

Condições de saúde autorreferidas e fatores associados da população masculina da cidade de Belo Horizonte/ MG

Conditions of self-reported health and associated factors of the male population in Belo Horizonte/ MG

Condiciones de salud autorreportadas y factores asociados de la población masculina de la ciudad de Belo Horizonte/MG

RESUMO

Objetivo: o presente estudo teve como objetivo avaliar condições de saúde autorreferidas e os possíveis fatores relacionados, da população masculina da cidade de Belo Horizonte (MG), nos anos de 2006 e 2011, bem como identificar possíveis mudanças nestes fatores entre os anos estudados. Métodos: estudo epidemiológico longitudinal, realizado por meio de análise de dados secundários, provenientes do programa de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), abrangendo dados anteriores e após a implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, visando identificar possíveis mudanças no perfil da população masculina. A variável dependente foi a condição de saúde autorreferida pelos homens e as independentes, as variáveis demográficas e socioeconômicas, índice de massa corporal, consumo alcoólico e de tabaco, prática de atividade física e morbidades referidas. Os dados foram processados no software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 20.0, que permitiu a comparação entre os anos estudados, através de medidas síntese e dos intervalos de confiança, e para a verificação das associações entre as variáveis, foi utilizado o teste Qui-quadrado (χ^2). Resultados: foram entrevistados 782 indivíduos em 2006 e 836 em 2011. Houve uma significativa mudança na idade dos indivíduos entrevistados, onde a média passou de 41,9 em 2006 para 44,2 anos em 2011, uma diminuição significativa, de 59,2% para 51,7% (2006 e 2011, respectivamente), no consumo alcoólico e uma melhora nas condições de saúde autorreferidas, aumentando de 21,1% para 28,1% a proporção de indivíduos que referiram a saúde como excelente. Conclusão: houve mudança no perfil demográfico e no consumo alcoólico na população estudada, assim como na proporção de homens que classificaram a saúde em excelente/muito boa. Quanto ao consumo de tabaco, prática de atividade física e morbidades referidas, não foram encontradas mudanças relevantes para a definição de uma nova realidade entre os homens abordados nos anos estudados.

DESCRIPTORES: Saúde do Homem; Nível de Saúde; Processo Saúde-Doença; Inquéritos Epidemiológicos; Política de Saúde.

ABSTRACT

Objective: the present study aimed to evaluate the conditions of self-reported health and possible related factors of the male population from Belo Horizonte (MG) in 2006 and 2011, as well as to identify possible changes in these factors between the years studied. Methods: this is a longitudinal epidemiological study developed through the analysis of secondary data from Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), covering data before and after the implementation of the National Policy of Integral Attention to Men's Health, aiming the identification of possible changes in the profile of male population. It was considered as a dependent variable the condition of self-reported health by men and, as independent, the demographic and socioeconomic variables, the index of body mass, the alcohol consumption, tobacco consumption, physical activity and referred morbidities. Data were processed using the software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), version 20.0, which allowed the comparison between the years studied, through summary measures and confidence intervals. Furthermore, the Qui-square (χ^2) test was used to verify the associations between the variables. Results: the samples were composed of 782 individuals in 2006 and 836 in 2011. There was a significant change in the age of the interviewed people, as the average went from 41.9 in 2006 to 44.2 years in 2011; a significant decrease - from 59.2% to 51.7% (2006 and 2011, respectively) - in the alcohol consumption; and an improvement in the conditions of self-reported health, increasing from 21.1% to 28.1% the proportion of individuals who reported health as something excellent. Conclusion: there was a significant change in the demographic profile and in alcohol consumption by the population studied, as well as in the proportion of men who rated their health as excellent / great. In relation to the consumption of tobacco, physical activity and referred morbidities, there were not found relevant changes for the definition of a new reality among the men who were addressed in the years studied.

DESCRIPTORS: Men's Health; Health Status; Health-Disease Process; Health Surveys; Health Policy

RESUMEN

Objetivo: evaluar las condiciones de salud auto-referidas y posibles factores relacionados de la población masculina en la ciudad de Belo Horizonte (MG), en los años 2006 y 2011, así como identificar posibles cambios en esos factores entre los años estudiados. Métodos: se trata de un estudio

epidemiológico longitudinal, realizado mediante el análisis de datos secundarios del programa de Vigilancia de Factores de Riesgo y Protección de Enfermedades Crónicas por Encuesta Telefónica (VIGITEL), que abarca datos previos y posteriores a la implementación de la Política de Atención Integral a la Salud del Hombre, com el objetivo de identificar posibles câmbios en el perfil de la población masculina. Se consideraron como variables dependientes las condiciones de salud auto-referidas y como independientes, las variables demográficas y socioeconómicas, índice de masa corporal, consumo de alcohol, consumo de tabaco, actividad física y morbilidades auto-referidas. Los datos fueron procesados mediante el software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versión 2.0, que permitió la comparación entre los años estudiados a través de medidas síntesis e intervalos de confianza. Para verificar las asociaciones entre las variables se utilizó la prueba de chi-cuadrado. Resultados: Las muestras fueron compuestas por 782 en 2006 y 836 en 2011. Hubo un cambio significativo en la edad, en la que el promedio pasó de 41,9 en 2006 a 44,2 años en 2011, una disminución significativa del 59,2% al 51,7% (2006 y 2011 respectivamente) en el consumo de alcohol; y una mejora en las condiciones de salud auto-referidas, aumentando de 21,1% a 28,1% la proporción de personas que reportaron su salud como excelente. Conclusión: Hubo un cambio significativo en el perfil demográfico y consumo de alcohol de la población estudiada, así como en la proporción de hombres que calificaron su salud como excelente/muy buena. En cuanto al consumo de tabaco, práctica de actividad física y las morbilidades reportadas, no se encontraron cambios relevantes para definir una nueva realidad entre los hombres abordados.

