



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Instituto Aggeu Magalhães

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

Alana Maiara Brito Bibiano

Homens idosos e o uso dos serviços de saúde no Brasil: aspectos individuais e contextuais

Recife

2023

Alana Maiara Brito Bibiano

Homens idosos e o uso dos serviços de saúde no Brasil: aspectos individuais e contextuais

Tese de Doutorado em Saúde Pública apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, para obtenção do grau de Doutora em Ciências. Área de Concentração em Epidemiologia e Controle de Agravos à Saúde.

Orientador: Dr. Rafael da Silveira Moreira.

Recife

2023

Título do trabalho em inglês: Elderly men and the use of health services in Brazil: individual and contextual aspects.

B581h Bibiano, Alana Maiara Brito.
Homens idosos e o uso dos serviços de saúde no Brasil: aspectos individuais e contextuais / Alana Maiara Brito Bibiano. -- 2023.
107 p. : il.color.

Orientador: Rafael da Silveira Moreira.
Tese (Doutorado em Programa de Pós-graduação em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Instituto Aggeu Magalhães, Recife, 2023.
Bibliografia: f. 98-107.

1. serviços de saúde. 2. saúde do idoso. 3. saúde do homem. 4. análise de classes latentes. 5. análise multinível. I. Título.

CDU 614.2

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da Rede de Bibliotecas da Fiocruz com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Bibliotecário responsável pela elaboração da ficha catalográfica: Adagilson Batista Bispo da Silva - CRB-1239
Biblioteca Luciana Borges Abrantes dos Santos

Alana Maiara Brito Bibiano

Homens idosos e o uso dos serviços de saúde no Brasil: aspectos individuais e contextuais

Tese de Doutorado em Saúde Pública apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, para obtenção do grau de Doutora em Ciências. Área de Concentração em Epidemiologia e Controle de Agravos à Saúde.

Aprovada em: 19 de abril de 2023.

BANCA EXAMINADORA

Dr^a Vanessa de Lima Silva
Universidade Federal de Pernambuco

Dr^a Eduarda Ângela Pessoa Cesse
Instituto Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz

Dr. George Tadeu Nunes Diniz
Instituto Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz

Dr. Sidney Feitosa Farias
Instituto Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz

Dr. Rafael da Silveira Moreira
Instituto Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz

Aos meus pais e ao meu esposo por todo amor e incentivo nesta jornada.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pelo dom da vida, aos meus pais Giceli e Ricardo por todo apoio, incentivo e amor incondicional dado nessa trajetória, ao meu esposo João Felipe pelo amor, companheirismo e apoio desde o processo de seleção até a defesa, à minha irmã e meu sobrinho pelo amor e energias positivas, à minha família por vibrar comigo em cada conquista, ao meu orientador Rafael por todo apoio, dedicação e orientação desta tese, à minha amiga Guanaany por todo apoio e incentivo desde o começo desta caminhada, aos meus amigos que sempre torceram e estiveram comigo nesta jornada, aos professores do Doutorado em Saúde Pública por todo ensinamento e troca de saberes, aos colegas da turma da Fiocruz pelos trabalhos em equipe apresentados, discussão de artigos e trocas de vivências e experiências, a todos que sempre me incentivaram e estiveram comigo nessa caminhada. Muito obrigada. Essa vitória é nossa!

Ninguém caminha sem aprender a caminhar,
sem aprender a fazer o caminho caminhando,
refazendo e retocando o sonho
pelo qual se pôs a caminhar (FREIRE, 1997).

RESUMO

BIBIANO, Alana Maiara Brito. Homens idosos e o uso dos serviços de saúde no Brasil: aspectos individuais e contextuais. 2023. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2023.

