companheira e filhos não se mantiveram associados à realização de exames preventivos,

porém, são fatores importantes e que precisam ser mais investigados e considerados por profissionais de saúde nas ações desenvolvidas junto aos homens. Em estudo realizado com homens idosos também foi evidenciado que aqueles com companheira realizavam mais exames periódicos de prevenção,²⁵ o que reitera a força do exemplo e do papel feminino de orientação no comportamento masculino em saúde. Além disso, constatou-se, no presente estudo, que os homens que possuíam filhos referiram significativamente menos a não realização de exames preventivos, o que endossa a importância de se conhecer a rede apoiadora e as inter-relações desses homens adultos. Estudo realizado junto a homens em tratamento de câncer mostrou que as formas de apoio construídas e consolidadas com o tempo impactaram de maneira saudável no decorrer de suas vidas, e que a família foi importante no momento de tomada de decisão quanto à realização de exames.²⁶

A prevalência de automedicação entre os homens foi de 44,7%, menor que a evidenciada em Uganda²⁷ e, em Belém, de 59,3%.²⁸ Em estudo realizado na Guatemala, verificou-se que a automedicação foi maior entre as mulheres.²⁹ Por outro lado, em Aragón-Espanha identificou-se prevalência de 11,5% de automedicação entre mulheres e idosos,³⁰ o que pode sugerir relação inversa entre busca de serviços de saúde e automedicação, considerando-se que mulheres e idosos buscam mais frequentemente esses serviços. Mesmo que não se tenha constatado fatores associados à automedicação, mostra-se necessário o empenho em ações educativas e de vigilância por profissionais de saúde, no sentido de estimular o uso racional de medicamentos e, ainda, combater reações adversas, interações medicamentosas e baixa adesão a terapêuticas prescritas entre homens adultos.

Quanto a não realização de qualquer atividade de lazer, a prevalência encontrada mostra-se relativamente baixa (36,3%). Pesquisa desenvolvida em diferentes países como Alemanha, Itália, Espanha, Estados Unidos da América e países do Reino Unido, mostra que a realização de atividades de lazer, seja passivo ou ativo, foi maior entre os homens do que entre as mulheres, porém, isto tende a ocorrer entre indivíduos idosos.³¹ Semelhante ao evidenciado em outros comportamentos, a renda familiar e a classe econômica estiveram associadas inversamente a não realização de atividades de lazer, configurando-se em variáveis importantes quando se busca investigar o comportamento em saúde entre os homens.

Os participantes deste estudo pertencentes à classe econômica C apresentaram prevalência e chance

maiores de não desenvolverem qualquer atividade de lazer, o que indica a necessidade de atenção a essa parcela da população. Acredita-se que a associação de não lazer com a classe econômica C possa ser explicada pelo menor poder econômico e consequente menor acesso às opções de lazer, e a questões culturais, pois alguns tipos de lazer podem ser praticados sem grandes ou nenhuma demanda financeira.

A disponibilidade da atenção gratuita à saúde para as classes de menor poder econômico e o investimento governamental para ampliação de ações voltadas à população masculina devem colaborar para que os homens menos favorecidos economicamente também possam acessar cuidados preventivos nos serviços de saúde. Destarte, a realização de exames periódicos pode contribuir para a melhora dos indicadores de saúde masculina, especialmente quanto à mortalidade decorrente de doenças cardiovasculares e neoplasias malignas.

CONCLUSÃO

Os resultados do presente estudo apontam para altas prevalências de alguns comportamentos de risco à saúde e, além disso, mostram que diferentes fatores sociodemográficos estão associados a esses comportamentos, de modo a aumentar a chance de ocorrência ou a proteção. De modo geral, os fatores associados aos comportamentos estão relacionados ao trabalho e a questões econômicas, os quais, embora não sejam modificáveis pelos profissionais de saúde, devem ser considerados na implementação das ações em saúde do homem. Ademais, a busca ou disponibilidade de uma rede de suporte para o homem adulto deve ser incorporada ao planejamento das ações.