DESCRIPTORES: Salud del Hombre; Estado de Salud; Proceso Salud-Enfermedad; Encuestas Epidemiológicas; Política de Salud.

RECEBIDO EM: 07/06/2022 APROVADO EM: 01/08/2022

Leandro Hermisdorff Bernardo

Fisioterapeuta pela Universidade Federal de Juiz de Fora, Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Juiz de Fora, Professor do Centro Universitário Estácio Juiz de Fora
ORCID: 0000-0003-0378-7753

Ronaldo Rocha Bastos

Professor Titular da Universidade Federal de Juiz de Fora, Departamento de Estatística
ORCID: 0000-0001-9597-5967

Carina Lima da Silveira

Graduanda em Fisioterapia, Bióloga pela Universidade Federal do Rio Grande, Doutora em Ecologia pela Universidade Estadual de Campinas
ORCID: 0000-0002-7035-7588

INTRODUÇÃO

A partir da segunda metade do século XIX, a saúde se torna questão de Estado e determinados grupos populacionais começam a ganhar atenção, singularizando-se na medida em que o Estado os reconhece. Entretanto, enquanto alguns ganhavam visibilidade, outros permaneciam na penumbra, sendo este, por exemplo, o caso dos homens¹.

No Brasil, o Ministério da Saúde lançou em 2008 o Pacto pela Vida, reforçando a gestão por resultados e propiciando a criação de programas de aten-

ção à determinados públicos². Em 2009, é lançada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), objetivando a promoção de saúde e melhorias nos índices de morbimortalidade, pela ampliação e facilitação do acesso dos homens aos serviços de saúde². Porém, tornar o homem protagonista de sua saúde torna-se um desafio, pelo fato do cuidar não ser internalizado na cultura masculina³, corroborado por indicadores de saúde brasileiros, que demonstram maior mortalidade masculina na grande maioria das idades e causas⁴. Além disso, limitações relacionadas aos serviços e profissionais que atuam na

saúde, sobretudo aqueles ligados à atenção primária, também contribuem na dificuldade deste processo⁵.

Entender como o homem avalia seu estado de saúde é imprescindível, uma vez que a autoavaliação negativa se traduz em risco relativo de morte quase duas vezes maior em relação aos que auto avaliam a saúde como excelente, sendo este um importante marcador de desigualdades, de ter bom poder preditivo para morbimortalidade e permitir comparações internacionais^{6,7}. O entendimento desta autoavaliação e os possíveis fatores associados são cruciais para a ciência dos determinantes do processo

saúde-doença e seu monitoramento ao longo do tempo, que, ao serem quantificados 8, possibilitam a avaliação de políticas e serviços, auxiliando assim no planejamento de ações de saúde^{9,10}.

Diante do exposto, o objetivo do presente estudo foi avaliar as condições de saúde autorreferidas, e os possíveis fatores relacionados, da população masculina da cidade de Belo Horizonte (MG), bem como identificar possíveis mudanças nestes fatores entre os anos de 2006 e 2011.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo epidemiológico observacional de delineamento longitudinal, com amostras distintas da população de Belo Horizonte, realizado por meio de análise de dados secundários, provenientes do programa de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL). Foram comparados no presente estudo, o ano de 2006 por ser o primeiro ano de aplicação do VIGITEL no Brasil, abarcando dados anteriores a implementação da PNAISH, e o de 2011, visando a identificação de mudanças no perfil da população masculina após a implementação da política. A metodologia abordada nos inquéritos encontra-se descrita nas publicações disponibilizadas pelo Ministério da Saúde para os anos estudados neste artigo^{11,12}.

Foi considerada como variável dependente, a condição de saúde autorreferida pela população masculina, e as variáveis independentes (especificadas nas tabelas dos resultados), foram agrupadas nos seguintes blocos temáticos: variáveis demográficas e socioeconômicas, variáveis comportamentais e de possível risco: índice de massa corporal (IMC), consumo alcoólico, consumo de tabaco, atividade física e morbidades referidas.

Os dados foram armazenados no software Statistical Package for the Social Sciences, versão 20.0, e submetidos à análise descritiva para a obtenção de medidas síntese como frequências ab-

soluta e relativa para as variáveis categóricas e médias, medianas, desvio padrão e valores mínimos e máximos para as numéricas. Para a comparação entre os anos estudados foram considerados os Intervalos de Confiança (IC) tanto para as variáveis categóricas quanto para as numéricas. Para a verificação das associações entre variáveis independentes e dependente, foram consideradas as categorizações destas para a utilização do teste Qui-quadrado (χ^2), para cada ano estudado, sendo tomados estatisticamente significativos, valores de $p \leq 0,05$.

