

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA

ALANA MAIARA BRITO BIBIANO

FATORES ASSOCIADOS À UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE
SAÚDE PELOS HOMENS IDOSOS NO BRASIL

RECIFE

2017

ALANA MAIARA BRITO BIBIANO

FATORES ASSOCIADOS À UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE
SAÚDE PELOS HOMENS IDOSOS NO BRASIL

Dissertação apresentada ao
Programa de Pós-graduação em
Gerontologia do Centro de
Ciências da Saúde da Universidade
Federal de Pernambuco (UFPE)
para obtenção do título de Mestre
em Gerontologia.

Orientador: Dr. Rafael da Silveira
Moreira.

Co-orientadora: Dra. Vanessa de
Lima Silva.

RECIFE

2017

B581f Bibiano, Alana Maiara Brito.
Fatores associados à utilização dos serviços de saúde pelos homens idosos no Brasil / Alana Maiara Brito Bibiano. – Recife: o autor, 2017.
74 f.: il.; 30 cm.

Orientador: Rafael da Silveira Moreira.
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Gerontologia.
Inclui referências e anexos.

1. Serviço de saúde 2. Saúde do Idoso. 2. Saúde do homem. I. Moreira, Rafael da Silveira (Orientador). II. Título.

612.67 CDD (23.ed.) UFPE (CCS 2017-306)

ALANA MAIARA BRITO BIBIANO

FATORES ASSOCIADOS À UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE
PELOS HOMENS IDOSOS NO BRASIL

Dissertação submetida à defesa pública e
aprovada pela banca examinadora em 25
de setembro de 2017.

BANCA EXAMINADORA

Professor Doutor Rafael da Silveira Moreira
Orientador

Professora Doutora Márcia Carrera Campos Leal
Membro Titular Interno

Professor Doutor George Tadeu Nunes Diniz
Membro Titular Externo

Professora Doutora Ana Paula de Oliveira Marques
Membro Suplente Interno

Professor Doutor Carlos Feitosa Luna
Membro Suplente Externo

RECIFE

2017

Dedico esta dissertação aos meus pais por terem me dado à vida, pelo apoio e amor incondicional desde o nascimento até os dias de hoje.
Dedico também ao meu namorado por todo amor, incentivo e companheirismo nessa jornada.
Sem vocês eu não teria conseguido!!

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pelo dom da vida...

Aos meus pais Giceli e Ricardo por todo apoio e amor incondicional dado nessa trajetória...

Ao meu namorado João Felipe pelo amor, companheirismo e apoio desde o processo de seleção até a defesa...

À minha irmã e meu dindinho pelo amor e energias positivas...

À minha família por vibrar comigo em cada conquista...

À família Rocha Ribeiro por toda acolhida e apoio na morada em Recife, em especial a Sônia, Solange, Edmilson, Rosa, Tia Lúcia, Tia Maria e Tia Vera...

Ao meu orientador Rafael por todo apoio, dedicação e orientação dessa dissertação...

À minha co-orientadora Vanessa por toda ajuda e orientação dada, sobretudo na revisão sistemática...

À minha amiga Guanaany, por todo apoio e por construir uma parte desse trabalho comigo, a nossa revisão sistemática...

Aos meus amigos que sempre torceram e estiveram comigo nessa jornada...

Aos professores do Mestrado em Gerontologia por todo ensinamento e troca de saberes...

Aos colegas da PPGERO, em especial Suelane, Márcia, Rubenya, Helka, Janaína e Núbia pelos trabalhos em equipe apresentados, artigos e trocas de experiências...

A todos que sempre me incentivaram e estiveram comigo nessa caminhada...

Muito obrigada...

Essa vitória é NOSSA!!

“Educação não transforma o mundo.
Educação muda as pessoas.
Pessoas mudam o mundo.”

Paulo Freire

RESUMO

Introdução: Os idosos são grandes usuários dos serviços de saúde e vem ocorrendo um aumento no uso dos serviços por parte desse grupo populacional nos últimos anos. Estudos revelam que os homens idosos utilizam menos os serviços de saúde do que as mulheres, todavia, são pouco explorados nas pesquisas científicas, tornando necessária a investigação da influência dos diversos fatores no perfil de utilização dos serviços de saúde por esse público.

Objetivo: Analisar o perfil de utilização dos serviços de saúde pelos homens idosos brasileiros e os seus fatores associados. **Método:** Estudo do tipo seccional analítico, de base populacional, que utilizou o banco de dados secundários da Pesquisa Nacional de Saúde (2013) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, que versa sobre a saúde da população brasileira. Foram incluídos apenas os indivíduos idosos (60 anos ou mais de idade) do sexo masculino, totalizando 10.536 homens idosos. A variável dependente foi composta pelas questões da pesquisa referentes à Utilização dos Serviços de Saúde, que foram agrupadas e categorizadas por meio da Análise de Classes Latentes, um método estatístico que identifica distintos grupos, classes latentes, baseados nos padrões de respostas observadas em variáveis categóricas. As variáveis independentes foram os fatores de predisposição, capacitação e necessidade de saúde, organizados de acordo com o modelo teórico de Utilização dos Serviços de Saúde. Na estatística analítica foi pesquisada a presença de associação entre as variáveis independentes com a variável dependente por meio do teste de Rao-Scott utilizado em amostras complexas. O nível de significância foi de 5%. As medidas de efeito dos fatores em estudo sobre a variável dependente foram calculadas por modelos simples e múltiplos de regressão logística multinomial. **Resultados:** O uso dos serviços de saúde foi marcado pelo predomínio de consultas médicas esporádicas no último ano. Na análise hierárquica, observou-se, que os homens idosos do Norte, Nordeste e Centro-Oeste, os mais velhos, que não sabiam ler nem escrever e os que não tinham plano de saúde, assim como os que apresentaram diagnóstico de doença crônica, física ou mental, dificuldade para realizar Atividades Básicas e Instrumentais de Vida Diária e percepção muito ruim do estado de saúde estavam associados e tinham efeito de risco para usar os serviços de média e alta complexidade nas duas últimas semanas, internação no último ano ou se consultar ao médico de forma esporádica. **Conclusão:** O perfil de utilização dos serviços de saúde por esses indivíduos foi evidenciado por questões sociais desfavoráveis, e identificou-se que a atenção à saúde do homem idoso brasileiro está centrada na doença e na atenção curativa e reabilitadora, e não na promoção de saúde e prevenção de doenças. Nesse contexto, políticas e ações intra e intersetoriais devem estimular o contato do público idoso masculino com os serviços de saúde de forma mais precoce possível, principalmente na Atenção Básica, para reduzir as disparidades de gênero no cuidado à saúde.

Palavras-chave: Serviços de Saúde. Saúde do Idoso. Saúde do Homem.

ABSTRACT

Introduction: The elderly are great users of health services and there has been an increase in the use of services by this population group in recent years. Studies show that older men use health services less than women, however, are little explored in scientific research, making it necessary to investigate the influence of the various factors on the profile of the use of health services by this public. **Objective:** To analyze the profile of use of health services by Brazilian elderly men and their associated factors. **Method:** A population-based analytical cross-sectional study using the secondary database of the National Health Survey (2013) of the Brazilian Institute of Geography and Statistics, which deals with the health of the Brazilian population. Only the elderly (60 years old or more) male, totaling 10,536 elderly men, were included. The dependent variable was composed by the research questions related to the Use of Health Services, which were grouped and categorized through the Latent Class Analysis, a statistical method that identifies distinct groups, latent classes, based on the patterns of responses observed in categorical variables. The independent variables were the factors of predisposition, training and health need, organized according to the theoretical model of Use of Health Services. In the analytical statistic the presence of association between the independent variables and the dependent variable through the test was investigated of Rao-Scott used in complex samples. The level of significance was 5%. The measures of effect of the factors under study on the dependent variable were calculated by simple and multiple models of multinomial logistic regression. **Results:** The use of health services was marked by the prevalence of sporadic medical visits in the last year. In the hierarchical analysis, it was observed that the elderly men of the North, Northeast and Central West, the elderly, who did not know how to read or write and those who did not have a health plan, as well as those who had a diagnosis of chronic disease, physical or mental impairment, difficulty in performing Basic and Instrumental Activities of Daily Living and very poor perception of health status were associated and had a risk effect to use the services of medium and high complexity in the last two weeks, hospitalization in the last year or consult to the doctor sporadically. **Conclusion:** The profile of health services utilization by these individuals was evidenced by unfavorable social issues, and it was identified that the health care of Brazilian elderly men is centered on disease and curative and rehabilitative care, not health promotion and disease prevention. In this context, intra and intersectoral policies and actions should stimulate the contact of the elderly male public with health services at an earlier stage, especially in Primary Care, to reduce gender disparities in health care. **Key-words:** Health Services. Health of the Elderly. Men's Health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 -	Evolução da pirâmide etária brasileira 1950-2100.	20
Quadro 1 -	Descrição das questões referentes ao módulo de Utilização dos Serviços de Saúde da Pesquisa Nacional de Saúde.	30
Figura 1 -	Modelo da Análise de Classes Latentes com as questões da Pesquisa Nacional de Saúde que compuseram a variável latente de Utilização dos Serviços de Saúde pelos homens idosos brasileiros, 2017.	31
Quadro 2 -	Descrição das variáveis independentes referentes às questões da Pesquisa Nacional de Saúde sobre os fatores associados à Utilização dos Serviços de Saúde.	32
Figura 2 -	Modelo da Análise de Classes Latentes com as questões da Pesquisa Nacional de Saúde que compuseram a variável latente de nível de dificuldade para realizar Atividades Básicas e Instrumentais de Vida Diária pelos homens idosos brasileiros, 2017.	34
Figura 3 -	Modelo hierarquizado de análise da Utilização dos Serviços de Saúde pelos homens idosos brasileiros, 2017.	37

LISTA DE TABELAS

Tabela 1-	Resultados de adequação e ajuste de cada um dos modelos testados das classes latentes de Uso dos Serviços de Saúde, 2017.	39
Tabela 2 -	Classes Latentes identificadas no modelo de análise para representar o Uso dos Serviços de Saúde por homens idosos no Brasil, 2017.	40
Tabela 3 -	Discriminação entre as quatro classes geradas a partir dos padrões de resposta de maior frequência em cada classe latente, Brasil, 2017.	40
Tabela 4 -	Resultados de adequação e ajuste de cada um dos modelos testados das classes latentes de Atividades Básicas e Instrumentais de Vida Diária, 2017.	42
Tabela 5 -	Classes Latentes identificadas no modelo de análise para representar o nível de dificuldade para realizar Atividades Básicas e Instrumentais de Vida Diária por homens idosos no Brasil, 2017.	42
Tabela 6 -	Discriminação entre as duas classes geradas a partir dos padrões de resposta de maior frequência em cada classe latente, Brasil, 2017.	43
Tabela 7 -	Descrição das variáveis independentes relativas aos fatores de predisposição, capacitação e necessidade de saúde dos homens idosos brasileiros, 2017.	44

Tabela 8 - Análise descritiva e analítica do Uso dos Serviços de Saúde pelos homens idosos segundo blocos de variáveis analisadas, Brasil, 2017.	46
Tabela 9 - Valores de <i>odds ratio</i> bruta e do intervalo de confiança obtidos por análise simples para associação entre as variáveis apresentadas no modelo hierárquico e o Uso do Serviço de Saúde para consulta na atenção básica, 2017.	50
Tabela 10 - Valores de <i>odds ratio</i> ajustada e intervalos de confiança obtidos por análise de regressão logística multinominal para associação entre o Uso dos Serviços de Saúde em relação à consulta na atenção básica e os três blocos de variáveis analisadas, 2017.	53

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAS -	Amostragem Aleatória Simples
AB -	Atenção Básica
ABVD -	Atividades Básicas de Vida Diária
ACL -	Análise de Classes Latentes
AIC -	Critério de Informação de Akaike
AIVD -	Atividades Instrumentais de Vida Diária
BIC -	Critério de Informação Bayesiano
CNS -	Conselho Nacional de Saúde
DCNT -	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
IBGE -	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC -	Intervalo de Confiança
LMR -	Lo, Mendell, and Rubin
MEE -	Modelos de Equações Estruturais
OMS -	Organização Mundial de Saúde
OR -	Odds Ratio
PNAD -	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNS -	Pesquisa Nacional de Saúde
PSA -	Antígeno Prostático Específico
SABE -	Saúde, Bem-estar e Envelhecimento
SUS -	Sistema Único de Saúde
TCLE -	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFPE -	Universidade Federal de Pernambuco
UPA -	Unidades Primárias de Amostragem
VLMR -	Vuong, Lo, Mendell, Rubin
WHO -	World Health Organization

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	15
2	REFERENCIAL TEÓRICO.....	18
2.1	DEMOGRAFIA E EPIDEMIOLOGIA DO ENVELHECIMENTO.....	18
2.2	SAÚDE DO HOMEM IDOSO.....	22
2.3	UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE.....	24
2.4	PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE.....	26
3	OBJETIVOS.....	28
3.1	OBJETIVO GERAL.....	28
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	28
4	MÉTODO.....	29
4.1	DESENHO E LOCAL DE ESTUDO.....	29
4.2	POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	29
4.3	BANCO DE DADOS/ SOFTWARE.....	30
4.4	VARIÁVEIS.....	30
4.4.1	Variável dependente.....	30
4.4.2	Variáveis independentes.....	31
4.5	ANÁLISE DOS DADOS.....	34
4.5.1	Análise de classes latentes.....	34
4.5.2	Estatística descritiva e analítica.....	36
4.6	ASPECTOS ÉTICOS.....	38
5	RESULTADOS.....	39
5.1	UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE.....	39
5.2	ATIVIDADES BÁSICAS E INSTRUMENTAIS DE VIDA DIÁRIA.....	41

5.3	FATORES ASSOCIADOS AO USO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE.....	44
6.	DISCUSSÃO.....	55
7	CONCLUSÃO.....	62
	REFERÊNCIAS.....	63
	ANEXO A – PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	74
	ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DA PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE – 2013.....	75

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população é um fenômeno mundial, e no Brasil – a quinta maior população do mundo – a transição demográfica vem ocorrendo de forma mais acelerada. Populações mais envelhecidas apresentam maior prevalência de doenças crônicas e de incapacidades, levando ao aumento da demanda por atenção à saúde. Com isso, existe crescente interesse na análise do perfil e das desigualdades associadas ao uso de serviços de saúde por idosos (BOWEN; GONZÁLEZ, 2008; GONG et al, 2016; WANG et al, 2016).

O conceito de uso compreende todo contato direto ou indireto com os serviços de saúde, desde as consultas médicas e hospitalizações até a realização de exames preventivos e diagnósticos. É resultante da interação do comportamento do indivíduo que procura cuidados, geralmente responsável pelo primeiro contato com os serviços de saúde, e do profissional que o conduz dentro do sistema de saúde, que é responsável pelos contatos subsequentes, e, em grande parte, definem o tipo e a intensidade de recursos consumidos para resolver os problemas de saúde dos pacientes (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

O uso desigual dos serviços pode afetar a sociedade como um todo e a exclusão sistemática de alguns grupos populacionais pode levar ao surgimento e à disseminação de novas doenças. O estudo dos determinantes do uso de serviços de saúde é importante para identificar parcelas da população com pouco ou nenhum acesso, o que pode auxiliar na elaboração de políticas públicas de saúde (ROCKVILLE, 2012).

Alguns estudos revelam que os homens utilizam menos os serviços de saúde que as mulheres, em geral, devido às variações de necessidades entre os sexos e gêneros (PILGER et al., 2013; FERNANDES et al., 2009; TRAVASSOS et al., 2002), além de apresentarem mais condições crônicas de saúde e morrerem mais que elas pelas principais causas de morte (COURTENAY, 2000; LAURENTI, et al., 2005; LUCK et al., 2000).

No campo da produção do conhecimento sobre a saúde do homem, os estudos têm evoluído no sentido de dirimir as reduções acerca da saúde da população masculina em relação à feminina, refletir sobre as desigualdades em saúde e apontar a importância do olhar ampliado para as diferenças entre homens e mulheres, no que se refere ao perfil da morbimortalidade (COUTO; GOMES, 2012).

Algumas hipóteses explicativas para tais diferenças são: singularidades biológicas e genéticas entre os sexos; desigualdades de cunho social; diferenças sob a perspectiva de gênero; fragilidades na atenção profissional de saúde voltada aos homens; e a pouca procura e utilização dos serviços de saúde pelos homens (MCKINLAY, 2005). Essas hipóteses corroboram para a caracterização de um cenário de condições de saúde desfavoráveis aos homens.

Vale ressaltar, entretanto, que essa produção de conhecimento está centrada para população masculina entre 20 e 59 anos de idade (MOURA et al, 2017; ARRUDA et al, 2017; COUTO; GOMES, 2012; MCKINLAY, 2005), e a saúde dos homens com mais de 60 anos ainda é pouco explorada nas pesquisas científicas, tornando-se necessária a investigação dos diversos fatores epidemiológicos, socioeconômicos e culturais que influenciam na saúde e no perfil de utilização dos serviços por esse público.

No Brasil, algumas pesquisas já abordaram sobre a saúde da população brasileira, a saber: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) nos anos de 1998, 2003 e 2008, e em 2013, em convênio com o Ministério da Saúde, foi abordado por meio da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) do IBGE que contempla diversos assuntos relacionados especificamente à saúde da população do Brasil (BRASIL, 2014).

A PNS é um inquérito de saúde de âmbito nacional e possui três volumes que contemplam os seguintes temas: Volume 1 - Percepção de saúde, estilo de vida e doenças crônicas; Volume 2 - Acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violência; e no Volume 3 - Ciclos de vida. A coleta dessa pesquisa foi em 2013, com suas versões publicadas nos anos de 2014 (Volume 1) e 2015 (Volumes 2 e 3) (BRASIL, 2014; BRASIL, 2015a; BRASIL, 2015b). Destarte, por meio dos dados publicados da PNS do IBGE pode-se identificar o perfil de saúde, além dos principais fatores determinantes da utilização dos serviços de saúde pelos homens idosos do Brasil contemplados nos três volumes já disponibilizados.

A utilização dos serviços de saúde é um fenômeno não diretamente observado ou mensurado, porém a maioria dos estudos utiliza uma única variável para abordar o fenômeno (ARRUDA; MORCON, 2016; ARRUDA et al, 2017; CHIAVEGATTO FILHO et al, 2015) por meio de abordagens tradicionais de análises estatísticas, o que restringe a análise da

temática. Esta dissertação, por sua vez, investigou o uso dos serviços de saúde com os dados de diversas variáveis explicativas da PNS por meio do método estatístico de Análise de Classes Latentes (ACL), uma metodologia inovadora na área da saúde, que identificou distintas classes latentes baseados nos padrões de respostas de variáveis categóricas, para gerar, posteriormente, uma variável única de utilização dos serviços de saúde. Essa metodologia não foi encontrada em pesquisas anteriores sobre a temática.