Ressaltam-se limitações metodológicas que devem ser observadas em investigações futuras sobre o comportamento masculino em saúde, como o tipo de estudo transversal que não permite estabelecer relações de causalidade, a utilização de instrumento de pesquisa não testado, os horários de coleta de dados, que dificultaram contato com homens que trabalhavam. Além disso, considera-se necessário categorizar a variável tabagismo conforme o número de cigarros consumidos diariamente, e substituir renda familiar, por renda *per capita*.

REFERÊNCIAS

1. Moura EC, Gomes R, Falcão MTC, Schwarz E, Neves ACM, Santos W. Gender inequalities in external cause mortality in Brazil, 2010. Cienc Saúde Coletiva. 2015; 20(3):779-88.
2. Schwarz E, Gomes R, Couto MT, Moura EC, Carvalho AS, Silva SFC. Política de saúde do homem. Rev Saúde Pública. 2012; 46(Supl): 108-16.
3. Modesto AAD'A, Couto MT. Erectile Dysfunction in Brazilian Primary Health Care: Dealing with Medicinalization. Am. J Men's Health. 2017; 1-10. [Epub ahead of print]
4. Medeiros PA, Streit IA, Sandreschi PF, Fortunato AR, Mazo GZ. Participação masculina em modalidades de atividades físicas de um programa para idosos: um estudo longitudinal. Cienc Saúde Coletiva. 2014; 19(8):3479-88.
5. Luizaga CTM, Gotlieb SLD. Male mortality in three Brazilian State Capitals, 1979-2007. Rev Bras Epidemiol. 2013; 16(1):87-99.
6. Prado MAMB, Franscisco PMSB, Bastos TF, Barros MBA. Use of prescription drugs and self-medication among men. Rev Bras Epidemiol. 2016; 19(3):596-608.
7. Barros MBA, Lima MG, Azevedo RCS, Medina LBP, Lopes CS, Menezes PR, et al. Depression and health behaviors in Brazilian adults - PNS 2013. Rev Saúde Pública. 2017; 51 (Suppl 1):8s
8. Malta DC, Berna RTI, Silva MMA, Claro RM, Júnior JBS, Reis AAC. Consumption of alcoholic beverages, driving vehicles, a balance of dry law, Brazil 2007-2013. Rev Saude Publica. 2014; 48(4):692-6.
9. Haskell WL, Lee IM, Pate RR, Powell KE, Blair SN, Franklin BA, et al. Physical activity and public health: updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. Med Sci Sports Exerc., 2007; 39 (8):1423-34.
10. Muniz LC, Zanini RV, Schneider BC, Tassitano RM, Feitosa WMN, González-Chica DA. Prevalência e fatores associados ao consumo de frutas, legumes e verduras entre adolescentes de escolas públicas de Caruaru, PE. Cienc Saúde Coletiva. 2013; 18(2):393-404.
11. Garcia LP, Freitas LRS. Consumo abusivo de álcool no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. Epidemiol Serv Saúde. 2015; 24(2):227-37.
12. Charitonidi E, Studer J, Gaume J, Gmel G, Daepen J-B, Bertholet N. Socioeconomic status and substance use among swiss young men: a population-based cross-sectional study. BMC Public Health. 2016 Apr 14;16:333
13. Kalter-Leibovici O, Chetrit A, Avni S, Averbuch E, Novikov I, Daoud N. Social characteristics associated with disparities in smoking rates in Israel. Isr J Health Policy Res. 2016 Dec 1; 5:36.
14. Abreu-Villaça Y, Cavina CC, Ribeiro-Carvalho A, Correia-Santos M, Naiff VF, Filgueiras CC, et al. Combined exposure to tobacco smoke and etanol during adolescence leads to short- and long-term modulation of anxiety-like behavior. Drug Alcohol Depend. 2013 1; 133(1):52-60.