Por se tratar de uma pesquisa com dados secundários, disponíveis de forma livre e gratuita pelo MS, não houve a necessidade desta pesquisa ser submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos. Contudo, o Projeto VIGITEL foi aprovado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa para Seres Humanos do Ministério da Saúde.

RESULTADOS

Baseado no método de amostragem do VIGITEL, foram sorteadas, em 2006, um total de 3.200 linhas telefônicas na cidade de Belo Horizonte, com 2.812 elegíveis (linhas ativas). Destas, foram identificadas 796 recusas e 2.016 entrevistas, com 782 indivíduos do sexo masculino. Já em 2011, foram sorteadas 3.400 linhas telefônicas, com 2.868 elegíveis, identificadas 864 recusas e realizadas 2006 entrevistas, com 836 homens.

Com relação ao bloco das variáveis demográficas e socioeconômicas, em 2006, a média de idade dos participantes foi de 41,9 (DP = 15,76), variando entre 18 e 87 anos, com mediana de 40 (IC: 40,80 – 43,00). Com relação aos anos de estudo, a média foi de 10,34 (DP = 4,25), variando entre 0 e 18 anos, com mediana de 11 (IC: 10,04 – 10,64). Já em 2011, a média da idade foi de 44,2 (DP = 17,38) anos de idade, com valor mínimo de 18 e máximo de 98 anos e mediana de 42 (IC: 43,10 – 45,46), e quanto aos anos estudados estes valo-

res foram de 10,65 (DP = 4,71) anos de idade (variando entre 0 e 20 anos), com mediana de 11 (IC: 10,33 – 10,97). Houve mudança estatisticamente significativa (considerando IC de 95%), na variável idade (40,80 – 43,00 para 43,10 – 45,46).

Ainda em relação a este bloco, observa-se na Tabela 1 as variáveis categóricas. Nota-se em 2006 que a maioria da população relatou ser casado/ juntado (59,1%), se mantendo assim também em 2011 (52,9%). Com relação a etnia, em 2006, grande parte da amostra se autodeclarou parda/morena (49,9%) e em 2011, grande parte se declarou ser branca (43,4%). Vale ressaltar, que no questionário aplicado no ano de 2011, houve um maior número de categorias relacionadas a cor, que se encontram indicadas na tabela 1, somando 2,8% do total da amostra neste ano. Houve ainda diferença estatisticamente significativa na proporção de pardos e morenos entre os dois anos estudado (IC de 0,45 – 0,53 para 0,36 – 0,43).

A tabela 2 apresenta as características da população masculina descritas pelas demais variáveis independentes consideradas no estudo. Em 2006, com relação ao IMC, calculado através de seus pesos e alturas referidas, 46,6% da amostra demonstrou estar pelo menos, com excesso de peso e em 2011, 52% apresentou a mesma condição, sem mudanças estatisticamente significativa nesta variável, entre os anos estudados.

Quanto aos hábitos de vida, observou-se que a maior parte dos indivíduos (59,2%) relatou consumir bebida alcoólica em 2006, com queda deste índice em 2011 (51,7%), sendo observada diminuição estatisticamente significativa neste consumo. Quando questionados sobre a frequência semanal do uso de bebida alcoólica, 6,9% relataram o consumo diário, e em 2011, tal percentual foi de 8,3%. Quanto ao tabaco, no ano de 2006, 20,3% afirmaram ser tabagistas, com 59,8% dos fumantes consumindo mais de 10 cigarros por dia. Em 2011, a porcentagem de fumantes na população

foi de 17,2%, dos quais 59% consomem mais de 10 cigarros por dia. Não houve mudanças estatisticamente significativas relacionadas ao tabagismo, entre os anos estudados, conforme demonstra os intervalos de confiança. Sobre a atividade física, em 2006, 58,45% relatou praticar, passando para 59,6% em 2011, notando-se um discreto aumento, entre os anos estudados, nesta prática, mas sem significância estatística.

Quanto às morbidades referidas, na amostra estudada em 2006, 24,7% referiram hipertensão e 3,8% afirmaram ter

diabetes. Já em 2011, a porcentagem de hipertensos foi de 24% e, de diabéticos, de 5,9%. Não houve diferença estatisticamente significativa entre os dois anos estudados.

A Tabela 3 apresenta a caracterização das condições de saúde referidas pela população masculina nos anos estudados. No primeiro ano, 21,1% classificaram a saúde como excelente/muito boa passando este valor para 28,1% no segundo ano, demonstrando melhora estatisticamente significativa nesta auto-classificação na população (IC passando

de 0,18 – 0,23 para 0,24 – 0,31, entre 2006 e 2011).