Dessa forma, frente à escassez de estudos que abordem os aspectos relativos à utilização de serviços de saúde por homens idosos, torna-se importante investigar de forma mais específica a proporção em que esta população utiliza a rede de serviços e os fatores associados a esse comportamento. Esses achados permitirão a descrição do perfil do homem idoso que utiliza os serviços, contribuindo para o planejamento, elaboração e aperfeiçoamento de estratégias de cuidado e de políticas públicas.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 DEMOGRAFIA E EPIDEMIOLOGIA DO ENVELHECIMENTO

Nas últimas décadas a população mundial vem passando por um processo de envelhecimento. A maioria dos países do mundo tem experimentado uma elevação no número e na proporção de idosos e isso impacta em diversos setores, como previdência e assistência social, transportes, educação, consumo de bens e serviços, habitação, segurança pública, saúde e mercado de trabalho (BRASIL, 2017).

Considera-se idoso, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), o indivíduo com idade igual ou superior a 60 anos para países em desenvolvimento e 65 anos ou mais para países desenvolvidos (WHO, 1984). Ao longo da história, os principais determinantes do aumento no número de idosos na população mundial são: fecundidade, mortalidade, migração, guerras e epidemias (BRASIL, 2017).

No período que antecedeu a Revolução Industrial, a população mundial, em razão da baixa expectativa de vida e da alta taxa de mortalidade, experimentou invariavelmente o baixo crescimento, apesar da alta taxa de fecundidade à época. A partir dessa revolução e de seus desdobramentos, principalmente nos campos educacionais, científicos e tecnológicos, observou-se uma influência mais efetiva do desenvolvimento econômico sobre o crescimento populacional (BRASIL, 2017).

Na Inglaterra e demais sociedades precursoras do processo de industrialização, houve inicialmente queda da taxa de mortalidade, com destaque para a taxa de mortalidade infantil, proporcionando explosão demográfica. No decorrer do século XX, houve a redução da taxa de fecundidade, o que acarretou um baixo crescimento populacional, tendente à estabilidade ou mesmo ao crescimento negativo, como já se verifica em alguns países europeus e no Japão (BRASIL, 2017).

Segundo a *United Nations Population Division* (ONU, 2015), mudanças nas taxas de fecundidade e mortalidade estão relacionadas às transformações econômicas e sociais. A entidade aponta a redução da mortalidade infantil, a melhoria no acesso à educação e às oportunidades de emprego, o avanço na igualdade de gêneros, a evolução da saúde reprodutiva e a promoção do planejamento familiar como fatores que contribuíram para a

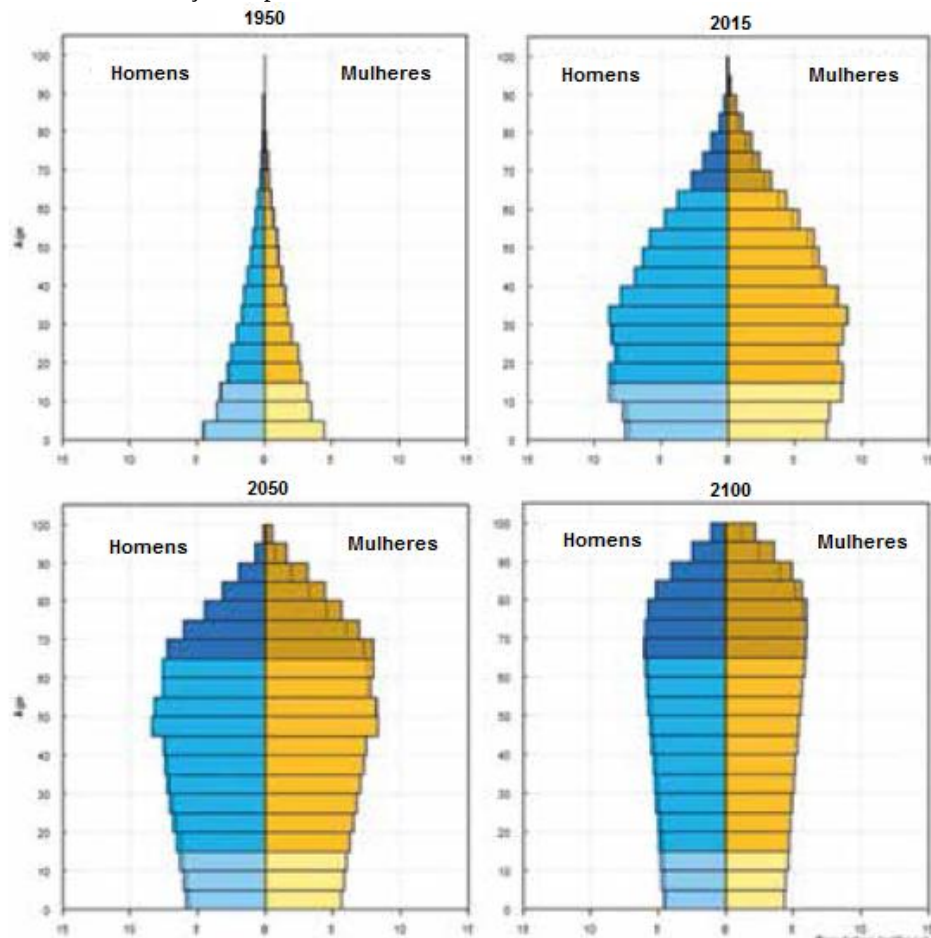
redução da taxa de fecundidade. Além disso, ocorreram avanços na saúde pública e nas tecnologias associadas à medicina, juntamente com melhoria das condições de moradia e saneamento básico, fazendo com que as pessoas vivam por mais tempo e mais saudáveis que antes, aumentando a expectativa de vida populacional.

Entre 2015 e 2030, o número de pessoas com mais de 60 anos deve crescer 56%, de 901 milhões para 1,4 bilhões, sendo que, por volta de 2050, a população global de idosos está projetada para mais que o dobro da de 2015, atingindo cerca de 2,1 bilhões. No que toca aos *oldest-old*, ou seja, pessoas com mais de 80 anos, a projeção mostra um crescimento ainda maior que os idosos em geral, alcançando 434 milhões em 2050, o que corresponde a mais que o triplo dos 125 milhões observados em 2015 (ONU, 2015).

Essa dinâmica de crescimento da população, chamada de transição demográfica, é um fenômeno que atinge praticamente todas as populações do mundo, inclusive as de países de industrialização tardia, como o Brasil, desde as últimas décadas do século passado. Esse crescimento, iniciado há mais de um século nas nações mais desenvolvidas, mostra-se atualmente mais vigoroso nas nações menos desenvolvidas, de modo que, nos próximos 15 anos, a América Latina e o Caribe têm projeção de aumento de 71% na população com mais de 60 anos, seguidos por Ásia, 66%, África, 64%, Oceania, 47%, América do Norte, 41%, e Europa, 23% (BRASIL, 2017).

De forma ilustrativa, o Gráfico 1 apresenta, por meio das pirâmides etárias, como o fenômeno vem ocorrendo no Brasil e quais as projeções para essa dinâmica populacional em 2050 e 2100.

Gráfico 1 - Evolução da pirâmide etária brasileira 1950-2100.



Fonte: United Nations, Population Division – World Population Prospects, The 2015 Revision.

Entre os anos de 1940 e 1960, o Brasil experimentou um significativo declínio da mortalidade, mantendo a fecundidade em níveis bastante elevados, o que gerou uma população jovem quase estável e com rápido crescimento. Ao final da década de 60, os níveis de fecundidade passaram a apresentar quedas substanciais, inicialmente nos grupos populacionais mais privilegiados e nas regiões mais desenvolvidas, estendendo-se rapidamente às demais regiões do país, desencadeando uma mudança na estrutura etária populacional, com um perfil de indivíduos cada vez mais envelhecidos. (CARVALHO, 2003).

O número de idosos no Brasil passou de três milhões, em 1960, para sete milhões, em 1975, e 20 milhões em 2008, representando um aumento de quase 700% em menos de 50 anos (VERAS, 2009), sendo uma tendência crescente com o passar dos anos. Vale destacar ainda que a taxa de fecundidade total passou de 6,28 filhos por mulher em 1960 para 1,90

filhos em 2010 — uma redução de cerca de 70%. No mesmo período, a expectativa de vida ao nascer aumentou 25 anos, chegando a 73,4 anos em 2010 (IBGE, 2012).

De acordo com o IBGE, no período de 2012 a 2022, a taxa de crescimento dos idosos no Brasil será de mais de 4% ao ano. A população com 60 anos ou mais de idade passou de 14,2 milhões, em 2000, devendo atingir 41,5 milhões, em 2030, e 73,5 milhões em 2060. Espera-se, para os próximos 10 anos, um incremento médio de mais de um milhão de idosos anualmente. Essa situação de envelhecimento populacional em números absolutos reforça o processo de transição demográfica, com a rápida e contínua queda da fecundidade no país, além de ser também influenciada pela queda da mortalidade em todas as idades (ERVATTI et al, 2015).

Com o processo de transição demográfica o perfil de saúde-doença da população se altera de modo radical. Em um país essencialmente jovem, as doenças são caracterizadas por eventos causados por moléstias infectocontagiosas; já o perfil de doenças em uma população idosa muda para um padrão de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) (NASRI, 2008), o que influencia no processo de transição epidemiológica paralela a transição demográfica. Em termos de saúde, o aumento na proporção de idosos se traduz em um maior número de problemas de longa duração, que com frequência dependem de intervenções custosas envolvendo tecnologia complexa para um cuidado adequado (KALACHE; VERAS; RAMOS, 1987).

Em 1930, quase a metade das mortes ocorridas foi causada por doenças infecciosas e parasitárias. Em 1980, tais doenças foram responsáveis por pouco mais que 10% das mortes, praticamente a mesma percentagem de mortes causadas por doenças respiratórias ou por câncer. O grupo integrado por doenças cardiovasculares passou a primeiro lugar, tendo sido responsável por um terço das mortes no Brasil em 1980. Dessa forma, as doenças crônicas, comuns das idades mais avançadas, tornaram-se progressivamente mais prevalentes (KALACHE; VERAS; RAMOS, 1987).

Tanto nos países desenvolvidos, como nos países em desenvolvimento, as doenças e condições crônicas não transmissíveis são significativas, podendo causar incapacidade e reduzir a qualidade de vida da população idosa (MIRANDA, 2014). Em relação aos países em desenvolvimento, como o Brasil, segundo a OMS (2002), até o ano de 2020, as condições crônicas serão responsáveis por 60% da carga global de doença.

Um exemplo disso está em um estudo desenvolvido com 2143 indivíduos com 60 anos ou mais residentes na área urbana de São Paulo, Brasil, que foi realizado para coletar informações sobre as condições de vida de idosos e encontrou que as principais doenças ou condições de saúde relatadas foram: hipertensão arterial (53,3%), artrite, artrose ou reumatismo (31,7%), problema cardíaco (19,5%), diabetes (17,9%), osteoporose (14,2%), doença crônica pulmonar (12,2%), embolia ou derrame (7,2%), entre outras. Além disso, 28,6% dos idosos referiram algum tipo de queda, 19,2% apresentaram alguma limitação para realização de Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD) e 26,5% tinham alguma dificuldade para realizar Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) (LEBRÃO; LAURENTI, 2005).

Diante desse quadro, a longevidade propicia a vivência de uma situação ambígua: que é o desejo de viver cada vez mais e, ao mesmo tempo, o temor de viver em meio à incapacidade e à dependência funcional (CAMPOLINA; DINI; CICONELLI, 2011). A velocidade desse processo de transição demográfica e epidemiológica vivido nas últimas décadas traz uma série de questões cruciais para gestores e pesquisadores dos sistemas de saúde, com repercussões para a sociedade como um todo, especialmente num contexto de marcante desigualdade social, pobreza e fragilidade das instituições (VERAS, 2009).

Com isso, ocorre o aumento de gastos na saúde devido às doenças crônicas, o que demanda a urgência de mudanças e inovações nos paradigmas de atenção à saúde do idoso que exige estruturas criativas, com oferecimento de ações diferenciadas a fim de que o sistema se torne ativo e a população possa usufruir por completo os anos proporcionados pelo avanço da ciência (SILVA; BARBOSA, 2010). Isso também é um alerta para o fato de que quanto mais idosos, mais esses indivíduos precisarão de políticas públicas que permitam um envelhecimento saudável, ou seja, que garanta qualidade de vida aos idosos (FALLER et al., 2010).

2.2 SAÚDE DO HOMEM IDOSO

O envelhecimento natural ou senescência é o processo de diminuição progressiva da reserva funcional dos indivíduos que, em condições normais, preserva as funções cognitivas, pessoais e de relação social. A senilidade, por sua vez, caracteriza-se como um processo

patológico do envelhecimento humano (SMANIOTO, 2011). Esses processos podem resultar em diminuição no desempenho das capacidades físicas, que, muitas vezes, causam alterações progressivas e irreversíveis nos parâmetros morfológicos, biológicos e funcionais (MAZO; BENEDETTI; SACOMORI, 2011).

As diferenças biológicas determinam alguma distinção de saúde entre mulheres e homens, como a prevalência de doenças em cada grupo, porém as questões de natureza política, social e econômica que são desiguais entre os gêneros também trazem disparidades em saúde (MARQUES, 2010). Enquanto a obesidade, o stress, a infelicidade e as pressões ligadas aos papéis sociais exercidos pelas mulheres são apresentadas como fatores que aumentam os riscos de doenças nesse grupo, entre os homens há maior ocorrência de fumo, ingestão de álcool e desvantagens em situações relacionadas ao trabalho, acarretando aumento de riscos de problemas em longo prazo (PINHEIRO, et al., 2002).

Alguns estudos revelam que os homens, em geral, padecem mais de condições severas e crônicas de saúde do que as mulheres e também morrem mais do que elas pelas principais causas de morte (COURTENAY, 2000; LAURENTI, et al., 2005; LUCK et al., 2000). Todavia, apesar de as taxas masculinas assumirem um peso significativo nos perfis de morbimortalidade, observa-se que a presença de homens nos serviços de atenção primária à saúde é menor do que a das mulheres (FIGUEIREDO, 2005; PINHEIRO, et al., 2002).

Esse perfil está condicionado à utilização menos frequente dos serviços de saúde pelos homens, prática historicamente ancorada em uma construção sociocultural de gênero que produz representações capazes de afastar os homens do cuidado e dificultar o reconhecimento de fatores associados às práticas masculinas em saúde (GOMES et al, 2007).

Um dos motivos que podem justificar a baixa frequência dos homens nos serviços de saúde é a pouca estruturação no atendimento e assistência às demandas específicas do gênero masculino, o que pode ampliar as suas dificuldades na busca pela assistência à saúde, bem como contribui para um menor empenho dos mesmos em manter hábitos de vida saudáveis e adesão a tratamentos nas situações de risco. Essa particularidade reflete uma noção de invulnerabilidade, levando-os a buscar serviços de emergência e de atenção especializada em maior proporção, e até mesmo a adoção de poucas práticas preventivas (COUTO E COL., 2010; COSTA-JÚNIOR E MAIA, 2009; NASCIMENTO E GIANORDOLI-NASCIMENTO, 2011).

Vale ressaltar que o direcionamento da atenção primária para o atendimento às mulheres e às crianças tornam esses ambientes de saúde feminilizados, reprimindo ainda mais a procura dos homens pelos cuidados em saúde ao provocar neles uma sensação de não pertencimento (FIGUEIREDO E SCHRAIBER, 2011). Dessa forma, as instituições reproduzem e reforçam as divisões de gênero socialmente construídas, e essas condutas, embora comuns, levam a uma desigualdade na assistência à saúde e inviabilizam o alcance do princípio da integralidade do cuidado (BOURDIEU, 2012; MACHIN et al., 2011).

No Brasil, devido à complexidade de se trabalhar o cuidado em saúde relacionado ao público masculino, foi criada em 2009 a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, admitindo que o sistema de saúde não tenha priorizado os homens e buscando a mudança do paradigma da invulnerabilidade masculina que faz com que o homem evite o contato com os serviços de saúde. No entanto, essa política não discute as questões relativas ao envelhecimento do homem, uma vez que só é destinada ao público de 25 a 59 anos, pois considera que a política de atenção aos idosos é capaz de compreender a complexidade dessa fase da vida, explicitando a invisibilidade das especificidades de gênero na velhice no desenho das políticas públicas (BRASIL, 2009; DANIEL; SIMÕES; MONTEIRO, 2012).

Esse cenário representa uma lacuna na produção de conhecimento sobre a saúde do homem idoso e evidencia que a pluralidade dos homens assim como suas necessidades de saúde merece atenção especial, por isso é importante reconhecer como eles expressam tais necessidades e como estão sendo absorvidas pelos sistemas de cuidado em saúde (COELHO, 2014).

2.3 UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

O grupo de idosos representa um contingente populacional expressivo em termos absolutos e de crescente importância relativa no conjunto da sociedade brasileira, o que implica uma série de novas exigências e demandas em termos de políticas públicas de saúde e inserção ativa dos idosos na vida social (IBGE, 2014).

Como resultado dos processos de transição demográfica e epidemiológica nos últimos anos, observa-se maior procura e uso dos serviços de saúde por parte dos idosos, em consequência das maiores cargas de doenças crônicas e das incapacidades. As internações

hospitalares se tornam mais frequentes e o tempo de ocupação do leito é maior quando comparado a outras faixas etárias (VERAS, 2009). O padrão geral de utilização dos serviços de saúde é marcado pelo maior uso tanto no primeiro ano de vida como nos idosos, etapas da vida de maior vulnerabilidade biológica (TRAVASSOS; VIACAVA, 2007).

A utilização dos serviços de saúde configura-se em um complexo comportamento, dotado de determinação multifacetada, segundo diferenças de localidade, socioeconômicas, perfis de morbidade, qualidade de vida, conhecimento sobre saúde, entre outros (FERNANDES et al, 2009).

Os determinantes da utilização dos serviços podem ser descritos como aqueles fatores relacionados: às necessidades de saúde dos usuários (morbidade, gravidade e urgência da doença) e às características dos usuários (demográficas - idade e sexo, geográficas - região, socioeconômica - renda e educação, culturais - religião, e psíquicas) (PINEAULT, 1986).