15. Meier DAP, Secco IAO, Vannuchi MTO. Análise de indicadores de programa de controle do tabagismo em município do norte do Paraná. Ciênc Cuid Saúde. 2012; 11(Supl):129-37.
16. Luchesse R, Vargas LS, Teodoro WR, Santana LKB, Santana FR. Operative group technology applied to tobacco control program. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2013 [cited 2013 Sep 19]; 22(4):918-26. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072013000400007>
17. Moscati A, Mezuk B. Losing Faith and finding religion: religiosity over the life course and substance use and abuse. Drug Alcohol Depend. 2015; 136:127-34.
18. Lahti J, Holstila A, Lahelma E, Rahkonen O. Leisure-time physical activity and all-cause mortality. Plos One [Internet]. 2014 Jul 2 [cited 2013 Sep 19]; 9(7):e101548. Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0101548>
19. Ashton LM, Hutchesson MJ, Rollo ME, Morgan PJ, Collins CE. Motivators and barriers to engaging in healthy eating and physical activity. Am J Mens Health. 2017;11(2):330-43.
20. Claro RM, Santos MAS, Oliveira TP, Pereira CA, Szwarcwald CL, Malta DC. Unhealthy food consumption related to chronic noncommunicable diseases in Brazil: National Health Survey, 2013. Epidemiol Serv Saúde. 2015; 24(2):257-65.
21. Miller V, Yusuf S, Chow CK, Dehghan M, Corsi DJ, Lock K, et al. Availability, affordability, and consumption of fruits and vegetables in 18 countries across income levels: findings from the Prospective Urban Rural Epidemiology (PURE) study. Lancet Glob Health. 2016;4(10):e695-703.
22. Domingues CMA, Teixeira AMS. Coberturas vacinais e doenças imunopreveníveis no Brasil no período 1982-2012: avanços e desafios do Programa Nacional de Imunizações. Epidemiol Serv Saúde. 2013; 22(1):9-27.
23. Marques FRB, Furlan MCR, Okubo P, Marcon SS. Relação entre morbidade hospitalar e cobertura vacinal contra Influenza A. Acta Paul Enferm. 2012; 25(5): 686-93.
24. Yokokura AVCP, Silva AAM, Bernardes ACF, Lamy Filho FL, Alves MTSSB, Cabra NAL, et al. Cobertura vacinal e fatores associados ao esquema vacinal básico incompleto aos 12 meses de idade, São Luís, Maranhão, Brasil, 2006. Cad Saúde Pública. 2013; 29(3):522-34.
25. Luz LL, Silva JFS, Mattos IE. Prevalência e fatores associados à realização de exames de rastreamento para câncer de próstata em idosos de Juiz de Fora, MG. Cienc Saúde Colet [Internet] 2013 [cited 2013 Sep 19]; Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n12/a10v18n12.pdf>
26. Owens OL, Jackson DD, Thomas TL, Friedman DB, Hébert JR. Prostate Cancer Knowledge and Decision Making Among African-American Men and Women in the Southeastern United States. Int J Mens Health. 2015; 14(1):55-70.
27. Ocan M, Bwanga F, Bbosa GS, Bagenda D, Waako P, Ogwal-Okeng J, et al. Patterns and predictors of self-medication in northern Uganda. Plos One. 2014; 9(3):e92323.
28. Silva JAC, Gomes AL, Oliveira JPS, Sasaki YA, Maia BTB, Abreu BM. Prevalência de automedicação e os fatores associados entre os usuários de um Centro de Saúde Universitário. Rev Bras Clin Med. 2013; 11(1):27-30.
29. Ramay BM, Lambour P, Cerón A. Comparing antibiotic self-medication in two socio-economic groups in Guatemala city: a descriptive cross-sectional study. BMC Pharmacol Toxicol. 2015;16:11.
30. Carrera-Lasfuentes P, Aguilar-Palacio I, Roldán EC, Fumanal SF, Hernandez MJR. Medicine consumption in the adult population: Influence of self-medication. Aten Primaria. 2013 Sep 12; S0212-6567(13)00165-0.
31. Adjei NK, Brand T, Zeeb Hajo. Gender inequality in self-reported health among the elderly in contemporary welfare countries: A cross-country analysis of time use activities, socioeconomic positions and family characteristics. Plos One. 2017; 12(9):e0184676.

Correspondência: Guilherme Oliveira de Arruda
Rua Dr. Saulo Porto Virmond, n. 768, ap. 104
87005-090 - Chácara Paulista, Maringá, PR, Brasil
E-mail: enfgoa@gmail.com

Recebido: 2 de fevereiro de 2015

Aprovado 12 de maio de 2015

This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons (CC BY).