A associação entre cada uma das variáveis independentes categóricas com a variável dependente, verificada através da utilização do teste Qui-quadrado (χ^2), apresentados conforme os blocos estudados (variáveis socioeconômicas e demográficas, IMC, consumo alcoólico, tabagismo, atividade física e morbidades referidas), encontram-se sintetizados na tabela 4. 4. DISCUSSÃO

Através dos resultados obtidos, observou-se que o bloco das variáveis sociodemo-

Tabela 1 - Características demográficas e socioeconômicas da população masculina de Belo Horizonte - VIGITEL 2006 e 2011.

Variável	Classif.	2006			2011		
		F. Ab. (N)	F. Rel. (%)	IC (95%)	Fr. Ab. (N)	Fr. Rel. (%)	IC (95%)
Estado Civil	Solteiro	256	32,7	0,28 – 0,35	316	37,8	0,33 – 0,40
	Casado/Juntado	462	59,1	0,55 – 0,62	442	52,9	0,48 – 0,55
	Viúvo	17	2,2	0,01 – 0,02	18	2,2	0,01 – 0,02
	Separado/Divorciado	47	6,0	0,04 – 0,07	58	6,9	0,05 – 0,08
	Não quis informar *	-	-	-	2	0,2	0,001 – 0,005
	Total	782	100	-	836	100	-
Cor	Branca	336	43,0	0,39 – 0,46	363	43,4	0,39 – 0,46
	Negra/ Preta	54	6,9	0,05 – 0,08	93	11,1	0,08 – 0,13
	Parda/ Morena	390	49,9	0,45 – 0,52	339	40,6	0,36 – 0,43**
	Amarela*	-	-	-	13	1,6	0,003 – 0,01
	Vermelha/Indígena	1	0,1	,001 – ,003	18	2,2	0,01 – 0,02
	Não sabe*	-	-	-	9	1,1	0,003 – 0,01
	Não quis informar*	-	-	-	1	0,1	0,001 – ,003
	Total	781**	99,9	-	836	100	-

Legenda: Classif.: Categorias das variáveis; F. Ab.: Frequência Absoluta; N: número de indivíduos; F. Rel.: Frequência Relativa (em %); IC: Intervalo de Confiança;

* = Categorias presentes apenas no questionário 2011.

** = houve a perda de um participante para esta variável

Fonte: o autor

Tabela 2 - Índice de Massa Corporal, hábitos de vida e morbidades referidas da população masculina de Belo Horizonte - VIGITEL 2006 e 2011.

Variável	Classif.	2006			2011		
		F. Ab. (N)	F. Rel. (%)	IC (95%)	F. Ab. (N)	Fr. Rel. (%)	IC (95%)
IMC Atual	Normal	402	53,3	0,49 – 0,56	379	48,0	0,44 – 0,51
	Excesso de Peso	277	36,7	0,32 – 0,39	304	38,5	0,34 – 0,41
	Obesidade	75	9,9	0,07 – 0,12	107	13,5	0,10 – 0,15
	Total	754	100	-	790	100	-

Consumo de Álcool	Sim	463	59,2	0,55 – 0,62	432	51,7	0,47 – 0,54
	Não	319	40,8	0,36 – 0,43	404	48,3	0,44 – 0,51
	Total	782	100	-	836	100	-
Frequência de consumo alcoólico	Todos os dias	32	6,9	0,04 – 0,09	36	8,3	0,05 – 0,10
	5 a 6 dias	9	1,9	0,00 – 0,03	9	2,1	,007 – 0,03
	3 a 4 dias	64	13,9	0,09 – 0,16	56	13,0	0,09 – 0,16
	1 a 2 dias	264	57,1	0,52 – 0,61	254	58,8	0,53 – 0,62
	Quase nunca	77	16,6	0,12 – 0,19	77	17,8	0,13 – 0,20
	Não resp.	17	3,6	0,01 – 0,05	-	-	-
Tabagista	Total	463	100	-	432	100	-
	Sim	159	20,3	0,17 – 0,22	144	17,2	0,14 – 0,19
	Não	623	79,7	0,76 – 0,81	692	82,8	0,79 – 0,84
	Total	782	100	-	836	100	-
	1 a 4	36	22,6	0,15 – 0,28	33	22,9	0,15 – 0,28
	5 a 9	28	17,6	0,11 – 0,22	26	18,1	0,11 – 0,24
Número de cigarros por dia	10 a 14	31	19,5	0,12 – 0,25	29	20,1	0,13 – 0,26
	15 a 19	16	10,1	0,05 – 0,14	14	9,7	0,04 – 0,13
	20 a 29	37	23,3	0,16 – 0,29	31	21,5	0,14 – 0,28
	30 a 39	8	5,0	0,01 – 0,08	4	2,8	,001 – 0,05
	40 ou +	3	1,9	,002 – 0,04	7	4,9	0,01 – 0,08
	Total	159	100	-	144	100	-
Prática atividade física	Sim	457	58,4	0,54 – 0,61	498	59,6	0,55 – 0,62
	Não	325	41,6	0,37 – 0,44	338	40,4	0,36 – 0,43
	Total	782	100	-	836	100	-
Hipertensão	Sim	193	24,7	0,21 – 0,26	201	24,1	0,21 – 0,26
	Não	589	75,3	0,71 – 0,79	634	75,9	0,72 – 0,77
	Total	782	100	-	836	100	-
Diabetes	Sim	30	3,8	0,02 – 0,05	49	5,9	0,04 – 0,07
	Não	751	96,2	0,94 – 0,97	786	94,1	0,92 – 0,95
	Total	781*	100	-	836	100	-