Outros fatores também podem determinar o uso dos serviços como: as características dos prestadores de serviços (demográficas, tempo de graduação, especialidade, características psíquicas, experiência profissional, tipo de prática, forma de pagamento); a organização dos recursos de saúde disponíveis (características da oferta, disponibilidade de médicos, hospitais e ambulatorios, modo de remuneração, acesso geográfico e social); e a política de saúde (tipo de sistema de saúde, financiamento, tipo de seguro de saúde, quantidade e tipo de distribuição dos recursos, legislação e regulamentação do profissional e do sistema de saúde) (PINEAULT, 1986).

A influência de cada um dos fatores determinantes do uso dos serviços de saúde varia em função do tipo de serviço (ambulatorio, hospital ou assistência domiciliar) e da proposta assistencial ofertada (cuidados preventivos, curativos ou de reabilitação) (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

O modelo teórico clássico de Utilização de Serviços é o Andersen e Newman (1973), que aborda o uso dos serviços de saúde como dependente de determinantes individuais agrupados aos fatores de predisposição, capacitação e de necessidade, em que os fatores predisponentes influenciam os capacitantes, e as necessidades representam o determinante mais proximal da utilização dos serviços de saúde (ANDERSEN, 1995; PHILLIPS et al. 1998).

Os fatores de necessidade estão relacionados às percepções subjetivas das pessoas e ao estado de saúde. Os fatores de capacitação se referem à capacidade de um indivíduo procurar e receber serviços de saúde, diretamente vinculados às condições econômicas e à oferta de serviços: renda, planos de saúde, suporte familiar, disponibilidade, proximidade e quantidade de serviços ofertados. Já os fatores de predisposição referem-se às características individuais que podem aumentar a chance de uso de serviços de saúde como, por exemplo, as variáveis sociodemográficas e familiares: idade, sexo, nível de escolaridade e raça (ANDERSEN, 1995; PHILLIPS et al. 1998).

No que se refere ao sexo, os grupos de homens que utilizam os serviços de saúde não são homogêneos e, por isso, recomendações internacionais apontam para a necessidade de realização de estudos que demonstrem essas diferenças nos perfis, de modo a subsidiar abordagens alternativas à saúde dos homens (PILGER et al, 2013).

Nesse contexto, informações sobre as condições de saúde, padrões de uso e demandas por serviços são fundamentais para orientar políticas de saúde voltadas para população idosa masculina, e estudos epidemiológicos com base populacional, que estudam indivíduos residentes na comunidade, fornecem esse tipo de informação (LIMA-COSTA et al., 2002). Ademais, a organização do sistema para uma eficiente atenção à população idosa afigura-se como um dos principais desafios que o setor saúde tem que enfrentar o mais precocemente possível (VERAS, 2009).

2.4 PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE

O IBGE estuda o tema “Saúde” das populações brasileiras desde os suplementos de saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) em 1998, com publicações no intervalo de tempo de cinco anos, resultando em mais dois exemplares em 2003 e 2008. Em convênio com o Ministério da Saúde o IBGE realizou, em 2013, a primeira coleta da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), a qual amplia, consideravelmente, o conhecimento sobre as características de saúde da população brasileira (BRASIL, 2014).

Com a PNS, instâncias executivas e legislativas, profissionais, pesquisadores, Conselhos de Saúde e demais agentes interessados no setor saúde, passam a contar com um amplo conjunto de informações para ajudar na formulação, acompanhamento e avaliação das

políticas públicas, no âmbito da promoção, vigilância e atenção à saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). Com desenho próprio, a PNS foi planejada para a estimativa de vários indicadores com a precisão desejada e para assegurar a continuidade no monitoramento da grande maioria dos indicadores do Suplemento Saúde da PNAD (BRASIL, 2014).

Essa pesquisa conta com informações fundamentadas em três eixos principais: o desempenho do sistema nacional de saúde; as condições de saúde da população brasileira; e a vigilância das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e fatores de risco associados (MALTA et al., 2008). Adicionalmente, tendo em vista as evidências que indicam que os fatores sociais constituem elementos centrais na determinação do padrão de morbimortalidade, na adoção dos comportamentos saudáveis e na distribuição dos serviços e recursos de saúde (BARROS, M. et al., 2011; TRAVASSOS; CASTRO, 2008), os aspectos relacionados à equidade mereceram particular consideração na pesquisa.

No que tange à avaliação do desempenho do sistema de saúde, a PNS incluiu os módulos de acesso e utilização dos serviços de saúde, e o de cobertura de plano de saúde do Suplemento Saúde da PNAD na sua íntegra, com pequenas atualizações, de modo a possibilitar o acompanhamento da série quinquenal de indicadores de saúde de utilidade já consagrada. Para descrever aspectos relacionados às condições de saúde da população brasileira, a PNS abordou a percepção individual da saúde em várias dimensões (BRASIL, 2014).

As questões relacionadas às DCNT também foram incluídas na PNS devido a grande transição epidemiológica, com o aumento da prevalência das DCNT, e nas duas últimas décadas, o Ministério da Saúde tem dirigido esforços a desenvolver um sistema de vigilância específico para essas doenças, de modo a se apropriar da sua magnitude e dos fatores de risco associados, bem como acompanhar as tendências socioespaciais ao longo do tempo (BRASIL, 2014).

Dessa forma, a PNS instituiu três volumes sobre as temáticas supracitadas, a saber: Volume 1 - Percepção de saúde, estilo de vida e doenças crônicas; Volume 2 - Acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violência; e no Volume 3 – Ciclos de vida, disponibilizados nos anos de 2014 e 2015 (BRASIL, 2014; BRASIL, 2015a; BRASIL, 2015b).

3 OBJETIVO

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o perfil de utilização dos serviços de saúde pelos homens idosos no Brasil e os seus fatores associados.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) caracterizar o perfil demográfico, socioeconômico, de comorbidades, percepção de saúde, funcionalidade, rede social de apoio e cobertura de plano de saúde dos homens idosos brasileiros (fatores de predisposição, capacitação e de necessidade em saúde);
- b) identificar o perfil de utilização dos serviços de saúde da população estudada e;
- c) analisar a associação e efeito entre a utilização dos serviços de saúde dos homens idosos brasileiros e os fatores de predisposição, capacitação e de necessidade estudados.

4 MÉTODO

4.1 DESENHO E LOCAL DE ESTUDO

Este estudo é do tipo seccional analítico, de base populacional do Brasil.

4.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Esta dissertação utilizou o banco de dados secundários da PNS do IBGE, 2013, a qual aborda a saúde da população do Brasil nos três volumes publicados (BRASIL, 2014; BRASIL, 2015a; BRASIL, 2015b). Foram incluídos neste estudo os indivíduos idosos (60 anos ou mais de idade) do sexo masculino selecionados pelo processo de amostragem da PNS-IBGE. Foram excluídos, apenas, os homens idosos que apresentaram informações faltantes no banco de dados.

A PNS é domiciliar e o plano amostral empregado foi amostragem conglomerada em três estágios, com estratificação das Unidades Primárias de Amostragem (UPAs). Os setores censitários ou conjunto de setores formam as UPAs, os domicílios formaram as unidades de segundo estágio e os moradores com 18 anos ou mais de idade definiram as unidades de terceiro estágio, para responder a entrevista da pesquisa. A seleção de cada um dos três estágios foi feita por Amostragem Aleatória Simples (AAS). Detalhes do desenho e do processo de seleção amostral podem ser consultados nos relatórios da PNS (FREITAS et al. 2007; BRASIL, 2014; BRASIL, 2015a; BRASIL, 2015b).

Ao todo foram visitados 60.202 domicílios no Brasil com entrevistas realizadas em indivíduos com 18 anos ou mais de idade. Um total de 205.546 indivíduos respondeu a pesquisa, sendo que 23.815 eram idosos, e destes, 10.541 eram do sexo masculino. Haja vista o desenho complexo de amostragem foram utilizados os pesos e os estratos necessários para a correta precisão das estimativas.

4.3 BANCO DE DADOS/ SOFTWARE

O banco de dados da PNS-IBGE é de domínio público e está disponível no site do IBGE (<http://www.ibge.gov.br>). Os programas estatísticos utilizados foram IBM SPSS Statistics, versão 20, 2011 para análise dos dados, e Mplus 7.31 para instituir as classes latentes na Análise de Classes Latentes (ACL).

4.4 VARIÁVEIS

4.4.1 Variável dependente

A variável dependente deste estudo corresponde ao perfil de serviço de saúde utilizado pelos homens idosos, e foi composta por dez questões da PNS referentes à utilização dos serviços de saúde (Quadro 1). Essas questões foram agrupadas e categorizadas por meio da ACL, e foram apresentadas, após análise, em uma única variável de uso de serviços de saúde que representa uma variedade de fenômenos para explicar o desfecho (Figura 1).

Quadro 1 - Descrição das questões referentes ao módulo de Utilização dos Serviços de Saúde da Pesquisa Nacional de Saúde.

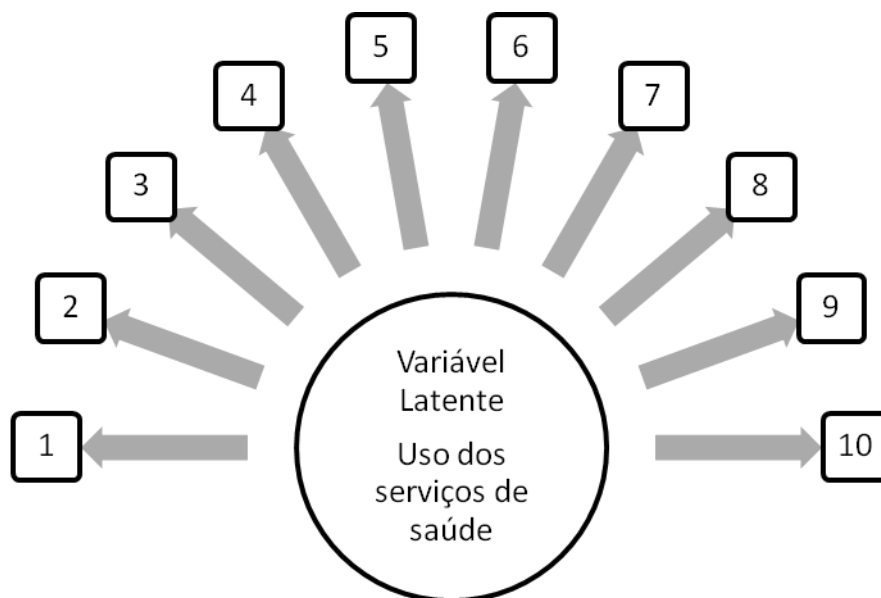
Variável – Questão da PNS	Categoria
Costuma procurar o mesmo lugar, mesmo médico ou mesmo serviço de saúde quando precisa de atendimento de saúde?	Sim
	Não
Quando consultou um médico pela última vez?	Nos doze últimos meses
	De 1 ano a menos de 2 anos
	De 2 anos a menos de 3 anos
	3 anos ou mais
	Nunca foi ao médico
Quando consultou um dentista pela última vez?	Nos doze últimos meses
	De 1 ano a menos de 2 anos
	De 2 anos a menos de 3 anos
	3 anos ou mais
	Nunca foi ao dentista
Nas duas últimas semanas, procurou algum lugar, serviço ou profissional de saúde para atendimento relacionado à própria saúde?	Sim
	Não
Qual foi o motivo principal pelo qual procurou atendimento relacionado à saúde nas duas últimas semanas?	Acidente ou lesão - doença - problema odontológico
	Reabilitação ou terapia - continuação de tratamento - exame complementar de diagnóstico
	Vacinação - outro atendimento preventivo - solicitação de atestado de saúde
	Outro
Onde procurou o primeiro atendimento de saúde por este	Farmácia - outro serviço

motivo nas duas últimas semanas?	Serviço Público - atenção primária
	Serviço Público - atenção secundária e terciária
	Serviço Privado
Nos últimos 12 meses, ficou internado em hospital por 24 horas ou mais?	Sim
	Não
Qual foi o principal atendimento de saúde que recebeu quando esteve internado (pela última vez) nos doze últimos meses?	Tratamento clínico
	Tratamento psiquiátrico
	Cirurgia
	Exames complementares de diagnóstico
	Outro
O estabelecimento de saúde em que esteve internado pela última vez nos últimos 12 meses era:	Público
	Privado
	Não sabe
Nos últimos 12 meses, teve atendimento de emergência no domicílio?	Sim
	Não

Legenda: PNS – Pesquisa Nacional de Saúde.

Fonte: Elaborado pela autora.

Figura 1 - Modelo da Análise de Classes Latentes com as questões da Pesquisa Nacional de Saúde que compuseram a variável latente de Utilização dos Serviços de Saúde pelos homens idosos brasileiros, 2017.



Fonte: Elaborado pela autora.

4.4.2 Variáveis independentes

As variáveis independentes foram as questões da PNS referentes aos fatores de necessidade, capacitação e predisposição de saúde dos homens idosos, organizadas de acordo

com o modelo teórico clássico de Utilização dos Serviços de Saúde proposto por Andersen e Newman (1973) (Quadro 2).

Quadro 2 - Descrição das variáveis independentes referentes às questões da Pesquisa Nacional de Saúde sobre os fatores associados à Utilização dos Serviços de Saúde.

Fator associado investigado	Variável – Questão da PNS	Categoria
Fatores de Necessidade	Algum médico deu o diagnóstico de alguma doença crônica, física ou mental, ou doença de longa duração (de mais de 6 meses de duração)?	Sim
		Não
	Em geral, que grau de dificuldade tem para comer sozinho com um prato colocado à sua frente, incluindo segurar um garfo, cortar alimentos e beber em um copo?	Não consegue
		Tem grande dificuldade
		Tem pequena dificuldade
		Não tem dificuldade
	Em geral, que grau de dificuldade tem para tomar banho sozinho incluindo entrar e sair do chuveiro ou banheira?	Não consegue
		Tem grande dificuldade
		Tem pequena dificuldade
		Não tem dificuldade
	Em geral, que grau de dificuldade tem para ir ao banheiro sozinho incluindo sentar e levantar do vaso sanitário?	Não consegue
		Tem grande dificuldade
		Tem pequena dificuldade
		Não tem dificuldade
	Em geral, que grau de dificuldade tem para se vestir sozinho, incluindo calçar meias e sapatos, fechar o zíper, e fechar e abrir botões?	Não consegue
		Tem grande dificuldade
		Tem pequena dificuldade
		Não tem dificuldade
	Em geral, que grau de dificuldade tem para andar em casa sozinho de um cômodo a outro da casa, em um mesmo andar, como do quarto para a sala e cozinha?	Não consegue
		Tem grande dificuldade
		Tem pequena dificuldade
		Não tem dificuldade
	Em geral, que grau de dificuldade tem para deitar ou levantar da cama sozinho?	Não consegue
		Tem grande dificuldade
		Tem pequena dificuldade
		Não tem dificuldade
	Em geral, que grau de dificuldade tem para sentar ou levantar da cadeira sozinho?	Não consegue
		Tem grande dificuldade
		Tem pequena dificuldade
		Não tem dificuldade
	Em geral, que grau de dificuldade tem para fazer compras sozinho, por exemplo: alimentos, roupas ou medicamentos?	Não consegue
		Tem grande dificuldade
		Tem pequena dificuldade
		Não tem dificuldade
	Em geral, que grau de dificuldade tem para administrar as finanças sozinho (cuidar do seu próprio dinheiro)?	Não consegue
		Tem grande dificuldade
		Tem pequena dificuldade
		Não tem dificuldade
	Em geral, que grau de dificuldade tem para tomar o remédio sozinho?	Não consegue
		Tem grande dificuldade
		Tem pequena dificuldade
		Não tem dificuldade
	Em geral, que grau de dificuldade tem para ir ao médico sozinho?	Não faz uso de medicamentos
		Não consegue
		Tem grande dificuldade
		Tem pequena dificuldade
	Em geral, que grau de dificuldade tem para sair sozinho	Não tem dificuldade
		Não consegue
		Tem grande dificuldade
		Tem pequena dificuldade

	utilizando um transporte como ônibus, metrô, táxi, carro, etc.?	Tem grande dificuldade
		Tem pequena dificuldade
		Não tem dificuldade
	Nos últimos 12 meses, teve alguma queda que o levou a procurar o serviço de saúde?	Sim
		Não
	De um modo geral, como é o seu estado de saúde?	Muito bom
		Bom
		Regular
		Ruim
		Muito ruim
Fatores de Capacidade	Tem algum plano de saúde, médico ou odontológico, particular, de empresa ou órgão público?	Sim
		Não
	Há quanto tempo sem interrupção possui esse plano de saúde?	Até 6 meses
		Mais de 6 meses até 1 ano
		Mais de 1 ano até 2 anos
		Mais de 2 anos
	Como considera este plano de saúde:	Muito bom
		Bom
		Regular
		Ruim
		Muito ruim
		Nunca usou o plano de saúde
	Participa de atividades sociais organizadas (clubes, grupos comunitários ou religiosos, centros de convivência de idosos, etc.)?	Sim
Não		
Fatores de Predisposição	Região do país	Norte
		Nordeste
		Sudeste
		Sul
		Centro-oeste
	Condição no domicílio	Pessoa responsável pelo domicílio
		Pessoa não responsável pelo domicílio
	Idade	Acima da mediana
		Abaixo da mediana
	Cor ou raça	Branco
		Preto
		Amarelo – Indígena
		Pardo
	Estado Civil	Casado
		Separado ou desquitado judicialmente
		Divorciado
		Viúvo
		Solteiro
	Sabe ler e escrever?	Sim
		Não

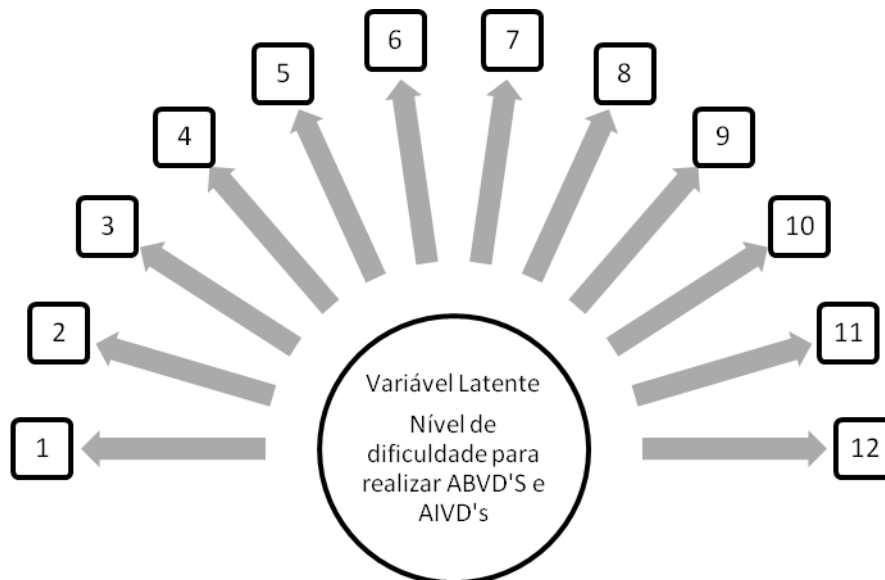
Legenda: PNS – Pesquisa Nacional de Saúde.