Legenda: Classif.: Categorias das variáveis; F. Ab.: Frequência Absoluta; N: número de indivíduos; F. Rel.: Frequência Relativa (em %); IC: Intervalo de Confiança
 *=Houve perda de um indivíduo (Missing Case)
 Fonte: o autor

Tabela 3 - Condição de saúde auto-referida pela população masculina de Belo Horizonte - VIGITEL 2006 e 2011

Variável	2006			2011		
	Classif.	F. Ab. (N)	F. Rel. (%)	IC (95%)	F. Ab. (N)	Fr. Rel. (%)
Excelente/ MB	165	21,1	0,18 – 0,23	235	28,1	0,24 – 0,31
Bom	427	54,6	0,50 – 0,57	410	49,0	0,45 – 0,52
Regular	160	20,5	0,17 – 0,22	163	19,5	0,16 – 0,21
Ruim/ MR	29	3,7	0,02 – 0,05	26	3,2	0,02 – 0,04
Não Sabe	1	0,1	,001 – ,003	2	0,2	,001 – ,005
Total	782	100	-	836	100	-

Legenda: Classif.: Categorias das variáveis; F. Ab.: Frequência Absoluta; N: número de indivíduos; F. Rel.: Frequência Relativa (em %); IC: Intervalo de Confiança; MB: Muito bom; MR: Muito ruim
 Fonte: o autor

Tabela 4 - Variáveis estudadas associadas à condição de saúde autorreferida na população masculina de Belo Horizonte - VIGITEL 2006 e 2011.

Bloco	Variáveis categóricas		P_ valor (a)
Socioeconômicas e demográficas	Idade	< 0,001	< 0,001
	Escolaridade	< 0,001	< 0,001
	Estado Civil	0,006	< 0,001
	Cor	0,485	0,137
IMC	IMC	< 0,001	< 0,001
Consumo Alcoólico	Consome bebida alcoólica	0,393	0,355
	Frequência semanal	0,785	0,001
Tabaco	Tabagista	0,289	0,012
	Número de cigarros (dia)	0,036	0,037
Atividade Física	Prática de atividade física	< 0,001	< 0,001
Morbidades Referidas	Hipertensão Arterial	< 0,001	< 0,001
	Diabetes	< 0,001	< 0,001

(a) = Teste Qui-Quadrado
Fonte: o autor

gráficas foi o que apresentou maior associação com a condição de saúde autorreferida. A mudança estatisticamente significativa na idade dos homens, observada entre os anos estudados, pode ser explicada pela transição demográfica vivenciada pela população mundial e que no Brasil se reflete com o estreitamento da base da pirâmide e alargamento de seu ápice¹³. Assim, ressalta-se que a compreensão da dinâmica do envelhecimento da população contribui para enfrentamento das doenças crônicas que representam uma expressiva demanda aos serviços de saúde, o que no caso masculino se reflete sobretudo na busca por serviços de atenção secundária e terciária^{9,10}.

Quanto à escolaridade, grande parte possui o ensino médio completo ou o superior incompleto, o que difere bastante do restante do país, onde mais da metade são classificados em sem instrução ou fundamental incompleto¹⁴. Além dos fatores inerentes à educação, o nível de escolaridade é essencial na análise das condições de saúde da população, uma vez que constitui importante preditor de morbidades, além do fato de que condições crônicas tendem a ser mais prevalentes no segmento da população de menor nível de escolaridade¹⁵.

Quanto à cor/raça, grande parte da amostra se declarou branco ou pardo/moreno, o que também difere dos dados gerais da população brasileira, onde mais da metade da população masculina se declarou parda ou preta¹⁶. Houve no presente estudo uma mudança significativa na proporção de pardos/morenos de 2006 para 2011, o que pode refletir uma mudança geral no perfil da amostra, que, por não se tratar de um painel, acabou selecionando indivíduos diferentes para a composição amostral nos dois anos estudados. Não foi observada associação entre cor/raça e condição de saúde autorreferida, entretanto, sabe-se que pode haver forte associação entre cor e morbidades, com maiores prevalências de doenças para os indivíduos autodeclarados pardos¹⁵.

Apesar de boa parte de a amostra relataram fazer uso de bebida alcoólica, em ambos os anos estudados, não foi observada associação estatisticamente significativa desta com a variável de desfecho, porém, para 2011, foi observada uma associação entre a frequência semanal de uso de álcool e condição de saúde autorreferida. Sabe-se que as Causas Externas aparecem como o principal componente do índice de mortalidade dentro da população masculina,

destacando-se, dentre estes, os acidentes, sobretudo os de transporte^{17,18}. Em cerca de 70% dos acidentes de trânsito violentos com mortes, o álcool é o principal responsável, contribuindo fortemente na etiologia e manutenção de vários problemas sociais, econômicos e de saúde enfrentados no país¹⁸.

Na população estudada observa-se uma tendência de diminuição de tabagistas, e na proporção de indivíduos que referiram o uso de 20 cigarros ou mais, acompanhando os dados do restante da população brasileira, não sendo, entretanto, uma mudança estatisticamente significativa¹⁹. O tabagismo é a principal causa de enfermidades e mortes evitáveis e incapacidades prematuras no mundo e, assim como no uso de bebida alcoólica, os homens também aparecem, com maior frequência que as mulheres, o que lhes acarreta maior vulnerabilidade a doenças relacionadas ao uso de cigarro. Tal cenário envolve questões bioquímicas, clínicas e sociais, sendo o consumo de cigarro considerado como uma doença transmissível pela publicidade, segundo a OMS, desde 1999²⁰. Assim, toda ação de controle do tabagismo deve focar além da dimensão individual, buscando abarcar questões sociais,

políticas e econômicas que contribuem para que tantas pessoas ainda consomem tabaco no mundo^{19,21}.

No presente estudo foi observado que a maioria dos indivíduos entrevistados, nos dois anos estudados, relataram praticar atividade física. Esta prática tem sido considerada um meio de preservar e melhorar a saúde, se mostrado benéfica na redução de diversos fatores de risco e na melhoria da qualidade de vida dos indivíduos e gerando economia de recursos financeiros com tratamentos médicos^{22,23}. Entretanto, não foram encontrados na literatura dados específicos sobre a população masculina, relacionando a prática de atividade física e autoavaliação positiva à saúde, apenas para a população brasileira como um todo²³. Mas em um estudo realizado por Barros e Nahas em 2001²⁴ a percepção negativa do estado de saúde apresentou-se associada à inatividade física, reforçando a ideia do impacto positivo desta prática sobre a percepção da saúde dos indivíduos. Assim, conhecer o perfil da atividade física dos indivíduos tem uma implicação importante na definição de políticas públicas que promovam ações de prevenção e promoção de saúde²⁵.

Com relação a classificação quanto ao IMC, foi observado discreto aumento entre os anos estudados, sobretudo na proporção dos indivíduos classificados como obesos. Alguns estudos^{26,27} reforçam sobre a magnitude do efeito do IMC sobre diabetes, hipertensão arterial sistêmica e dislipidemia, com riscos relativos podendo chegar a 2 ou mais, mesmo com base em morbidade autorreferida, enquanto Mokda et al, em (2003)²⁸, demonstrou risco cerca de duas vezes maior do indivíduo obeso avaliar sua saúde ruim ou regular. Assim, o aumento na prevalência de obesidade, associados a outros fatores de risco, demonstram-se como responsáveis por grande parcela dos gastos em saúde, uma vez que obesos apresentam pelo menos o dobro da chance de desenvolver agravos como diabetes, dislipidemia, hipertensão, doença coronariana, osteoartrite, dentre outros²⁹.

Sobre as morbidades referidas observou-se para os dois anos estudados, um índice considerável de hipertensão arterial auto

relatada. De acordo com o estudo realizado por Schmidt et al. (2009)³⁰, a prevalência padronizada de hipertensão arterial no Brasil é de 21,2%, e seu estudo encontrou um valor superior desta condição autorreferida, fixando-se em 21,6%, para o conjunto das capitais. Segundo o VIGITEL de 2020³¹, a

Entender como o homem avalia seu estado de saúde é imprescindível, uma vez que a autoavaliação negativa se traduz em risco relativo de morte quase duas vezes maior em relação aos que autoavaliam a saúde como excelente, sendo este um importante marcador de desigualdades

prevalência de hipertensão arterial no Brasil passou para 21,6%, exatamente o valor encontrado anteriormente por Schmidt et al. (2009)³⁰, sendo mais próximo do real que o estimado anteriormente. Para a população masculina, o autor demonstra uma prevalência inferior (18,4%) para o conjunto das capitais. Para a diabetes, notou-se um

aumento no relato, coadunando os dados do MS, que demonstram um aumento na população masculina, com incremento gradual no relato de diabetes ao longo dos anos no Brasil³¹.

As transições demográfica e epidemiológica determinaram um perfil de risco em que doenças crônicas assumiram ônus preocupante, constituindo sérios problemas de saúde pública em todo o mundo. A alta morbimortalidade associada a elas demanda estratégias de promoção da saúde e a detecção de grupos de risco para intervenções, sendo tais ações alvos de políticas e estratégias para seu controle no Brasil, possibilitando a integração de medidas preventivas na atenção básica à saúde^{4,18}.