Fonte: Elaborado pela autora.

Com relação às variáveis referentes às Atividades Básicas e Instrumentais de Vida Diária (ABVD's e AIVD's) existem alguns instrumentos validados (ARAÚJO et al, 2007; ARAÚJO et al, 2008; DUARTE, et al, 2007) que avaliam essas atividades, porém nem todas

as questões utilizadas nessas escalas foram utilizadas na PNS, como por exemplo, a continência urinária e fecal e a dificuldade ou não para utilizar o telefone. Dessa forma, o conjunto de questões que avaliaram as ABVD's e AIVD's não pôde ser agrupado conforme os instrumentos já validados. Com isso, as doze variáveis referentes aos graus de dificuldade para realizar as ABVD's e AIVD's da PNS também foram estudadas por meio do método estatístico de ACL para analisar as variáveis, agrupar os dados segundo as respostas semelhantes e formar uma variável única de nível de dificuldade para realizar ABVD's e AIVD's (Figura 2).

Figura 2 - Modelo da Análise de Classes Latentes com as questões da Pesquisa Nacional de Saúde que compuseram a variável latente de nível de dificuldade para realizar Atividades Básicas e Instrumentais de Vida Diária pelos homens idosos brasileiros, 2017.



Legenda: ABVD'S Atividades Básicas de Vida Diária; AIVD's Atividades Instrumentais de Vida Diária.
Fonte: Elaborado pela autora.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

4.5.1 Análise de classes latentes

Considerando que o uso dos serviços é um fenômeno não diretamente observado ou mensurado, mas que possui variáveis explicativas que podem ser mensuradas por meio de duas ou mais variáveis observadas, optou-se pelo método estatístico de Análise de Classes

Latentes (ACL) que identifica distintos grupos mutuamente exclusivos (classes latentes) baseados nos padrões de respostas de variáveis categóricas (MASTELLA, 2015).

A ACL faz parte dos Modelos de Equações Estruturais (MEE), uma família de procedimentos estatísticos (KLINE, 2011) que envolvem estrutura de correlações das variáveis e mecanismos complexos que trabalham com classes latentes, quantificação de variáveis, teste de modelo teórico, além de fornecer mecanismos que postulam relações explicativas particulares e entre construtos (DINIZ, 2016).

Trata-se de uma abordagem estatística que trabalha dados heterogêneos nos quais os indivíduos são classificados no grupo pelas características semelhantes. Assume-se que os indivíduos vêm de uma mesma população e que a trajetória pode ser extrapolada para uma população inteira, assim como as covariáveis que afetam a trajetória irão influenciar cada indivíduo da mesma forma (JUNG; WICKRAMA, 2008).

As trajetórias ou classes latentes têm como objetivo estimar o tamanho e o número de classes latentes, a probabilidade da resposta de cada indivíduo – dado que ele pertence a uma determinada classe – e atribuir associação da classe latente para indivíduos na população (DUCAN et al., 2011).

Para avaliar o modelo de classes latentes e identificar a quantidade de classes que melhor definem o objeto de estudo, alguns critérios estatísticos devem ser considerados. O primeiro é a entropia, a probabilidade de o indivíduo estar perfeitamente classificado em uma determinada classe latente, cujas medidas podem variar entre 0 e 1, sendo que quanto mais próximo de 1 o valor estiver, mais adequado estará o modelo, indicando uma boa classificação do indivíduo na classe (COVER; THOMAS, 2006).

Outros critérios que devem ser considerados são o Critério de Informação Akaike (AIC), Critério de Informação Bayesiano (BIC) e BIC ajustado, utilizados para avaliar os ajustes do modelo. Na análise, quanto menor o valor de AIC, BIC e BIC ajustado, mais adequado estará o modelo (DZIAK et al, 2015). Para avaliar a evolução do modelo de testagem, os critérios Vuong, Lo, Mendell, Rubin - teste de verossimilhança (VLMR) e Lo, Mendell, and Rubin - teste de verossimilhança (LMR) foram utilizados considerando os valores de $p < 0,05$ estatisticamente significantes.

Foram testados cinco modelos, com duas, três, quatro, cinco e seis classes latentes, para identificar a quantidade de classes que melhor representa o objeto de estudo de acordo com os critérios estatísticos supracitados.

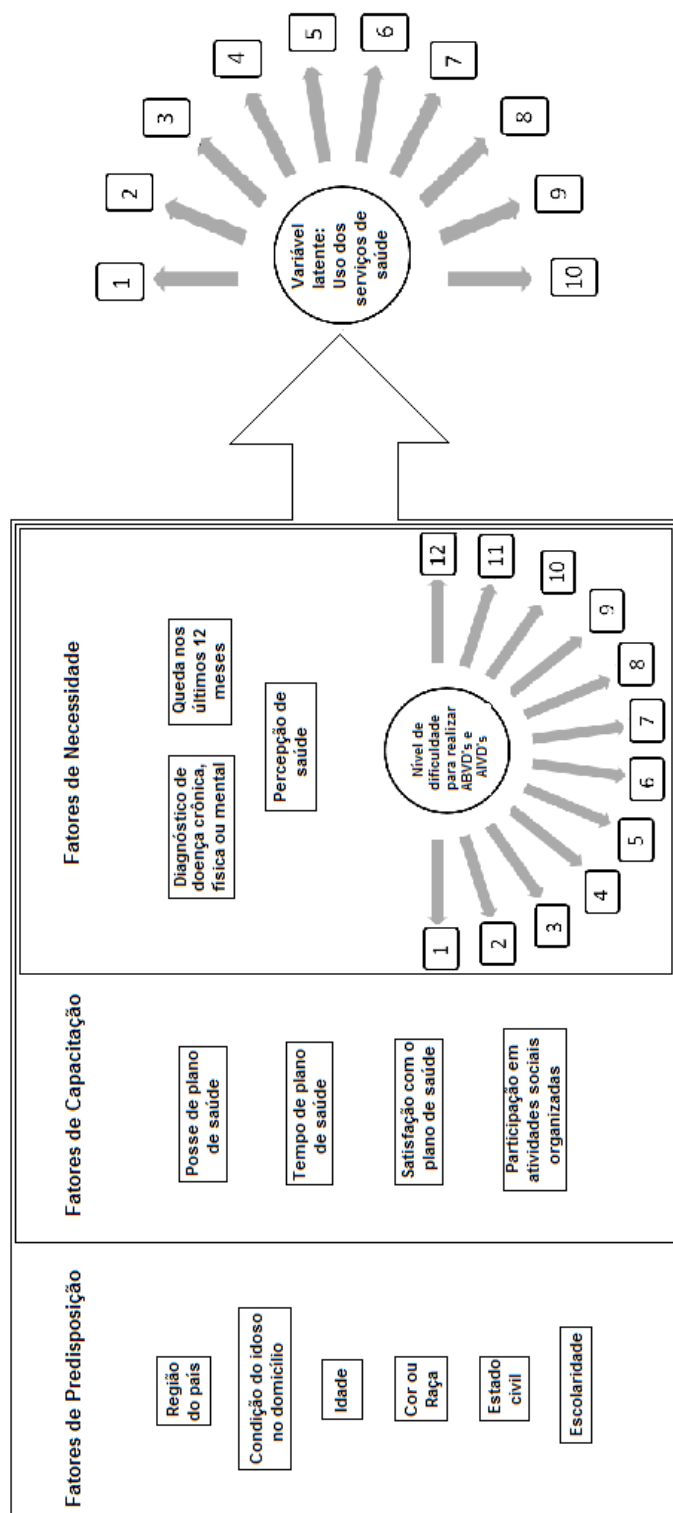
4.5.2 Estatística descritiva e analítica

Na análise estatística descritiva a variável quantitativa correspondente à idade foi apresentada por medida de tendência central e de dispersão, sendo calculado o Intervalo de Confiança (IC) de 95%. As variáveis qualitativas foram apresentadas na forma de tabela de frequência e respectivos IC de 95%.

Na estatística analítica foi pesquisada a presença de associação entre as variáveis independentes com a variável dependente (categorizada por meio da Análise de Classes Latentes) por meio do teste de Rao-Scott utilizado em amostras complexas (SNIJDERS; BOSKER, 1999), que equivale ao teste qui-quadrado. O nível de significância foi de 5%, e foram considerados os valores de resíduos padronizados $> 1,96$. As medidas de efeito dos fatores em estudo sobre a variável dependente foram expressas por *Odds Ratio* (OR) e calculadas por modelos simples e múltiplos de regressão logística multinomial, seguindo o modelo teórico de Utilização dos Serviços de Saúde proposto por Andersen e Newman (1973) a partir do pressuposto da abordagem hierarquizada de Victora, et al (1997) (Figura 3).

Inicialmente foi realizada a análise simples nos blocos dos fatores de predisposição, capacidade e necessidade de saúde. Dentro de cada bloco, as variáveis com $p < 0,25$ (HOSMER; LEMESHOW, 2000) foram testadas em modelos múltiplos. Ao final, as variáveis com $p < 0,05$ permaneceram no modelo final de cada bloco e foram consideradas fatores de ajuste para os blocos subsequentes.

Figura 3 - Modelo hierarquizado de análise da Utilização dos Serviços de Saúde pelos homens idosos brasileiros, 2017.



Legenda: ABVD'S Atividades Básicas de Vida Diária; AIVD's Atividades Instrumentais de Vida Diária.

Fonte: Elaborado pela autora.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto da Pesquisa Nacional de Saúde - PNS foi aprovado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa para Seres Humanos, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), sob o parecer de número 328.159, em 26 de junho de 2013 (ANEXO A). Os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO B) dos participantes da pesquisa foram firmados nos computadores de mão dos entrevistadores.

O projeto de pesquisa desta dissertação dispensa submissão ao Comitê de Ética e Pesquisa uma vez que é subsidiada por dados secundários de domínio público.

5 RESULTADOS

5.1 UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Foram testados cinco modelos na ACL para identificar a quantidade de classes que melhor representaria estatisticamente o uso dos serviços de saúde. O modelo que instituiu quatro classes latentes foi o que melhor apresentou entropia, critérios de ajuste e evolução do modelo de testagem, além de maior parcimônia no modelo de regressão (Tabela 1).

Tabela 1 - Resultados de adequação e ajuste de cada um dos modelos testados das classes latentes de Uso dos Serviços de Saúde, 2017.

Critérios Estatísticos	Número de Classes				
	2	3	4	5	6
AIC	103492,82	92281,90	89290,02	88772,99	88488,22
BIC	103892,26	92884,69	90096,16	89782,48	89701,07
BIC ajustado	103717,48	92620,93	89743,42	89340,76	89170,36
Entropia	1,000	1,000	1,000	0,936	0,941
Vuong-Lo-Mendell-Rubin	p=0,0000	p=0,0000	p=0,0000	p=0,0000	p=0,3337
- LRT					
Lo-Mendell-Rubin - LRT	p=0,0000	p=0,0000	p=0,0000	p=0,0000	p=0,3358

Legenda: AIC Critério de Informação de Akaike; BIC Critério de Informação Bayesiano; LRT Teste de Verossimilhança.

Fonte: Elaborado pela autora.

Observa-se que os modelos com duas, três e quatro classes apresentaram a mesma entropia e valores de p, no entanto, como os valores de AIC, BIC e BIC ajustado foram os menores no modelo com quatro classes, este foi o selecionado para representar o uso dos serviços de saúde. A Tabela 2 apresenta as quatro classes latentes com suas respectivas frequências e Intervalos de Confiança de 95% (IC95%), identificadas e intituladas de acordo com os padrões de respostas observados.

Tabela 2 - Classes Latentes identificadas no modelo de análise para representar o Uso dos Serviços de Saúde por homens idosos no Brasil, 2017.

Classe latente	Nome da classe	Frequência (%)	IC (95%) inferior	IC (95%) superior
1	Uso dos serviços de saúde nas duas últimas semanas	4,5	3,9	5,3
2	Uso dos serviços de saúde somente para internação no último ano	5,9	5,3	6,7
3	Uso dos serviços de saúde para consulta na atenção básica	17,3	16,2	18,5
4	Uso dos serviços de saúde para consulta médica esporádica	72,3	70,9	73,6
Total	-	100	-	-

Legenda: IC95% Intervalo de confiança de 95%.

Fonte: Elaborado pela autora.

A discriminação dos padrões de resposta de cada variável do uso dos serviços de saúde da PNS de acordo com cada classe latente gerada está descrita na Tabela 3.

Tabela 3 - Discriminação entre as quatro classes geradas a partir dos padrões de resposta de maior frequência em cada classe latente, Brasil, 2017.

Questão da PNS (categoria de resposta mais frequente)	Classes Latentes			
	Uso dos serviços de saúde nas duas últimas semanas(%)	Uso dos serviços de saúde somente para internação no último ano (%)	Uso dos serviços de saúde para consulta na atenção básica (%)	Uso dos serviços de saúde para consulta médica esporádica(%)
Costuma procurar o mesmo lugar, mesmo médico ou mesmo serviço de saúde quando precisa de atendimento de saúde? (Sim)	87,0	79,0	82,0	76,0
Quando consultou um médico pela última vez? (Últimos 12 meses)	100,0	100,0	97,0	69,0
Quando consultou um dentista pela última vez? (3 anos ou mais)	48,0	49,0	38,0	44,0
Nas duas últimas semanas, procurou algum lugar, serviço ou profissional de saúde para atendimento relacionado à própria saúde? (Sim)	100,0	0,0	100,0	0,0
Qual foi o motivo principal pelo qual procurou atendimento relacionado à saúde nas duas últimas semanas? (Acidente ou lesão - doença - problema odontológico)	45,0	0,0	36,0	0,0

Questão da PNS (categoria de resposta mais frequente)	Continua			
	Uso dos serviços de saúde nas duas últimas semanas (%)	Uso dos serviços de saúde somente para internação no último ano (%)	Uso dos serviços de saúde para consulta na atenção básica (%)	Uso dos serviços de saúde para consulta médica esporádica (%)
Onde procurou o primeiro atendimento de saúde por este motivo nas duas últimas semanas? (Serviço público – atenção primária)	28,0	0,0	42,0	0,0
Nos últimos 12 meses ficou internado em hospital por 24 horas ou mais? (Sim)	100,0	100,0	0,0	0,0
Qual foi o principal atendimento de saúde que recebeu quando esteve internado (pela última vez) nos doze últimos meses? (Tratamento clínico)	48,0	48,0	0,0	0,0
O estabelecimento de saúde em que esteve internado pela última vez nos últimos 12 meses era: (Público)	69,0	62,0	0,0	0,0
Nos últimos 12 meses, teve atendimento de emergência no domicílio? (Não)	82,0	87,0	98,0	98,0

Fonte: Elaborado pela autora.

Observa-se que a primeira classe latente foi intitulada como “Uso dos serviços de saúde nas duas últimas semanas” porque os padrões de respostas das variáveis da PNS demonstraram que os homens idosos utilizaram qualquer serviço de saúde neste período. A segunda classe gerada recebeu o título descrito na Tabela 3, pois os sujeitos estudados usaram principalmente os serviços de saúde para internação no último ano. A terceira classe representa o uso dos serviços de atenção básica pela proporção de indivíduos que utilizaram preferencialmente este serviço; e por fim, a última classe que representa o uso esporádico dos serviços de saúde, sem internação, emergência no domicílio ou qualquer utilização dos serviços de saúde nas últimas duas semanas.

5.2 ATIVIDADES BÁSICAS E INSTRUMENTAIS DE VIDA DIÁRIA

Na análise das Atividades Básicas e Instrumentais de Vida Diária (ABVD's e AIVD'S) também foram testados cinco modelos na ACL para identificar a quantidade de classes que melhor representaria estatisticamente o nível de dificuldade na realização das

ABVD's e AIVD'S. O modelo que instituiu duas classes latentes foi o que melhor apresentou entropia e evolução do modelo de testagem (Tabela 4).

Tabela 4 - Resultados de adequação e ajuste de cada um dos modelos testados das classes latentes de Atividades Básicas e Instrumentais de Vida Diária, 2017.

Critérios Estatísticos	Número de Classes				
	2	3	4	5	6
AIC	82409,84	75848,07	73672,16	71876,40	88488,22
BIC	82954,53	76668,74	74768,81	73249,02	89701,07
BIC ajustado	82716,19	76309,64	74288,95	72648,40	89170,36
Entropia	0,976	0,971	0,968	0,959	0,941
Vuong-Lo-Mendell-Rubin	p=0,0000	p=0,0019	p=0,0645	p=0,7620	p=0,3337
- LRT					
Lo-Mendell-Rubin - LRT	p=0,0000	p=0,0020	p=0,0649	p=0,7620	p=0,3358

Legenda: AIC Critério de Informação de Akaike; BIC Critério de Informação Bayesiano; LRT Teste de Verossimilhança.

Fonte: Elaborado pela autora.

Observa-se que os modelos com duas e três classes apresentaram o valor de $p < 0,05$. O modelo com duas classes foi selecionado entre os dois, pois tinha o maior valor de entropia e valor de p mais estatisticamente significativo. Já o modelo com três classes apresentou menores valores de AIC, BIC e BIC ajustado, no entanto, durante a interpretação dos dados, fragilizou o modelo de análise. A Tabela 5 apresenta as duas classes latentes com suas respectivas frequências e Intervalos de Confiança de 95% (IC95%), identificadas e intituladas de acordo com os padrões de respostas observados.

Tabela 5 - Classes Latentes identificadas no modelo de análise para representar o nível de dificuldade para realizar Atividades Básicas e Instrumentais de Vida Diária por homens idosos no Brasil, 2017.

Classe latente	Nome da classe	Frequência (%)	IC (95%) inferior	IC (95%) superior
1	Sem dificuldade para realizar ABVD's e AIVD'S	86,5	85,4	87,5
2	Com dificuldade para realizar ABVD's e AIVD's	13,5	12,5	14,6
Total	-	100,0	-	-

Legenda: IC95% Intervalo de confiança de 95%; ABVD'S Atividades Básicas de Vida Diária; AIVD's Atividades Instrumentais de Vida Diária.

Fonte: Elaborado pela autora.