No tocante a condição de saúde autorreferida, observou-se nos anos estudados, grande proporção de classificações boas de estados de saúde, reforçando a ideia de que os homens tendem a superestimar a saúde devido a componentes sociais históricos referentes a construção da subjetividade inerentes ao gênero. Os homens muitas vezes negam aspectos relacionados à vulnerabilidade, negando a existência de dor ou sofrimento para reforçar a ideia de vigor supostamente ligada ao gênero³². É fundamental que profissionais de saúde tenham um olhar diferenciado sobre esta população no uso do serviço uma vez que a concepção de gênero condiciona a percepção da realidade e reforçam atributos relacionados ao masculino, como a invulnerabilidade, baixos autocuidado e adesão às práticas de saúde, entre outros, potencializando desigualdades, invisibilizando necessidades e demandas dos homens e reforçando o estereótipo de que os serviços de saúde, sobretudo os de atenção primária, são espaços feminilizados³³.

Por fim, vale ressaltar que os serviços de saúde são considerados pouco aptos em absorver a demanda apresentada pelos homens, pois sua organização não estimula o acesso e as próprias campanhas de saúde pública não se voltam continuamente para este segmento. Aspecto importante também a ser considerado, é a divulgação dos serviços oferecidos, para que a comunidade de um modo geral tenha conheci-

mento e passe a utilizá-los adequadamente^{5,34}. Além disso, existe uma dificuldade de interação entre as necessidades de saúde da população masculina e a organização das práticas de saúde das unidades de atenção primária, como por exemplo, a questão do horário de funcionamento, que representa uma barreira, por não atender às demandas desta população ao coincidir com seus horários de trabalho³⁵.

CONCLUSÕES

As mudanças do perfil das populações e o entendimento dos fatores determinantes do gênero demandam uma nova compreensão e olhar sobre a saúde da população masculina, sendo analisá-la primordial para a garantia de um cuidado integral. Dentro dessa ótica, a análise de suas percepções e comportamentos, assumem papel central para a orientação das práticas e ações de saúde, assim como das políticas públicas.

No presente estudo, comparando-se 2006 e 2011, observou-se uma significativa mudança no perfil demográfico e no consumo alcoólico dos entrevistados. Quanto ao tabagismo, prática de atividade física e morbidades referidas, não foram encontra-

das mudanças relevantes para a definição de uma nova realidade entre os homens estudados. Quanto à saúde autorreferida, houve um aumento na classificação da saúde como excelente/muito boa. Pelos dados comparativos, não houve mudanças que pudessem indicar fortemente uma mudança no perfil geral dos homens entre os anos abordados, indicando, para este período, certa incipiência na Política Nacional de Saúde do Homem na região, requerendo maiores avanços com relação a sua implementação e manutenção.

Como limitações do estudo, pode-se citar o fato de algumas perguntas dos questionários serem passíveis de vieses de memória e a amostra não ser um painel, com a possibilidade de abordagem de diferentes amostras nos anos estudados. Outro ponto importante a ser considerado é que o VIGITEL não considera questões econômicas, o que poderia ser um importante fator na descrição das populações abordadas pelo programa. Apesar disso, o sistema constitui uma importante ferramenta para fornecer informações relevantes para tomadas de decisão em saúde pública.

Assim, conclui-se que a análise dos dados aponta imperiosamente para a necessi-

dade de compreender a saúde do homem, incluindo as dimensões biológica, psicossocial, ambiental e social. Os resultados do presente estudo apontam para dados comparativos da realidade da população masculina antes e logo após a implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem no Brasil, sendo fundamental a realização de novos estudos, buscando a identificação do panorama atual das condições de saúde desta população no país, e se houve, de fato, avanços significativos para a saúde integral desta população alvo. Assim, os resultados do presente estudo podem contribuir no planejamento e execução de outros trabalhos que envolvam a população masculina, sejam estudos de avaliação específica de algum fator associado ou de programas preventivos específicos. Espera-se também que os resultados sejam capazes de contribuir com as práticas e políticas de saúde com o intuito de se ampliar o atendimento e sobretudo a cobertura destes homens, considerando as particularidades do gênero e a necessidade de mudança tanto no enfoque em relação ao homem, quanto ao funcionamento dos serviços, a fim de priorizar esta parcela da população.

REFERÊNCIAS

1. Stockle V. Is Sex to Gender as Race is to Ethnicity?. "In": Del Valle T. Gendered Anthropology. 1993.
2. Vigitel Brasil 2006: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico. Ministério da Saúde. 2007; Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (Princípios e Diretrizes) [Internet]. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas; 2008 [cited 2011 Nov 10]. Available from: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/PT-09-CONS.pdf>
3. Keijzer, B. Hasta donde el cuerpo aguante: género, cuerpo y salud masculina. "In" Cáceres C, Cueto M, Ramos M, Vallas S. La salud como derecho ciudadano: perspectivas y propuestas desde América Latina. Universidad Peruana Cayetano Heredia. 2003;137-152.
4. Batista J. V. et al. Perfil epidemiológico da mortalidade masculina no Brasil, 2014-2018. Research Society and Development. 2021;10(5).
5. Cavalcanti J. R. D. et al. Assistência Integral a Saúde do Homem: necessidades, obstáculos e estratégias de enfrentamento. Esc Anna Nery, 2014;18(4):628 – 634
6. Desalvo K. B. et al. Mortality prediction with a single general self-rated health question: a meta-analysis. J Gen Intern Med. 2006;21(3):267-75.
7. Höfelmann D. A., Blank N. Auto-avaliação de saúde entre trabalhadores de uma indústria no sul do Brasil. Rev Saude Publica, 2007;41(5):777-787.
8. Barros M. B. Inquéritos domiciliares de saúde: potencialidades e desafios. Revista brasileira de epidemiologia. 2008; 11:6-19.
9. Rocha G. N., Araújo I. F., Nunes J. S. Saúde do Homem na Atenção Básica: Prevenção e Participação nos Programas. Id on Line Revista Multidisc. e de Psicologia. 2018; 12(42): 1-13.
10. Moura E. C., Gomes R., Pereira G.M. Percepções sobre a saúde dos homens: uma perspectiva relacional de gênero, Brasil, 2014. Ciência & Saúde Coletiva. 2017;22(1):291-300.
11. Brasil. Vigitel Brasil 2006: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico. Ministério