A discriminação dos padrões de resposta de cada variável do nível de dificuldade para realizar ABVD's e AIVD's de acordo com as duas classes latentes geradas está descrita na Tabela 6.

Tabela 6 - Discriminação entre as duas classes geradas a partir dos padrões de resposta de maior frequência em cada classe latente, Brasil, 2017.

Questão da PNS (categoria de resposta mais frequente)	Classes Latentes	
	Sem dificuldade para realizar ABVD's AIVD'S (%)	Com dificuldade para realizar ABVD's e AIVD's (%)
Em geral, que grau de dificuldade tem para comer sozinho com um prato colocado à sua frente, incluindo segurar um garfo, cortar alimentos e beber em um copo? (Não tem dificuldade)	98,0	69,0
Em geral, que grau de dificuldade tem para tomar banho sozinho incluindo entrar e sair do chuveiro ou banheira? (Não tem dificuldade)	99,0	53,0
Em geral, que grau de dificuldade tem para ir ao banheiro sozinho incluindo sentar e levantar do vaso sanitário? (Não tem dificuldade)	99,0	62,0
Em geral, que grau de dificuldade tem para se vestir sozinho, incluindo calçar meias e sapatos, fechar o zíper, e fechar e abrir botões? (Não tem dificuldade)	98,0	48,0
Em geral, que grau de dificuldade tem para andar em casa sozinho de um cômodo a outro da casa, em um mesmo andar, como do quarto para a sala e cozinha? (Não tem dificuldade)	99,0	49,0
Em geral, que grau de dificuldade tem para deitar ou levantar da cama sozinho? (Não tem dificuldade)	98,0	56,0
Em geral, que grau de dificuldade tem para sentar ou levantar da cadeira sozinho? (Não tem dificuldade)	98,0	55,0
Em geral, que grau de dificuldade tem para fazer compras sozinho, por exemplo: alimentos, roupas ou medicamentos? (Não tem dificuldade)	97,0	14,0
Em geral, que grau de dificuldade tem para administrar as finanças sozinho (cuidar do seu próprio dinheiro)? (Não tem dificuldade)	98,0	38,0
Em geral, que grau de dificuldade tem para tomar o remédio sozinho? (Não tem dificuldade)	71,0	41,0
Em geral, que grau de dificuldade tem para ir ao médico sozinho? (Não tem dificuldade)	93,0	06,0
Em geral, que grau de dificuldade tem para sair sozinho utilizando um transporte como ônibus, metrô, táxi, carro, etc.? (Não tem dificuldade)	95,0	06,0

Fonte: Elaborado pela autora.

Observa-se que nos padrões de resposta da primeira classe latente gerada a maioria dos homens idosos não tinha dificuldade para realizar ABVD's (comer sozinho, tomar banho sozinho, ir ao banheiro sozinho, vestir-se sozinho, andar em casa, deitar e levantar da cama e sentar e levantar da cadeira) e AIVD's (fazer compras sozinho, administrar finanças sozinho, tomar remédio sozinho, ir ao médico sozinho e sair de transporte). Já na segunda classe, tinham algum tipo de dificuldade, seja pequena ou grande, para realizar ABVD's e AIVD's.

5.3 FATORES ASSOCIADOS AO USO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Dos 10541 homens idosos brasileiros que reponderam a PNS, 10536 foram incluídos neste estudo por estarem sem informações faltantes no banco de dados do IBGE. A maioria era da região Sudeste (47,6%) seguido da região Nordeste (25,2%) e eram responsáveis pelo domicílio no qual residiam (74,0%). A mediana de idade foi de 68 anos (1º quartil 63 anos e 3º quartil 74 anos), e 52,7% dos homens idosos tinham idade abaixo da mediana. A cor/raça mais frequente foi a branca (53,5%), seguido da parda (37,0%); e 69,5% eram casados e 78,8% sabiam ler e escrever (Tabela 7).

Com relação à posse de plano de saúde, 71,3% não possuíam, e dos 28,7% que possuíam 26,0% tinham o plano a mais de dois anos e 15,0% consideravam o plano de saúde como bom. A maioria dos homens idosos não participava de atividades sociais organizadas (80,3%), não tinha diagnóstico de doença crônica, física ou mental (64,4%), não tinha dificuldade para realizar ABVD's e AIVD's (86,5%) e não sofreu queda no último ano (94,5%). A percepção do estado de saúde bom (41,7%) e regular (40,1%) foram as mais frequentes (Tabela 7).

Tabela 7 – Descrição das variáveis independentes relativas aos fatores de predisposição, capacitação e necessidade de saúde dos homens idosos brasileiros, 2017.

Variável	Frequência (%)	IC (95%) inferior	IC (95%) superior
Bloco 1 – Fatores de Predisposição			
Região do país			
Norte	5,7	5,3	6,1
Nordeste	25,2	24,2	26,2
Sudeste	47,6	46,2	48,9
Sul	15,0	14,1	15,9
Centro-Oeste	6,6	6,2	6,9
Condição do idoso no domicílio			
Responsável pelo domicílio	74,0	72,6	75,3
Não responsável pelo domicílio	26,0	24,7	27,4

			Continua
Variável	Frequência (%)	IC (95%) inferior	IC (95%) superior
Idade			
Abaixo da mediana (68 anos)	52,7	51,1	54,2
Acima da mediana (68 anos)	47,3	45,8	48,9
Cor/Raça			
Branco	53,5	52,0	55,0
Preto	7,8	7,1	8,7
Amarelo/ Indígena	1,7	1,3	2,1
Pardo	37,0	35,6	38,4
Estado civil			
Casado	69,5	68,0	70,9
Separado/ Desquitado judicialmente	3,3	2,8	4,0
Divorciado	4,5	3,9	5,1
Viúvo	11,2	10,3	12,3
Solteiro	11,5	10,6	12,4
Sabe ler e escrever			
Sim	78,8	77,6	80,0
Não	21,2	20,0	22,4
Bloco 2 – Fatores de Capacitação			
Plano de Saúde			
Sim	28,7	27,1	30,4
Não	71,3	69,6	72,9
Tempo de Plano			
Não possui plano de saúde	71,3	69,6	72,9
Até 6 meses	0,7	0,5	1,1
Mais de 6 meses até 1 ano	0,6	0,3	1,2
Mais de 1 ano até 2 anos	1,4	1,0	1,8
Mais de 2 anos	26,0	24,4	27,6
Satisfação com o Plano			
Não possui plano de saúde	71,3	69,6	72,9
Muito Bom	5,0	4,3	5,8
Bom	15,0	13,8	16,3
Regular	6,7	6,0	7,5
Ruim	0,9	0,6	1,2
Muito Ruim	0,5	0,3	0,8
Nunca usou o plano	0,6	0,4	1,0
Participação em atividades sociais organizadas			
Sim	19,7	18,5	21,0
Não	80,3	79,0	81,5
Bloco 3 – Fatores de Necessidade			
Diagnóstico de doença crônica, física ou mental			
Sim	35,6	34,1	37,1
Não	64,4	62,9	65,9
Nível de dificuldade para realizar ABVD's e AIVD's			
Sem dificuldade	86,5	85,4	87,5
Com dificuldade	13,5	12,5	14,6
Queda nos últimos 12 meses			
Sim	5,5	4,9	6,3
Não	94,5	93,7	95,1
Estado de saúde percebido			
Muito bom	6,9	6,1	7,7

Variável	Frequência (%)	Continua	
		IC (95%) inferior	IC (95%) superior
Estado de saúde percebido			
Bom	41,7	40,3	43,2
Regular	40,1	38,6	41,6
Ruim	9,0	8,2	9,8
Muito ruim	2,3	2,0	2,7

Legenda: IC95% Intervalo de confiança de 95%; ABVD's: Atividades Básicas de Vida Diária; AIVD's: Atividades Instrumentais de Vida Diária; Fonte: Elaborado pela autora.

Após a descrição da variável dependente gerada pela ACL, composta por quatro classes: Uso dos serviços para consulta na atenção básica, Uso dos serviços de saúde nas últimas duas semanas, Uso dos serviços somente para internação no último ano e Uso dos serviços para consulta médica esporádica, foi realizado a análise descritiva e analítica das variáveis independentes segundo a variável dependente (Tabela 8).

Tabela 8 - Análise descritiva e analítica do Uso dos Serviços de Saúde pelos homens idosos segundo blocos de variáveis analisadas, Brasil, 2017.

Variável	Uso dos serviços para consulta na atenção básica % (IC95%)	Uso dos serviços de saúde nas últimas 2 semanas % (IC95%)	Uso dos serviços somente para internação no último ano % (IC95%)	Uso dos serviços para consulta médica esporádica % (IC95%)	Valor de p
Bloco 1 – Fatores de Predisposição					
Região do país					0,00*
Norte	11,5 (9,5-13,8)	4,5 (3,2-6,2)	5,6 (4,2-7,3)	78,5 (75,8-80,9)†	
Nordeste	12,7 (11,2-14,3)	3,2 (2,5-4,1)	7,1 (5,8-8,6)	77,0 (75,0-79,0)†	
Sudeste	20,1 (18,1-22,3)†	4,4 (3,3-5,7)	4,1 (3,2-5,3)	71,4 (69,0-73,7)	
Sul	20,2 (17,8-22,8)†	7,0 (5,1-9,5)†	8,0 (6,2-10,3)†	64,8 (61,0-68,4)	
Centro-Oeste	13,0 (11,0-15,4)	5,0 (3,7-6,8)	9,9 (7,8-12,4)†	72,1 (69,0-75,0)	
Condição do idoso no domicílio					0,14
Responsável pelo domicílio	17,3 (16,1-18,7)	4,2 (3,4-5,1)	5,6 (4,9-6,5)	72,9 (71,3-74,4)	
Não responsável pelo domicílio	17,1 (15,0-19,5)	5,5 (4,2-7,2)	6,8 (5,5-8,3)	70,6 (67,7-73,2)	
Idade					0,00*
Abaixo da mediana	16,7 (15,2-18,4)	3,6 (2,9-4,5)	5,2 (4,4-6,1)	74,5 (72,5-76,4)†	
Acima da mediana	17,9 (16,3-19,7)	5,6 (4,6-6,6)†	6,7 (5,8-7,9)†	69,8 (67,8-71,7)	
Cor/Raça					0,00*
Branco	19,0 (17,3-20,8)†	4,9 (4,0-6,0)	5,7 (4,8-6,6)	70,4 (68,4-72,4)	
Preto	17,8 (14,1-22,1)	5,1 (3,0-8,7)	3,4 (2,2-5,3)	73,7 (68,8-78,0)	
Amarelo/Indígena	19,3 (12,3-28,9)	2,5 (0,7-8,5)	4,8 (1,8-12,3)	73,4 (63,2-81,5)	
Pardo	14,6 (13,0-16,4)	3,9 (3,1-4,9)	6,9 (5,7-8,2)†	74,6 (72,5-76,6)†	

					Continua
Variável	Uso dos serviços para consulta na atenção básica % (IC95%)	Uso dos serviços de saúde nas últimas 2 semanas % (IC95%)	Uso dos serviços somente para internação no último ano % (IC95%)	Uso dos serviços para consulta médica esporádica % (IC95%)	Valor de p
Estado civil					0,35
Casado	17,2 (15,9-18,7)	4,7 (3,9-5,6)	5,3 (4,6-6,1)	72,8 (71,2-74,4)	
Separado/ Desquitado judicialmente	19,9 (13,7-28,1)	5,3 (2,7-10,3)	4,8 (2,5-9,2)	69,9 (60,7-77,8)	
Divorciado	17,5 (12,5-24,0)	5,4 (2,9-9,8)	8,5 (5,4-13,3)	68,5 (61,7-74,7)	
Viúvo	16,6 (13,5-20,3)	3,8 (2,5-5,7)	8,1 (6,1-10,5)	71,5 (67,5-75,2)	
Solteiro	17,5 (14,5-20,9)	3,7 (2,5-5,5)	7,0 (5,1-9,5)	71,8 (68,0-75,4)	
Sabe ler e escrever					0,00*
Sim	18,3 (16,9-19,7)†	4,7 (4,0-5,5)	5,3 (4,6-6,0)	71,8 (70,2-73,4)	
Não	13,7 (11,7-16,0)	3,9 (2,8-5,5)	8,4 (6,7-10,4)†	74,0 (71,1-76,7)	
Bloco 2 – Fatores de Capacitação					
Plano de Saúde					0,00*
Sim	19,6 (17,3-22,0)†	5,6 (4,3-7,2)	7,2 (5,8-8,9)†	67,6 (64,6-70,5)	
Não	16,4 (15,1-17,8)	4,1 (3,4-4,9)	5,4 (4,7-6,2)	74,2 (72,6-75,7)†	
Tempo de Plano					0,00*
Não possui plano de saúde	16,4 (15,1-17,8)	4,1 (3,4-4,9)	5,4 (4,7-6,2)	74,2 (72,6-75,7)†	
Até 6 meses	16,7 (8,4-30,6)	4,7 (2,8-7,7)	8,8 (2,9-23,9)	69,8 (54,0-82,0)	
Mais de 6 meses até 1 ano	13,4 (4,8-32,4)	1,1 (0,2-5,1)	5,5 (1,2-22,4)	80,0 (58,1-92,1)	
Mais de 1 ano até 2 anos	31,4 (19,7-46,1)†	2,8 (0,9-8,5)	2,5 (1,2-5,2)	63,4 (49,2-75,5)	
Mais de 2 anos	19,2 (16,8-21,8)	5,9 (4,5-7,7)†	7,5 (6,0-9,3)†	67,4 (64,2-70,5)	
Satisfação com o Plano					0,00*
Não possui plano de saúde	16,4 (15,1-17,8)	4,1 (3,4-4,9)	5,4 (4,7-6,2)	74,2 (72,6-75,7)†	
Muito Bom	13,0 (9,6-17,4)	8,1 (4,8-13,5)	9,8 (6,3-15,1)	69,1 (62,2-75,2)	
Bom	20,4 (17,2-24,0)	5,2 (3,8-7,2)	6,8 (5,2-9,0)	67,6 (63,5-71,4)	
Regular	25,0 (19,9-30,8)†	5,8 (3,9-8,6)	6,1 (3,8-9,6)	63,1 (56,7-69,1)	
Ruim	9,4 (4,0-20,2)	2,6 (0,5-11,5)	14,3 (6,3-29,0)	73,8 (58,9-84,7)	
Muito Ruim	7,0 (3,1-15,2)	0,5 (0,1-3,9)	2,6 (0,7-8,9)	89,9 (80,1-95,1)†	
Nunca usou o plano	20,0 (7,9-42,2)	1,1 (0,2-6,8)	1,5 (0,3-6,1)	77,5 (56,2-90,2)	
Participação em atividades sociais organizadas					0,59
Sim	18,1 (15,6-21,0)	4,4 (3,1-6,2)	6,7 (5,2-8,7)	70,8 (67,4-73,9)	
Não	17,1 (15,8-18,4)	4,6 (3,9-5,3)	5,7 (5,0-6,5)	72,6 (71,1-74,1)	
Bloco 3 – Fatores de Necessidade					
Diagnóstico de doença crônica, física ou mental					0,00*
Sim	23,2 (21,2-25,4)†	7,9 (6,6-9,5)†	7,7 (6,5-9,1)†	61,1 (58,6-63,6)	

					Continua
Variável	Uso dos serviços para consulta na atenção básica % (IC95%)	Uso dos serviços de saúde nas últimas 2 semanas % (IC95%)	Uso dos serviços somente para internação no último ano % (IC95%)	Uso dos serviços para consulta médica esporádica % (IC95%)	Valor de p
Diagnóstico de doença crônica, física ou mental					
Não	14,0 (12,8-15,4)	2,6 (2,1-3,3)	4,9 (4,2-5,8)	78,4 (76,9-79,9)†	0,00*
Nível de dificuldade para realizar ABVD's e AIVD's					
Sem dificuldade	17,1 (15,9-18,4)	3,2 (2,6-3,9)	5,2 (4,5-5,9)	74,5 (73,0-76,0)†	0,00*
Com dificuldade	18,5 (15,5-21,8)	12,9 (10,3-16,2)†	10,8 (8,8-13,3)†	57,8 (53,6-61,9)	
Queda nos últimos 12 meses					0,00*
Sim	23,0 (17,6-29,4)	10,9 (7,8-14,9)†	13,1 (9,5-17,6)†	53,1 (46,5-59,6)	0,02*
Não	17,0 (15,8-18,2)	4,1 (3,5-4,9)	5,5 (4,8-6,3)	73,4 (71,9-74,8)†	
Estado de saúde percebido					
Muito bom	17,4(13,5-22,2)	4,4 (2,4-8,1)	9,0 (6,1-13,0)	69,2 (63,4-74,4)	
Bom	18,0 (16,2-19,9)	4,0 (3,1-5,1)	5,7 (4,8-6,8)	72,4 (70,2-74,4)	
Regular	16,9 (15,3-18,7)	4,7 (3,8-5,8)	5,7 (4,7-6,9)	72,6 (70,5-74,7)	
Ruim	16,7 (13,4-20,7)	4,4 (2,9-6,6)	6,4 (4,6-8,8)	72,5 (68,1-76,5)	
Muito ruim	13,3 (8,7-19,9)	11,6 (6,9-19,0)†	2,8 (1,1-7,1)	72,2 (64,4-78,9)	

Legenda: IC95% Intervalo de confiança de 95%; ABVD's: Atividades Básicas de Vida Diária; AIVD's: Atividades Instrumentais de Vida Diária; * $p < 0,05$ (Teste de Rao e Scott); † Resíduos padronizados $> 1,96$.

Fonte: Elaborado pela autora.

Nas variáveis do Bloco 1 – Fatores de Predisposição observa-se que a região do país onde o homem idoso mora estava associado ao uso dos serviços de saúde. Existe um excesso de indivíduos na região Norte e Nordeste que usaram os serviços para consulta médica esporádica, na região Sudeste para consulta na atenção básica, na região Sul para consulta na atenção básica, internação no último ano e uso dos serviços de saúde nas duas últimas semanas, e na Região Centro-Oeste para internação no último ano. Não houve associação entre o uso dos serviços e a condição do idoso de responsável ou não pelo domicílio.

A idade estava associada ao uso dos serviços, e tinha um excesso de homens abaixo de 68 anos para realizar consulta médica esporádica, e acima de 68 anos para usar os serviços nas

duas últimas semanas e internação no último ano. A cor ou raça branca estava associada à consulta na atenção básica e a parda, à internação e à consulta médica esporádica. O estado civil não deu associação com o uso dos serviços de saúde, e quem sabia ler e escrever estava associado à consulta na atenção básica, e quem não sabia, à internação no último ano.

Com relação ao Bloco 2 – Fatores de Capacitação, o fato de ter plano de saúde estava associado à consulta na atenção básica e à internação, e não ter plano, à consulta médica esporádica. Quem tinha o plano entre um ano até dois anos estava associado à consulta na atenção básica, e quem tinha a mais de dois anos, ao uso dos serviços nas duas últimas semanas e à internação no último ano. A satisfação com o plano de saúde também deu associação com o uso, e havia um excesso de indivíduos que consideravam o plano “regular” para consultar a atenção básica, e “muito ruim” para consulta médica esporádica. A participação em atividades sociais organizadas não deu associação significativa.

As variáveis do Bloco 3 – Fatores de Necessidade também estavam associados ao uso. Havia um excesso de homens idosos que tinha diagnóstico de doença crônica, física ou mental para usar os serviços de consulta na atenção básica, internação e uso dos serviços nas duas últimas semanas. Os que não tinham dificuldade para realizar ABVD's e AIVD's estavam associados à consulta médica esporádica, e os que tinham dificuldade estavam associados ao uso dos serviços nas duas últimas semanas e à internação no último ano. Os que sofreram queda no último ano estavam associados ao uso dos serviços nas duas últimas semanas e à internação, e os que não caíram, à consulta médica esporádica. Por fim, no estado de saúde percebido, a única categoria que havia excesso de indivíduos para usar os serviços nas duas últimas semanas era a percepção “muito ruim” do estado de saúde.

Os resultados das análises de regressão logística multinomial simples e múltipla de acordo com cada bloco de fatores associados estudados estão nas Tabelas 9 e 10, respectivamente. O uso dos serviços de consulta na atenção básica foi considerado como categoria de referência da variável dependente.

Tabela 9 - Valores de *odds ratio* bruta e do intervalo de confiança obtidos por análise simples para associação entre as variáveis apresentadas no modelo hierarquizado e o Uso do Serviço de Saúde para consulta na atenção básica, 2017.

Variável	Uso dos serviços de saúde nas últimas 2 semanas OR (IC95%)	Uso dos serviços somente para internação no último ano OR (IC95%)	Uso dos serviços para consulta médica esporádica OR (IC95%)	Valor de p
Bloco 1 – Fatores de Predisposição				
Região do país				0,00*
Norte	1,12 (0,67-1,89)	1,21 (0,76-1,92)	2,12 (1,62-2,77)†	
Nordeste	0,73 (0,47-1,14)	1,40 (0,95-2,08)	1,89 (1,52-2,35)†	
Sudeste	0,62 (0,40-0,98)†	0,51 (0,34-0,76)†	1,10 (0,89-1,36)	
Sul	1,00	1,00	1,00	
Centro-Oeste	1,11 (0,68-1,81)	1,90 (1,24-2,92)†	1,72 (1,33-2,22)†	
Condição do idoso no domicílio				0,15*
Responsável pelo domicílio	1,00	1,00	1,00	
Não responsável pelo domicílio	1,34 (0,91-1,99)	1,22 (0,90-1,65)	0,98 (0,81-1,17)	
Idade				0,00*
Abaixo da mediana	1,00	1,00	1,00	
Acima da mediana	1,44 (1,07-1,94)†	1,21 (0,93-1,58)	0,87 (0,73-1,03)	
Cor/Raça				0,00*
Branco	1,00	1,00	1,00	
Preto	1,11 (0,57-2,15)	0,64 (0,37-1,11)	1,11 (0,82-1,51)	
Amarelo/ Indígena	0,50 (0,12-2,01)	0,83 (0,26-2,57)	1,02 (0,59-1,76)	
Pardo	1,02 (0,72-1,45)	1,57 (1,16-2,12)†	1,37 (1,15-1,63)†	
Estado civil				0,25
Casado	1,01 (0,48-2,12)	1,26 (0,57-2,81)	1,20 (0,74-1,94)	
Separado/ Desquitado judicialmente	1,00	1,00	1,00	
Divorciado	1,15 (0,41-3,20)	2,01 (0,75-5,42)	1,11 (0,60-2,07)	
Viúvo	0,85 (0,36-2,04)	2,00 (0,86-4,63)	1,22 (0,74-2,03)	
Solteiro	0,79 (0,36-1,73)	1,65 (0,68-3,97)	1,17 (0,69-1,96)	
Sabe ler e escrever				0,00*
Sim	1,00	1,00	1,00	
Não	1,12 (0,75-1,67)	2,11 (1,52-2,93)†	1,37 (1,11-1,69)†	
Bloco 2 – Fatores de Capacitação				
Plano de Saúde				0,00*
Sim	1,00	1,00	1,00	
Não	0,87 (0,60-1,25)	0,89 (0,66-1,21)	1,31 (1,08-1,58)†	
Tempo de Plano				0,00*
Não possui plano de saúde	2,83 (0,76-10,45)	4,14 (1,67-10,25)†	2,24 (1,17-4,29)†	
Até 6 meses	3,15 (0,71-14,03)	6,58 (1,35-31,88)†	2,06 (0,73-5,77)	
Mais de 6 meses até 1 ano	0,92 (0,11-7,63)	5,13 (0,76-34,42)	2,95 (0,78-11,17)	
Mais de 1 ano até 2 anos	1,00	1,00	1,00	
Mais de 2 anos	3,48 (0,93-13,08)	4,89 (1,91-12,50)†	1,74 (0,90-3,34)	
Satisfação com o Plano				0,00*

				Continua
Variável	Uso dos serviços de saúde nas últimas 2 semanas OR (IC95%)	Uso dos serviços somente para internação no último ano OR (IC95%)	Uso dos serviços para consulta médica esporádica OR (IC95%)	Valor de p
Satisfação com o Plano				0,00*
Não possui plano de saúde	1,07 (0,64-1,78)	1,35 (0,78-2,33)	1,79 (1,29-2,48)†	
Muito Bom	2,67 (1,22-5,83)†	3,09 (1,45-6,59)†	2,10 (1,30-3,39)†	
Bom	1,09 (0,59-2,01)	1,37 (0,75-2,51)	1,31 (0,90-1,90)	
Regular	1,00	1,00	1,00	
Ruim	1,19 (0,19-7,39)	6,24 (1,71-22,70)†	3,12 (1,19-8,19)†	
Muito Ruim	0,32 (0,03-2,78)	1,50 (0,34-6,61)	5,06 (1,99-12,89)†	
Nunca usou o plano	0,23 (0,02-2,02)	0,29 (0,04-1,82)	1,53 (0,49-4,72)	
Participação em atividades sociais organizadas				0,59
Sim	1,00	1,00	1,00	
Não	1,10 (0,73-1,66)	0,90 (0,64-1,27)	1,09 (0,88-1,33)	
Bloco 3 – Fatores de Necessidade				
Diagnóstico de doença crônica, física ou mental				0,00*
Sim	1,81 (1,32-2,47)†	0,94 (0,71-1,23)	0,47 (0,40-0,55)†	
Não	1,00	1,00	1,00	
Nível de dificuldade para realizar ABVD's e AIVD's				0,00*
Sem dificuldade	1,00	1,00	1,00	
Com dificuldade	3,74 (2,55-5,48)†	1,94 (1,41-2,67)†	0,71 (0,56-0,91)†	
Queda nos últimos 12 meses				0,00*
Sim	1,93 (1,17-3,18)†	1,74 (1,10-2,77)†	0,53 (0,37-0,76)†	
Não	1,00	1,00	1,00	
Estado de saúde percebido				0,03*
Muito bom	1,14 (0,54-2,41)	1,62 (0,95-2,76)	0,98 (0,69-1,38)	
Bom	1,00	1,00	1,00	
Regular	1,26 (0,90-1,76)	1,06 (0,79-1,42)	1,06 (0,89-1,27)	
Ruim	1,19 (0,68-2,06)	1,20 (0,76-1,91)	1,07 (0,80-1,43)	
Muito ruim	3,94 (1,80-8,63)†	0,65 (0,22-1,90)	1,34 (0,82-2,19)	

Legenda: OR *odds ratio*; IC95% Intervalo de confiança de 95%; ABVD's: Atividades Básicas de Vida Diária; AIVD's: Atividades Instrumentais de Vida Diária; * $p < 0,25$; † categoria da variável com $p < 0,05$.

Fonte: Elaborado pela autora.

Na análise de regressão logística simples, das 14 variáveis analisadas, 12 tiveram valores de $p < 0,25$ (Tabela 9) e foram testadas no modelo múltiplo. Ao final, oito variáveis permaneceram com significância estatística, $p < 0,05$ (Tabela 10). Na regressão logística múltipla do Bloco 1, admitindo a categoria de referência da região “Sul” do Brasil, os homens idosos do Norte tinham aproximadamente 2 vezes, do Nordeste 1,8 vezes e do Centro-Oeste

1,7 vezes mais chances de usar os serviços para consulta médica esporádica em relação à consulta na atenção básica; os do Sudeste tinham 39% de chance a menos de usar os serviços nas duas últimas semanas e 48% a menos de serem internados; e os do Centro-Oeste tinham 1,8 vezes mais chances de serem internados do que realizar consultas na atenção básica.

Com relação à idade, os homens acima de 68 anos (categoria de referência “abaixo da mediana”) apresentaram 1,5 vezes mais chance de usar os serviços nas duas últimas semanas em relação à categoria de referência (consulta na atenção básica). E quem não sabia ler nem escrever (categoria de referência “sabe ler e escrever”) apresentou 1,6 vezes mais chance de ser internado no último ano em relação à categoria de referência do uso.

Na análise do Bloco 2, após ajuste das variáveis do Bloco 1, apenas a variável de satisfação com o plano de saúde (categoria de referência “regular”) teve efeito sobre o uso dos serviços de saúde. Os homens idosos que consideravam o plano de saúde “muito bom” tinham 2,6; 3,2 e 2,2 vezes mais chances de usar os serviços nas duas últimas semanas, internação no último ano e consulta médica esporádica, respectivamente, em relação à consulta na atenção básica. Os que consideravam o plano “ruim” apresentaram 5,5 vezes mais chance de ser internado e 3,1 vezes mais chance de realizar consulta médica esporádica; e os que consideravam o plano “muito ruim” apresentaram 4,9 vezes mais chance de consultar o médico de forma esporádica do que se consultar na atenção básica.

No último bloco, após os ajustes das variáveis com significância estatística dos blocos anteriores, quem tinha diagnóstico de doença crônica, física ou mental, em relação a quem não tinha diagnóstico, teve 1,5 vezes mais chance de usar os serviços nas duas últimas semanas; e 50% de chance a menos de usar o serviço de forma esporádica em relação à categoria de referência do uso. Os que apresentaram dificuldade para realizar ABVD's e AIVD's (categoria de referência “sem dificuldade”) tinham 3,4 vezes mais chance de usar os serviços nas duas últimas semanas e 1,7 vezes mais chance de ser internado no último ano em relação à consulta na atenção básica.

Os homens idosos que relataram queda no último ano (categoria de referência “não teve queda nos últimos 12 meses”) apresentaram 45% de chance a menos de realizar consulta médica esporádica em relação à consulta na atenção básica. Destarte, os homens idosos que relataram a percepção do estado de saúde “muito bom” (categoria de referência “bom”) tinham 1,8 vezes mais chance de ser internado, e os que consideraram “muito ruim” tinham

3,4 vezes mais chance de usar os serviços nas duas últimas semanas em relação à consulta na atenção básica.

Tabela 10 - Valores de *odds ratio* ajustada e intervalos de confiança obtidos por análise de regressão logística multinominal para associação entre o Uso dos Serviços de Saúde em relação à consulta na atenção básica e os três blocos de variáveis analisadas, 2017.

Variável	Uso dos serviços de saúde nas últimas 2 semanas OR (IC95%)	Uso dos serviços somente para internação no último ano OR (IC95%)	Uso dos serviços para consulta médica esporádica OR (IC95%)	Valor de p
Bloco 1 – Fatores de Predisposição^a				
Região do país				0,00*
Norte	1,09 (0,59-1,99)	1,03 (0,62-1,71)	2,03 (1,51-2,74)†	
Nordeste	0,71 (0,41-1,23)	1,15 (0,76-1,73)	1,78 (1,39-2,28)†	
Sudeste	0,61 (0,38-0,97)†	0,52 (0,35-0,78)†	1,10 (0,89-1,38)	
Sul	1,00	1,00	1,00	
Centro-Oeste	1,08 (0,64-1,82)	1,80 (1,15-2,80)†	1,68 (1,29-2,18)†	
Idade				0,00*
Abaixo da mediana	1,00	1,00	1,00	
Acima da mediana	1,48 (1,10-2,00)†	1,13 (0,85-1,51)	0,84 (0,71-1,01)	
Sabe ler e escrever				0,03*
Sim	1,00	1,00	1,00	
Não	1,02 (0,65-1,59)	1,64 (1,16-2,32)†	1,19 (0,94-1,50)	
Bloco 2 – Fatores de Capacitação^b				
Satisfação com o Plano				0,00*
Não possui plano de saúde	0,99 (0,58-1,67)	0,99 (0,57-1,71)	1,61 (1,16-2,26)†	
Muito Bom	2,61 (1,18-5,74)†	3,25 (1,50-7,04)†	2,19 (1,36-3,55)†	
Bom	1,07 (0,58-1,97)	1,38 (0,75-2,55)	1,33 (0,91-1,94)	
Regular	1,00	1,00	1,00	
Ruim	1,12 (0,17-7,25)	5,48 (1,39-21,55)†	3,13 (1,19-8,26)†	
Muito Ruim	0,34 (0,04-2,99)	1,54 (0,33-7,06)	4,95 (1,89-12,95)†	
Nunca usou o plano	0,20 (0,02-1,77)	0,24 (0,04-1,41)	1,52 (0,50-4,63)	
Bloco 3 – Fatores de Necessidade^c				
Diagnóstico de doença crônica, física ou mental				0,00*
Sim	1,48 (1,06-2,05)†	0,88 (0,66-1,18)	0,50 (0,43-0,59)†	
Não	1,00	1,00	1,00	
Nível de dificuldade para realizar ABVD's e AIVD's				0,00*
Sem dificuldade	1,00	1,00	1,00	
Com dificuldade	3,36 (2,20-5,13)†	1,74 (1,21-2,50)†	0,83 (0,64-1,06)	
Queda nos últimos 12 meses				0,00*
Sim	1,39 (0,81-2,38)	1,47 (0,91-2,36)	0,55 (0,38-0,79)†	
Não	1,00	1,00	1,00	
Estado de saúde percebido				0,01*
Muito bom	1,24 (0,59-2,59)	1,83 (1,07-3,12)†	1,01 (0,72-1,44)	

				Continua
Variável	Uso dos serviços de saúde nas últimas 2 semanas OR (IC95%)	Uso dos serviços somente para internação no último ano OR (IC95%)	Uso dos serviços para consulta médica esporádica OR (IC95%)	Valor de p
Estado de saúde percebido				0,01*
Bom	1,00	1,00	1,00	
Regular	1,26 (0,89-1,77)	0,97 (0,72-1,31)	1,00 (0,84-1,20)	
Ruim	0,95 (0,54-1,69)	1,03 (0,65-1,65)	1,06 (0,78-1,44)	
Muito ruim	3,39 (1,57-7,32)†	0,49 (0,17-1,44)	1,24 (0,75-2,03)	

Legenda: OR *odds ratio*; IC95% Intervalo de confiança de 95%; ABVD's: Atividades Básicas de Vida Diária; AIVD's: Atividades Instrumentais de Vida Diária; * $p < 0,05$; † categoria da variável com $p < 0,05$.

^a Ajustada pelas variáveis do Bloco 1 – Fatores de Predisposição.

^b Ajustada pelas variáveis dos Blocos 1 – Fatores de Predisposição e Bloco 2 – Fatores de Capacitação.

^c Ajustada pelas variáveis dos Blocos 1 – Fatores de Predisposição, Bloco 2 – Fatores de Capacitação e Bloco 3 – Fatores de Necessidade.

Fonte: Elaborado pela autora.

6 DISCUSSÃO

De acordo com o Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde, o envelhecimento da população demanda uma resposta abrangente da saúde pública, no entanto, o debate sobre o tema tem sido insuficiente e as evidências limitadas com necessidade de ação urgente para explorar a temática (WHO, 2015). Com relação ao envelhecimento da população masculina essa situação se torna mais preocupante, pois as pesquisas são ainda mais escassas.

No presente estudo, foi analisado o perfil de utilização dos serviços de saúde dos homens idosos brasileiros por meio da ACL que instituiu quatro classes distintas de uso baseado nos padrões de respostas das variáveis categóricas da PNS e permitiu estudar o fenômeno compreendendo as diversas nuances que envolvem a temática, com uma metodologia estatística inovadora, inédita e segura, pouco utilizada nos estudos epidemiológicos. Vale ressaltar que não foram encontrados estudos que abordassem sobre o uso dos serviços de saúde em homens idosos por meio da metodologia de ACL.

Os estudos encontrados sobre essa temática definiram a variável dependente apenas por uma única pergunta, a saber: “Quando procurou algum serviço de saúde pela última vez?” (ARRUDA; MARCON, 2016), “Que tipo de serviço de saúde o senhor utiliza com mais frequência, em termos de gestão/ financiamento?” (ARRUDA et al, 2017), “Número de consultas com profissionais de saúde nos últimos 12 meses” (CHIAVEGATTO FILHO et al, 2015), “Você já consultou profissionais (por exemplo, médicos, psicólogos) para os sintomas depressivos?” (KIM et al, 2015), entre outros, que não abordaram o fenômeno em tela na sua totalidade e complexidade, como o pesquisado nesse estudo por meio da ACL.

Com relação às classes latentes geradas, identificou-se que a maioria dos sujeitos utilizou o serviço de saúde para consulta médica esporádica no último ano (72,3%), ou seja, não são frequentadores assíduos dos serviços. Apenas 17,3% utilizaram os serviços para consulta na Atenção Básica (AB), e uma minoria se internou no último ano ou utilizou os serviços de média e alta complexidade nas duas últimas semanas.

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica - PNAB (2012), a AB deve ser o contato preferencial do usuário no sistema de saúde do Brasil, a principal porta de entrada e o centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Esse fato não foi encontrado pelos homens idosos brasileiros, e salienta-se que a busca de atendimento em saúde por esse público

ocorre, normalmente, em situações extremas ou em níveis especializados do sistema de saúde (GOMES et al, 2007). No Canadá, segundo estudo de revisão da situação de saúde dos homens no país, verificou-se que a recusa de procura por consulta médica chega a 80%, o que pode convergir para o aumento das taxas de morbidade hospitalar (GOLDENBERG, 2014).