- da Saúde. 2007; Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (Princípios e Diretrizes) [Internet]. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas; 2008 [cited 2011 Nov 10]. Available from: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/PT-09-CONS.pdf>
12. Brasil. Vigitel Brasil 2011: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. 2012.
13. Oliveira A. S. Transição demográfica, transição epidemiológica e envelhecimento populacional no Brasil. *Hygeia Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde*. 2019;15(31):69-79.
14. IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010– Características gerais da população, religião e pessoa com deficiência. [Internet]; 2010. [cited 2013 Jan]. Available from: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=2170
15. Barros M. B., et al. Desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD/2003. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2006;11(4):911 – 926.
16. IBGE. Censo Demográfico: População residente, por cor ou raça, segundo o sexo, a situação do domicílio e os grupos de idade - Brasil – 2010. [Internet] 2010a. [cited 2013 Jan] Available from: ftp://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo_Demografico_2010/Caracteristicas_Gerais_Religiao_Deficiencia/tab1_2.pdf/.
17. OPAS. OMS revela principais causas de morte e incapacidade em todo o mundo entre 2000 e 2019. [Internet] 2020. [cited 2022 July 27]. Available from: <https://www.paho.org/pt/noticias/9-12-2020-oms-revela-principais-causas-morte-e-incapacidade-em-todo-mundo-entre-2000-e>
18. Ministério da Saúde. Posicionamento do Ministério da Saúde acerca da integralidade da saúde dos homens no contexto do Novembro Azul. Secretaria de Atenção à Saúde/Departamento de ações programáticas estratégicas. Nota Técnica. 2015; 13p.
19. INCA. Dados e números da prevalência do Tabagismo. [Internet]. 2022a. [cited 2022 July 27] Available from: <https://www.inca.gov.br/observatorio-da-politica-nacional-de-controle-do-tabaco/dados-e-numeros-prevalencia-tabagismo#:~:text=Este%20inqu%C3%A9rito%20é%20realizado%20nas%2026%20capitais%20brasileiras%20e%20no,6%2C7%25%20entre%20mulheres>
20. World Health Organization. Confronting the Tobacco Epidemic in an Era of Trade Liberalization. WHO, 2001b.
21. Barreto I. F. Tabaco: a construção de controle sobre seu consumo no Brasil. 2018;25(3):797-815.
22. INCA. Observatório da Política Nacional de Controle do Tabaco. [Internet] 2022b. [cited 2022 July 27] Available from: <https://www.inca.gov.br/observatorio-da-politica-nacional-de-controle-do-tabaco>
23. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. Guia de Atividade Física para a População Brasileira. 2021;54p
24. Barros M. B., Nahas M. V. Comportamentos de risco, auto-avaliação do nível de saúde e percepção de estresse entre trabalhadores da indústria. *Revista Saúde Pública*. 2001;35:554-563.
25. Baretta E., Baretta M., Peres K. G. Nível de atividade física e fatores associados em adultos no Município de Joaçaba, Santa Catarina, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 2007;23(7):1595-1602.
26. Gigante D.P. et al. Excesso de peso e obesidade. *Rev Saúde Pública*, 2009;43(2):83-9.
27. Rech A. C., Matsumoto H. M. Remissão de hipertensão arterial sistêmica, Diabetes mellitus tipo II e dislipidemia após cirurgia bariátrica: um estudo longitudinal. *Research, Society and Development*. 2021;10(12):1-6.
28. Mokidad A. H., et al. Prevalence of obesity, diabetes, and obesity-related health risk factors, 2001. *JAMA*. 2003; 289(1):76-79.
29. World Health Organization. Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases. Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation, WHO, 2002.
30. Schmidt M.I. et al. Diabetes e hipertensão no Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2009;43(2):74-82.
31. Vigitel Brasil 2020: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2020. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. 2021.
32. Machin R. et al. Concepções de gênero, masculinidade e cuidados em saúde: estudo com profissionais de saúde da atenção primária. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2011;16(11):4503-4512.
33. Pereira I. V. et al. Morbidade autorreferida por trabalhadores das equipes de saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2014;19(2):461-468.
34. SBMFC. Cartilha de Saúde dos Homens. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. 2019;38p.
35. Gomes R., Nascimento E. F., Araujo F. C. 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*. 2007;23(3):565-574.