Os dados descritivos dos fatores de predisposição, em geral, indicaram que os homens idosos que utilizaram os serviços de saúde da AB, tido como prioritário e ideal, foram os da região Sul e Sudeste do país, de cor ou raça branca e que sabiam ler e escrever. Esse perfil retrata um fato preocupante na equidade dos serviços de saúde, pois os menos privilegiados do ponto de vista socioeconômico estão utilizando os serviços de forma esporádica ou adentra no sistema pela média e alta complexidade, o que gera piores indicadores de saúde.

O sistema de saúde brasileiro, o SUS, criado em 1988, foi concebido como um sistema descentralizado com ênfase em serviços comunitários na AB. Ultimamente, o SUS sofre com subfinanciamento, particularmente em regiões desfavorecidas, como Norte e Nordeste, o que tem obstruído o acesso equitativo da população mais pobre às unidades de saúde (BASTOS et al, 2011). Por outro lado, verifica-se uma elevada utilização de serviços de saúde em regiões mais ricas, principalmente de assistência médica especializada (ANDRADE et al, 2008).

As desigualdades socioeconômicas indicam diferentes tempos e formas de adoecer e diferentes necessidades e capacidades de procurar e usar serviços de saúde (LOUVISON et al, 2008). Nesse estudo, a descrição e análise dos fatores de capacitação revelaram que a maioria dos homens idosos não possuía plano de saúde e esse fato estava associado apenas ao uso dos serviços de consulta médica esporádica, o que revela questões sociais importantes no comportamento da não procura por cuidados em saúde na rede pública, em especial na AB.

Os homens, em geral, procuram o serviço público de saúde quando apresentam alguma condição específica, valorizando mais as práticas de cura e não reconhecendo necessidades de orientações preventivas (SCHRAIBER et al, 2010), o que pode explicar a associação da não posse de plano de saúde com a consulta médica realizada apenas de forma esporádica.

O perfil de necessidade de saúde dos homens idosos demonstrou que a maioria não apresentou diagnóstico de doença crônica, física ou mental, não possuiu dificuldade para realizar ABVD's e AIVD's, não sofreu queda no último ano e tinha uma percepção do estado de saúde boa ou regular. Esses dados podem explicar a baixa utilização dos serviços de saúde, uma vez que os homens idosos não possuem necessidades de saúde que o fazem procurar os

serviços, dando invisibilidade ao uso relacionado às práticas de prevenção de doença e promoção de saúde.

Por outro lado, quando os homens tinham comorbidades, comprometimento funcional e percepção negativa do estado de saúde os dados estavam associados ao maior uso dos serviços, principalmente de média e alta complexidade, o que sugere que as buscas por serviços de saúde se fazem, apenas, em meio a diagnósticos clínicos ou de incapacidades funcionais. Esse cenário reflete o temor dos homens pela possibilidade do não reconhecimento da sua masculinidade que atua negativamente com as práticas de cuidados com a própria saúde, (NASCIMENTO E GIANORDOLI-NASCIMENTO, 2011) e que acaba por entrar nos serviços com comorbidades e incapacidades já instaladas.

Na análise hierarquizada do Bloco 1 – Fatores de Predisposição, os homens idosos do Norte, Nordeste e Centro-Oeste tinham aproximadamente 2 vezes mais chances de usar os serviços para consulta médica esporádica, e os do Centro-Oeste 1,8 vezes mais chances de serem internados do que realizar consultas na AB. A distribuição geográfica e a disponibilidade local da rede de serviços podem produzir barreiras para a utilização dos serviços de saúde (CHIAVEGATTO FILHO et al, 2015), principalmente os de consulta na AB.

Em contrapartida, os idosos do Sudeste tinham 39% de chance a menos de usar os serviços nas duas últimas semanas e 48% de chance a menos de serem internados. Isso pode ser explicado pelo fato de regiões mais igualitárias possuírem maior capital social, o que está relacionado ao maior uso de serviços de saúde, possivelmente pela melhor rede de informações sobre os sistemas de saúde da população local (CHIAVEGATTO FILHO et al, 2015).

Com relação à idade, os homens acima de 68 anos tinham 1,5 vezes mais chance de usar os serviços nas duas últimas semanas em relação à categoria de referência (consulta na atenção básica). Esse dado revela que ser idoso mais velho, no Brasil, é um preditor para usar os serviços de média e alta complexidade nas duas últimas semanas. Ressalta-se, dessa forma, que a população de 80 anos ou mais, mesmo sendo a de menor proporção quando comparada a outra faixa etária, é a população que mais cresce com o passar dos anos e necessita de uma abordagem em saúde diferencial para atender as necessidades desse público específico (WHO, 2001).

Achados semelhantes foram encontrados no estudo realizado nos Estados Unidos que analisou o uso de três tipos de serviços de saúde em homens idosos: admissão em serviço de enfermagem especializada, admissão em hospício e hospitalização, e concluiu que quanto mais velho (85 anos ou mais) o homem for, maior a chance de usar os serviços de saúde (YONG et al, 2014).

A alfabetização dos idosos também foi avaliada, e observou-se que os homens que não sabiam ler nem escrever tiveram 1,6 vezes mais chance de ser internado no último ano em relação à consulta na atenção básica. Um estudo realizado na República da Coreia observou que os homens idosos que apresentavam escolaridade primária ou sem escolaridade tinham 30% de chance a menos de se consultar com profissional de saúde mental (KIM et al, 2015).

De acordo com estudos de desigualdades que utilizaram a base de dados da pesquisa Saúde, Bem-estar e Envelhecimento (SABE) da América Latina (NORONHA; ANDRADE, 2005; WALLACE; GUTIÉRREZ, 2005), idosos com pior escolaridade apresentam pior estado de saúde em função de piores hábitos, maior exclusão e menor nível de informação e condições socioeconômicas para acessar a rede de saúde precocemente, o que implica no uso dos serviços em condições mais graves de saúde, como na internação.

Na análise do Bloco 2 – Fatores de Capacitação, os homens idosos do Brasil que não tinham plano de saúde apresentaram 1,6 vezes mais chance de usar os serviços de consulta médica de forma esporádica em relação à consulta na AB. Isso demonstra que o fato de ter plano de saúde não foi um fator positivo para consultar um médico de forma preventiva. Já na República da Irlanda (BURNS et al, 2012), um estudo analisou os determinantes da captação do rastreamento do câncer de próstata em homens idosos e identificou que o fato ter seguro de saúde foi um fator positivo para realizar a testagem do Antígeno Prostático Específico (PSA), diferente do encontrado com os idosos brasileiros, possivelmente pelas diferenças culturais existentes entre os países.

O nível de satisfação com o plano de saúde também teve efeito sobre o uso. Os que tinham uma satisfação negativa do plano de saúde tiveram mais chances de se internar ou se consultar no médico de forma esporádica, enquanto que os consideraram o plano de saúde “muito bom” tinham mais chances de usar os serviços nas duas últimas semanas, internação no último ano e consulta médica esporádica, em relação à consulta na atenção básica.

Observou-se então, que apesar dos níveis extremos de satisfação (“muito boa”, “ruim” ou “muito ruim”) com o plano de saúde ter efeito sobre o uso, os piores indicadores de internação e consulta médica de forma esporádica ainda são dos que consideraram o plano de forma mais negativa.

Com relação ao último bloco – Fatores de Necessidade, os homens idosos que tinham diagnóstico de doença crônica, física ou mental, em relação a quem não tinha, apresentaram 1,5 vezes mais chance de usar os serviços nas duas últimas semanas e 50% a menos de chance de se consultar no médico de forma esporádica. Isso demonstra que a busca pelo profissional de saúde acontece no momento do desconforto gerado por algum sintoma ou doença já instalada (VIRTUOSO et al, 2010) e revela que o diagnóstico clínico está condicionado ao uso frequente dos serviços de saúde.

Achados semelhantes foram encontrados nos estudos realizados na República da Coreia (KIM et al, 2015), nos Estados Unidos (YONG et al, 2014) e na Austrália (KORDA et al, 2013) que avaliaram vários tipos de serviços de saúde utilizados por homens idosos, e identificaram que o histórico médico de diversas doenças e comorbidades determinaram sobremaneira o uso dos serviços de saúde, principalmente na consulta ao profissional de saúde mental, admissão em centro de enfermagem especializada, admissão em hospício e hospitalização.

A prevalência da limitação funcional varia entre países e em função do critério adotado para a sua definição (OMS, 2002; ALVES et al, 2008). Uma definição amplamente utilizada é o relato de dificuldades para realizar ABVD's e AIVD's. Nesse estudo, os homens idosos que tinham dificuldade para realizar ABVD's e AIVD's tinham 3,4 vezes mais chance de usar os serviços nas duas últimas semanas e 1,7 vezes mais chance de ser internado no último ano em relação à consulta na atenção básica.

Esses dados corroboram com o estudo da Espanha que examinou prospectivamente a relação entre o estado funcional e a utilização de uma grande variedade de serviços de saúde entre a população adulta mais velha e identificou que a limitação para a AIVD teve efeito de risco para usar os diversos serviços de saúde estudados: vacinação contra a gripe, serviços domiciliares, consulta médica na atenção primária, serviços de emergência e hospitalização (LEÓN-MUÑOZ et al, 2007).

Com relação à ocorrência de quedas nos homens idosos, apesar da maioria não ter relatado que caiu no último ano, os que sofreram algum tipo de queda apresentaram 45% de chance a menos de realizar consulta médica esporádica em relação à consulta na atenção básica. A queda não teve efeito sobre o uso dos serviços de saúde nas duas últimas semanas ou para internação no último ano neste estudo, porém já é consagrado na literatura que a queda em idosos apresenta associação sobre a hospitalização (LIMA et al, 2009; LUZ et al, 2011; COSTA et al, 2012).

Por fim, as percepções acerca da saúde, entendidas como interpretações que os indivíduos fazem sobre a sua própria saúde, têm sido utilizadas em inquéritos em larga escala, e têm sido apreendidas como um importante indicador para, dentre outros aspectos, acessar como os indivíduos percebem seu bem-estar (SZWARCOWALD et al, 2005). Os homens idosos que relataram a percepção “muito boa” apresentaram 1,8 vezes mais chance de ser internado, diferente do estudo nos Estados Unidos que identificou que os indivíduos que tinham 1,75 vezes mais chances de ser hospitalizado foram os que relataram a percepção “pobre” de saúde (HUANG ET AL, 2000).

Já os que consideraram a percepção “muito ruim” tinham 3,4 vezes mais chance de usar os serviços nas duas últimas semanas, semelhante ao estudo realizado na República da Coreia que analisou 1827 homens idosos e observou que o pobre estado de saúde subjetivo estava associado à consulta de profissional de saúde, demonstrando que quanto pior a percepção de saúde, maior o uso dos serviços (KIM et al, 2015).

Os dados dos três blocos de fatores de necessidade, capacitação e predisposição em saúde não apresentaram muitas variações ao comparar as mesmas variáveis estudadas pelo Suplemento Saúde da PNAD nos anos de 1998, 2003 e 2008, pesquisa essa que antecedeu a PNS para estudar a saúde no Brasil (ALMEIDA, 2015). Isso demonstra a fidedignidade dos dados que a PNS apresenta ao se propor a estudar, exclusivamente, a saúde da população brasileira, sendo um bom instrumento para utilização de dados em pesquisas científicas.

Como limitação metodológica, este estudo apresentou restrições comuns a pesquisas que utilizam banco de dados secundários, a saber: as variáveis estudadas na base de dados da PNS já foram estabelecidas, o que impediu que novas variáveis fossem incluídas; os objetivos da pesquisa primária foram distintos da pesquisa atual e impediu que novas informações fossem adquiridas; pesquisas em grandes proporções, como a PNS no Brasil, podem conter

muitas informações faltantes, entretanto, neste estudo apenas cinco sujeitos estavam com dados em falta não prejudicando a análise dos dados; e por fim, questionários longos, como os aplicados na PNS, podem gerar viés de memória, no qual o participante esquece ou perde a vontade de relatar acontecimentos passados.

Todavia, apesar das limitações intrínsecas ao desenho metodológico, essa dissertação se trata de uma contribuição essencial para o estudo do envelhecimento da população masculina, com possibilidade de novo olhar para a temática e pode servir de instrumento para planejamento e instituições de ações e políticas públicas para os homens idosos brasileiros.

7 CONCLUSÃO

O uso dos serviços de saúde pelos homens idosos brasileiros foi marcado pelo predomínio de consultas médicas esporádicas no último ano, deixando a desejar o uso dos serviços de AB que deveriam ser a principal porta de entrada dos serviços de saúde para toda a população, inclusive para o público idoso masculino.

Na análise hierarquizada, os blocos de fatores de predisposição, capacitação e necessidade de saúde apresentaram efeito sobre o uso dos serviços de saúde. Observou-se, então, que os homens idosos do Norte, Nordeste e Centro-Oeste, os mais velhos, que não sabiam ler nem escrever e os que não tinham plano de saúde, assim como os que apresentaram diagnóstico de doença crônica, física ou mental, dificuldade para realizar ABVD's e AIVD's e percepção muito ruim do estado de saúde estavam associados e tinham efeito de risco para usar os serviços de média e alta complexidade nas duas últimas semanas, internação no último ano ou se consultar ao médico de forma esporádica.

Isso indica que o perfil de utilização dos serviços de saúde por esses indivíduos está marcado por questões sociais desfavoráveis e que a atenção à saúde do homem idoso brasileiro está centrada na doença e na atenção curativa e reabilitadora, e não na promoção de saúde e prevenção de doenças. Nesse contexto, políticas e ações intra e intersetoriais devem estimular o contato do público idoso masculino com os serviços de saúde de forma mais precoce possível, principalmente na Atenção Básica, para reduzir as disparidades de gênero no cuidado à saúde.

Recomenda-se, então, que pesquisas sobre o envelhecimento humano também sejam voltadas para o público masculino, para ampliar o conhecimento em saúde dessa população e estabelecer metas e ações para melhorar os indicadores de saúde deste público.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, A. N. O acesso aos serviços de saúde pelos idosos no Brasil com base na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) entre 1998 e 2008. **Jornal Brasileiro de Economia da Saúde**, v. 7, n. 1, p. 43-52, 2015.
- ALVES, L. C.; LEITE, I. C.; MACHADO, C. J. Conceituando e mensurando a incapacidade funcional da população idosa: uma revisão de literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 1199-207, 2008.
- ANDERSEN, R. M. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? **Journal of Health and Social Behavior**, v. 36, p. 1-10, 1995.
- ANDERSEN, R. M.; NEWMAN, J. F. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. **Milbank Memorial Fund – The Milbank Quarterly**, v. 51, p. 95-124, 1973.
- ANDRADE, L. H.; VIANA, M. C.; TÓFOLI, L. F.; WANG, YP. Influence of psychiatric morbidity and sociodemographic determinants on use of service in a catchment area in the city of São Paulo, Brazil. **Social Psychiatry and Psychiatry Epidemiology**, v. 43, n. 1, p. 45-53, 2008.
- ARAÚJO, F.; PAIS-RIBEIRO, J.; OLIVEIRA, A.; PINTO, C. Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, v. 25, n. 2, p. 59-66, 2007.
- ARAÚJO, F.; PAIS-RIBEIRO, J.; OLIVEIRA, A.; PINTO, C.; MARTINS, T. Validação da escala de Lawton e Brody numa amostra de idosos não institucionalizados. In I. Leal, J. Pais-Ribeiro, I. Silva & S. Marques (Eds.), *Actas do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*, 2008, Lisboa: ISPA, p. 217-220.
- ARRUDA, G. O.; MARCON, S. S. Inquérito sobre a utilização dos serviços de saúde por homens adultos: prevalências e fatores associados. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, v. 24, p. 2685, 2016.

ARRUDA, G. O.; MATHIAS, T. A. F.; MARCON, S. S. Prevalência e fatores associados à utilização de serviços públicos de saúde por homens adultos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 279-290, 2017.

BARROS, M. B. A.; FRANCISCO, P. M. S. B.; ZANCHETTA, L. M.; CÉZAR, C. L. G. Tendências das desigualdades sociais e demográficas na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD: 2003- 2008. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 9, p. 3755-3768, 2011.

BASTOS, G. A.; DUCA, G. F.; HALLAL, P. C.; SANTOS I. S. Utilization of medical services in the public health system in the Southern Brazil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 3, p. 475-54, 2011.

BRASIL 2050 [recurso eletrônico]: desafios de uma nação que envelhece/ Câmara dos Deputados, **Centro de Estudos e Debates Estratégicos**, Consultoria Legislativa; relator Cristiane Brasil; consultores legislativos Alexandre Cândido de Souza (coord.), Alberto Pinheiro [et al.]. – Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2017. – (Série estudos estratégicos; n. 8 PDF).

BRASIL. Ministério da Saúde, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013 – Acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violência**. Rio de Janeiro, v. 2, p. 7-11, 2015a.

BRASIL. Ministério da Saúde, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013 – Ciclos de vida**. Rio de Janeiro, v. 3, p. 7-11, 2015b.

BRASIL. Ministério da Saúde, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013 - Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas**. Rio de Janeiro, v. 1, p. 7-11, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, p. 19, 2012. (Série E. Legislação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde / Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde do homem (princípios e diretrizes)**. Brasília, 2009.

BOURDIEU, P. **A dominação masculina**. Tradução por Maria Helena Kühner. 11^a ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2012. p. 160.

BOWEN, M. E.; GONZÁLEZ, H. M. Racial/ethnic differences in the relationship between the use of health care services and functional disability: the Health and Retirement Study (1992–2004). **The Gerontologist**, v. 48, n. 5, p. 659-67, 2008.

BURNS, R.; WALSH, B.; SHARP, L.; O'NEILL, C. Prostate cancer screening practices in the Republic of Ireland: the determinants of uptake. **Journal of Health Services Research & Policy**, v. 17, n. 4, p. 206–211, 2012.

CAMPOLINA, A. G.; DINI, P. S.; CICONELLI, R. M. Impacto da doença crônica na qualidade de vida de idosos da comunidade em São Paulo (SP, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, jun, 2011.

CARVALHO, J. A. M.; GARCIA, R. A. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 725-733, mai-jun, 2003.

CHIAVEGATTO FILHO, A. D. P.; WANG, YP.; MALIK, A. M.; TAKAOKA, J.; VIANA, M. C.; ANDRADE, L. H. Determinantes do uso de serviços de saúde: análise multinível da Região Metropolitana de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 49, n. 1, p. 1-12, 2015.

COELHO, J. S. **O cuidado em saúde na velhice: a visão do homem**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Fundação Oswaldo Cruz, Centro de Pesquisas René Rachou, Belo Horizonte, 2014.

COSTA, I. C. P.; LOPES, M. E. L.; ANDRADE, C. G.; SOUTO, M. C.; COSTA, K. C.; ZACCARA, A. A. L. Fatores de risco de quedas em idosos: produção científica em periódicos online no âmbito da saúde. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 16, n. 3, p. 445-452, 2012.

COSTA-JÚNIOR, F. M.; MAIA, A. C. B. Concepções de homens hospitalizados sobre a relação entre gênero e saúde. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, DF, v. 25, n. 1, p. 55-63, 2009.

COURTENAY, W. H. Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. **Social Science & Medicine**, v. 50, p. 1385-1401, 2000.

COUTO, M. T. et al. O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 14, n. 33, p. 257-270, 2010.

COUTO, M. T.; GOMES, R. Homens, saúde e políticas públicas: a equidade de gênero em questão. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 10, p. 2569-78, 2012.

COVER, T. M.; THOMAS, J. A. **Elements of Information Theory**. 2nd ed. Hoboken: John Wiley & Sons, 2006.

DANIEL, F.; SIMÕES, T.; MONTEIRO, R. Representações sociais do «Envelhecer no masculino » e do « Envelhecer no feminino». **Ex aequo - Coimbra Portugal**, v. 26, p. 13–26, 2012.

DINIZ, G. T. N. **O uso de modelos de equações estruturais na análise dos principais mecanismos de desenvolvimento de lipodistrofia em pessoas vivendo com HIV/AIDS**. Tese (doutorado em saúde pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2016. 166 p.

DUARTE, Y. A. O.; ANDRADE, C. L.; LEBRÃO, M. L. O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos. **Revista da Escola Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41, n. 2, p. 317-325, 2007.

DUCAN, T. E.; DUCAN, S. C.; STRYCKER, L. A. **An Introduction to Latent Variable Growth Curve Modeling**. 2nd ed. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates, 2011.

DZIAK, J. J.; et al. Sensitivity and Specificity of Information Criteria. **Peer J preprints**, Corte Madera, p. 1–20, 2015.

ERVATTI, L. R.; BORGES, G. M.; JARDIM, A. P. Mudanças Demográficas no Brasil no Início de Século XXI: subsídios para as projeções da população. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)**, Rio de Janeiro, 2015.

FALLER, J. W.; MELO, W. A.; VERSA, G. L. G. S.; MARCON, S. S. Qualidade de Vida de Idosos cadastrados na Estratégia Saúde da Família de Foz do Iguaçu-PR. **Escola Anna Nery (Impr.)**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p.803-810, out-dez. 2010.

FERNANDES, L. C. L.; BERTOLD, A. D.; BARROS, A. J. D. Utilização dos serviços de saúde pela população coberta pela Estratégia de Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 595-603, 2009.

FIGUEIREDO, W. DOS S.; SCHRAIBER, L. B. Concepções de gênero de homens usuários e profissionais de saúde de serviços de atenção primária e os possíveis impactos na saúde da população masculina, São Paulo, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. supl. 1, p. 935– 944, 2011.

FIGUEIREDO, W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 105-9, 2005.

FREITAS, M. P. S.; LILA, M. F.; AZEVEDO, R. V.; ANTONACI, G. A. Amostra Mestra para o Sistema Integrado de Pesquisas Domiciliares. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)**, (Textos para discussão. Diretoria de Pesquisas, n. 23), Rio de Janeiro, 2007.

GOLDENBERG, S. L. Status of men's health in Canada. **Canadian Urological Association Journal**, v. 8, n. 7-8, p. S142-S144, 2014.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F.; ARAÚJO, 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. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 565-574, 2007.

GONG, C. H.; KENDIG, H.; HE, X. Factors predicting health services use among older people in China: an analysis of the China Health and Retirement Longitudinal Study 2013. **BMC Health Services Research**, p. 16:63, 2016.

HOSMER, D. W.; LEMESHOW, S. Model-Building strategies and methods for logistic regression. In: HOSMER, D. W.; LEMESHOW, S. **Applied logistic regression**. 2.ed. Hoboken: John Wiley & Sons, 2000. p. 91-142.

HUANG, B. Y.; CORNONI-HUNTLEY, J.; HAYS, J. C.; HUNTLEY, R. R.; GALANOS, A. N.; BLAZER, D. G. Impact of Depressive Symptoms on Hospitalization Risk in Community-Dwelling Older Persons. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 48, n. 10, p. 1279-1284, 2000.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Síntese de Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)**, Rio de Janeiro, 2014.

JUNG, T.; WICKRAMA, K. A. S. An Introduction to Latent Class Growth Analysis and Growth Mixture Modeling. **Social and Personality Psychology Compass**, Oxford, v. 21, n. 10, p. 302–317, 2008.

KALACHE, A.; VERAS, R. P.; RAMOS, L. R. O envelhecimento da população mundial. Um desafio novo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 200-210, jun. 1987.

KIM, J. L.; CHO, J.; PARK, S.; PARK, E. C. Depression symptom and Professional mental health service use. **BioMed Central Psychiatry**, v. 15, p. 261, 2015.

KLINE, R.B. **Principles and Practice of Structural Equation Modeling**. 3 ed. New York: Guilford, 2011.

KORDA, R. J.; LIU, B.; CLEMENTS, M. S.; BAUMAN, A. E.; JORM, L. R.; BAMBRICK, H. J.; BANKS, E. Prospective cohort study of body mass index and the risk of hospitalisation: findings from 246 361 participants in the 45 and Up Study. **International Journal of Obesity**, v. 37, p. 790–799, 2013.

LAURENTI, R.; MELLO-JORGE, M. H. P.; GOTLIEB, S. L. D. Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p.35-46, 2005.

LEBRÃO, M. L.; LAURENTI, R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no Município de São Paulo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 8, n. 2, p. 127-141, jun. 2005.

LEÓN-MUÑOZ, L.M.; LÓPEZ-GARCÍA, E.; GRACIANI, A.; GUALLAR-CASTILLÓN, P.; BANEGAS, J. R.; RODRÍGUEZ-ARTALEJO, F. Functional status and use of health care

services: Longitudinal study on the older adult population in Spain. **The European Menopause Journal - Maturitas**, v. 58, n. 4, p. 377–386, 2007.

LIMA, A. P.; MANTOVANI, F. M.; ULBRICH, E. M.; ZAVADIL, E. T. C. Produção científica sobre hospitalização de idosos: uma pesquisa bibliográfica. **Cogitare Enfermagem**, v. 14, n. 4, p. 740-7, 2009.

LIMA-COSTA, M. A. F.; GUERRA, H. L.; FIRMO, J. O. A.; UCHÔA, E. Projeto Bambuí: um Estudo Epidemiológico de Características Sociodemográficas, Suporte Social e Indicadores de Condição de Saúde dos Idosos em Comparação aos Adultos Jovens. **Informe Epidemiológico do SUS**, v. 11, n. 2, p. 91–105, 2002.

LOUVISON, M. C. P.; LEBRÃO, M. L.; DUARTE, Y. A. O.; LAURENTI, R. Desigualdades nas condições de saúde e uso dos serviços entre as pessoas idosas no Município de São Paulo: uma análise de gênero e renda. **Saúde Coletiva**, v. 5, n. 24, p. 189-194, 2008.

LUCK, M.; BAMFORD, M.; WILLIAMSON, P. **Men's health: perspectives, diversity and paradox**. London: Blackwell Sciences; 2000.

LUZ, T. C. B.; MALTA, D. C.; BANDEIRA DE SÁ, N. N.; SILVA, M. M. A.; LIMA-COSTA, M. F. Violências e acidentes entre adultos mais velhos em comparação aos mais jovens: evidências do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 11, p. 2135-2142, 2011.

MACHIN, R. et al. Concepções de gênero, masculinidade e cuidados em saúde: estudo com profissionais de saúde da atenção primária. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p. 4503–4512, 2011.

MALTA, D. C.; LEAL, M. C.; COSTA, M. F. L.; MORAIS NETO, O. L. Inquéritos Nacionais de Saúde: experiência acumulada e proposta para o inquérito de saúde brasileiro. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 11, Suplemento 1, p. 159-67, 2008.

MARQUES, A. M. Gênero e saúde: uma relação ainda oculta. In: STREY, M; NOGUEIRA, C; AZAMBUJA, M. R. (orgs.). **Gênero e saúde: diálogos ibero-brasileiros**. Porto Alegre: Edipucrs, 2010. p. 35–58.

MASTELLA, J. O. **Análise de Classes Latentes: da Teoria à Prática**. Porto Alegre: UFRGS, 2015.

MAZO, G. Z.; BENEDETTI, T. B.; SACOMORI, C. Association between participation in community groups and being more physically active among older adults from Florianópolis, Brazil. **Clinical Science**, v. 66, n. 11, p. 1861–1866, 2011.

MCKINLA, Y. E. **Men and Health: a literature review**. Wellington: Wellington School of Medicine and Health Sciences, Otago University, 2005.

MIRANDA, L. C. V. **Fatores Associados à Qualidade de Vida de Idosos de um Centro de Referência, em Belo Horizonte, Minas Gerais**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da UFMG, Belo Horizonte, 2014.

MOURA, E. C.; GOMES, R.; PEREIRA, G. M. C. Percepções sobre a saúde dos homens numa perspectiva relacional de gênero, Brasil, 2014. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 291-300, 2017.

NASCIMENTO, A. R. A.; GIANORDOLI-NASCIMENTO, I. F. A utilização dos serviços de saúde pelos homens: frequências e motivos. In: TRINDADE, Z. A; MENANDRO, M. C. S.; NASCIMENTO, C. R. R. **Masculinidades e práticas de saúde**. Vitória: GM, 2011. p. 171-186.

NASRI, F. O envelhecimento populacional no Brasil. **Einstein**, v. 6, Suplemento 1, p. S4-S6, 2008.

NORONHA, K. V.; ANDRADE, M. V. Desigualdades sociais em saúde e na utilização dos serviços de saúde entre os idosos na América Latina. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 17, n. 5/6, p. 410-8, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Mental Health: New Understanding, New Hope**. 1ª edição, Lisboa, abril de 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Rumo a uma linguagem comum para funcionalidade, incapacidade e saúde: CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde**. Genebra; 2002 [citado 2016 jan 20]. Disponível em: <http://www.fsp.usp.br/cbcd/wpcontent/uploads/2015/11/Guia-para-principiantes-CIF-CBCD.pdf>

PHILLIPS, K.; MORRISON, K.; ANDERSEN, R.; ADAY, L. Understanding the context of healthcare utilization: assessing environmental and provider-related

variables in the behavioral model of utilization. **Health Services Research**, v. 33, p. 571-96, 1998.

PILGER, C.; MENON, M. U.; MATHIAS, T. A. F. Utilização de serviços de saúde por idosos vivendo na comunidade. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 47, n. 1, p. 213-20, 2013.

PINEAULT, R.; DAVELUY, C. Les indicateurs d'utilisation des services de santé. In: **Pineault R, Daveluy C, editors. La planification de la santé: concepts, méthodes et stratégies**, Montréal: Agence d'Arc, p. 191-202, 1986.

PINHEIRO, R. S.; VIACAVA, F.; TRAVASSOS, C.; BRITO A. S. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 687-707, 2002.

ROCKVILLE, M. D. **AHRQ Publications: 2012**. United States. Department of Health and Human Services. National healthcare disparities report, 2011.

SCHRAIBER, L. B.; FIGUEIREDO, W. S.; GOMES, R.; COUTO, M. T.; PINHEIRO, T. F.; MACHIN, R.; et al. Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 5, p. 961-970, 2010.

SILVA, M. B.; BARBOSA, M. T. S. Indicadores de mortalidade dos idosos nos municípios do Rio de Janeiro e sua associação com fatores sociais. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, Passo Fundo, v. 7, n. 2, p. 181-188, maio-ago. 2010.

SMANIOTO, F. N.; HADDAD, M. C. F. L. Índice de Katz aplicado a idosos institucionalizados. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 12, n. 1, p. 18-23, 2011.

SNIJEDERS, T. A. B.; BOSKER, R. J. **Multilevel analysis. An introduction to basic and advanced multilevel modelling**. London - SAGE Publication: 1999.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, p. 190-198, 2004. Suplemento 2.

TRAVASSOS, C.; VIACAVA, F. Acesso e Uso de Serviços de Saúde em Idosos Residentes em Áreas Rurais, Brasil, 1998 e 2003. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2490-2502, out. 2007.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 43, n.3, p. 549-54, 2009.

VICTORA, C. G; HUTTLY, S. R; FUCHS, S. C; OLINTO, M. T. A. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. **Internacional Journal of Epidemiology**, v. 6, p. 224-7, 1997.

VIRTUOSO, J. F. et al. Morbidade e mortalidade da população idosa de Florianópolis: um estudo comparativo entre homens e mulheres. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 215-223, 2010.

WALLACE, S. P.; GUTIÉRREZ, V. F. La equidad del acceso de adultos mayores a la atención de salud en cuatro grandes ciudades latinoamericanas. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 17, n. 5/6, p. 394-409, 2005.

WANG, H. H.; SHYU, Y. L.; CHANG, H. Y.; BAI, Y. B.; STANAWAY, F.; LIN, J. D, et al. Prevalence, characteristics, and acute care utilization of disabled older adults with an absence of help for activities of daily living: findings from a nationally representative survey. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, v. 67, p. 28-33, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **World Report on Aging and Health**. Luxembourg: 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Men, ageing and health**, Geneva: 2001. 15 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **The uses of epidemiology in the study of the elderly**. Geneva: 1984.

WORLD POPULATION PROSPECTS, THE 2015 REVISION. New York: United Nations, Department of Economics and Social Affairs, Population Division, 2015.

YONG, C.; ONUKWUGHA, E.; MULLINS, C. D.; SEAL, B.; HUSSAIN, A. The use of health services among elderly patients with stage IV prostate cancer in the initial period following diagnosis. **Journal of Geriatric Oncology**, v. 5, n. 3, p. 290-298, 2014.

ANEXO A – PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Saúde
Ministério da Saúde




moreirars@cpqam.fiocruz.br


.....

LOGIN

[Esqueceu a senha?](#)
[Cadastre-se](#)
v3.0

Você está em: Público > Confirmar Aprovação pelo CAAE ou Parecer

CONFIRMAR APROVAÇÃO PELO CAAE OU PARECER

Informe o número do CAAE ou do Parecer:

Número do CAAE: Número do Parecer:

[Pesquisar](#)

Esta consulta retorna somente pareceres aprovados. Caso não apresente nenhum resultado, o número do parecer informado não é válido ou não corresponde a um parecer aprovado.

DETALHAMENTO

Título do Projeto de Pesquisa:

Número do CAAE: Número do Parecer:

Quem Assinou o Parecer: Pesquisador Responsável:

Data Início do Cronograma: Data Fim do Cronograma: Contato Público:

[Voltar](#)



Este sistema foi desenvolvido para os navegadores Internet Explorer (versão 7 ou superior) ou Mozilla Firefox (versão 9 ou superior).




ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DA PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE - 2013



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Consentimento do Informante do Domicílio

A Pesquisa Nacional de Saúde está sendo conduzida no Brasil pelo Ministério da Saúde, em parceria com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). A equipe de pesquisa foi treinada e qualificada em todos os procedimentos pelas duas instituições.

As informações coletadas servirão para uma melhor compreensão dos fatores que afetam a saúde das pessoas e ajudarão a elaborar políticas do governo dirigidas a melhorar o funcionamento da assistência e as condições de saúde da população brasileira.

A pesquisa vai ser realizada com moradores de 80.000 residências de todo o Brasil. O seu domicílio foi selecionado para participar da pesquisa por ter sido sorteado na amostra.

O(a) sr(a) foi identificado(a) como sendo a pessoa com mais conhecimento sobre o seu domicílio e nós gostaríamos de entrevistá-lo(a). A entrevista será feita por entrevistadores qualificados do IBGE e deverá durar, aproximadamente, 30 minutos. Serão feitas perguntas sobre características sociais e de saúde dos moradores do domicílio e sobre uso dos serviços de saúde e assistência de saúde no seu domicílio.

As informações que o(a) sr(a) nos fornecer serão totalmente confidenciais e não serão divulgadas para ninguém. Serão apenas utilizadas para objetivos de pesquisa. Seu nome, endereço e outras informações pessoais serão removidos do questionário e apenas um código será utilizado para relacionar seu nome e suas respostas, sem qualquer identificação. A Equipe da Pesquisa entrará em contato com o(a) sr(a) apenas se for necessário completar informações da entrevista.

Sua participação é voluntária e o(a) sr(a) pode interromper a entrevista mesmo depois de ter concordado em participar. O(a) sr(a) tem liberdade para não responder a qualquer pergunta do questionário. Em caso de recusa ou interrupção da entrevista, o(a) sr(a) não será exposto(a) a qualquer tipo de penalidade.

Gostaríamos de ressaltar ainda que se o(a) sr(a) vier a sofrer qualquer tipo de dano resultante de sua participação no estudo, previsto ou não no termo de consentimento, o(a) sr(a) terá direito à assistência integral e à uma indenização.

Caso o(a) sr(a) tenha qualquer dúvida sobre esta pesquisa, o(a) sr(a) pode me perguntar ou entrar em contato com a Coordenação da Pesquisa ou com o Comitê de ética em Pesquisa, órgão responsável pelo esclarecimento de dúvidas relativas aos procedimentos éticos da pesquisa e pelo acolhimento de eventuais denúncias quanto à condução do estudo.

Esse termo de consentimento foi elaborado em duas vias. Após a sua confirmação em participar, uma via permanecerá retida com o pesquisador responsável e a outra com o(a) sr(a).

O sr(a) aceita participar dessa pesquisa? () Sim () Não, recusou

Data: ____/____/____ Entrevistador: _____

Assinatura do participante: _____

Contato da Coordenação da Pesquisa:

Célia Landmann Szwarcwald
Pesquisador Titular
Av. Brasil, 4365, Rio de Janeiro - RJ
ICICT, FIOCRUZ, Ministério da Saúde
Tel: (21)3865-3259; (21)3865-3239
Horário de funcionamento: 10h às 18h
Fale conosco: www.pns.iciet.fiocruz.br

CONEP - Comissão Nacional De Ética Em Pesquisa

SEPN 510 Norte, bloco A 1º subsolo,
Edifício Ex-DNAN - Unidade II - Ministério da Saúde
CEP: 70750-521 - Brasília-DF
Telefone: (61) 3315-5878
Telefax: (61) 3315-5879
E-mail: conep@saude.gov.br
Horário de funcionamento: 8h às 18h