A transição demográfica e epidemiológica vivenciada mundialmente nos últimos anos resultou no envelhecimento populacional com consequente aumento da demanda dos serviços de saúde pelos idosos. Historicamente, os homens utilizam menos os serviços de saúde que as mulheres, chegam na fase idosa com morbidades mais acentuadas e são pouco explorados nas pesquisas científicas. O objetivo desta tese foi analisar os fatores individuais e contextuais associados à utilização dos serviços de saúde por homens idosos brasileiros. Foi conduzido um estudo seccional analítico, de base populacional, com banco de dados secundários da Pesquisa Nacional de Saúde, 2019. Foram incluídos 19203 idosos (60 anos ou mais de idade) do sexo masculino. A variável dependente foi composta por questões da pesquisa referentes à utilização dos serviços de saúde analisada pelo método de Análise de Classes Latentes. As variáveis independentes foram os fatores dos níveis individuais e contextuais, organizadas de acordo com o modelo teórico de Utilização dos Serviços de Saúde e baseadas nos Determinantes Sociais de Saúde. Modelos simples e múltiplos de regressão logística foram aplicados considerando a significância estatística final de 5%. Os resultados foram expressos em *Odds Ratio* (OR) e seus respectivos Intervalos de Confiança de 95% (IC95%). Foram instituídos quatro tipos de uso dos serviços de saúde com predomínio de 70,3% de homens idosos que não utilizaram os serviços de saúde no último ano. Nas variáveis domiciliares, o uso esporádico dos serviços ou o uso no último ano com internação estavam associados a contextos domiciliares mais precários e desfavorecidos social e economicamente. No nível individual, piores perfis de uso foram encontrados em homens idosos mais velhos, negros, viúvos ou solteiros, sem plano de saúde médico ou odontológico e sem aposentadoria ou pensão. Por fim, fatores de necessidade como diagnóstico de doença crônica, percepção ruim do estado de saúde, dificuldade para realizar atividade diárias, uso contínuo de medicamentos e histórico de queda foram os que mais revelaram riscos para usar os três níveis de serviços de saúde, com internação no último ano. Os fatores associados à utilização dos serviços de saúde por homens idosos do Brasil foram representados por questões sociais desfavoráveis, e identificou-se que o uso dos serviços está condicionado, principalmente à presença de doença ou comorbidade, com ênfase na atenção curativa e reabilitadora, e não na promoção de saúde e prevenção de doenças. Nesse contexto, políticas e ações intra e intersetoriais específicas para esse público devem estimular a diminuição do efeito das desigualdades socioeconômicas e estimular o contato com os serviços de saúde de forma mais precoce, 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; análise de classes latentes; análise multinível.

ABSTRACT

BIBIANO, Alana Maiara Brito. Elderly men and the use of health services in Brazil: individual and contextual aspects. 2023. Thesis (Doctorate in Public Health) - Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2023.

The demographic and epidemiological transition experienced worldwide in recent years has not evolved into population aging with a consequent increase in demand for health services by the elderly. Historically, men use health services less than women, reach the elderly stage with more pronounced morbidities and are little explored in scientific research. The objective of this theses was to analyze the individual and contextual factors associated with the use of health services by elderly Brazilian men. An analytical cross-sectional study was conducted, population-based with secondary database of the National Health Survey, 2019. 19,203 male elderly (60 years or older) were included. The dependent variable consisted of research questions regarding the use of health services analyzed using the Latent Class Analysis method. The independent variables were the factors of the individual and contextual levels, organized according to the theoretical model of Use of Health Services and based on the Social Determinants of Health. Simple and multiple models of logistic regression were applied considering the final statistical significance of 5%. The results were expressed as Odds Ratio (OR) and their respective 95% Confidence Intervals (95%CI). Four types of use of health services were instituted, with a predominance of 70.3% of elderly men who had not used health services in the last year. In household variables, sporadic use of services or use in the last year with hospitalization were associated with more precarious and socially and economically disadvantaged home contexts. At the individual level, worse usage profiles were found in older, black, widowed or single men, without medical or dental health insurance and without retirement or pension. Finally, need factors such as diagnosis of chronic disease, poor perception of health status, difficulty in performing daily activities, continuous use of medication and history of falls were the ones that most revealed risks for using the three levels of health services, with hospitalization in the last year. The factors associated with the use of health services by elderly men in Brazil were represented by unfavorable social issues, and it was identified that the use of services is conditioned, mainly the presence of disease or comorbidity, with emphasis on curative and rehabilitative care, rather than health promotion and disease prevention. In this context, specific intra and intersectoral policies and actions for this public should encourage the reduction of the effect of socioeconomic inequalities and encourage earlier contact with health services, especially in Primary Care, to reduce gender disparities in care health.

Key words: health services; elderly health; men's health; latent class analysis; multilevel analysis.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Modelo dos Determinantes Sociais de Saúde de Dahlgren e Whitehead, 1991.....	29
Quadro 1 -	Descrição das questões referentes ao módulo de Utilização dos Serviços de Saúde da Pesquisa Nacional de Saúde.....	35
Figura 2 -	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, 2023.....	36
Quadro 2 -	Descrição das variáveis independentes referentes às questões da Pesquisa Nacional de Saúde sobre os fatores individuais dos homens idosos.....	37
Figura 3 -	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, 2023.....	40
Quadro 3 -	Descrição das variáveis independentes referentes às questões da Pesquisa Nacional de Saúde sobre os fatores domiciliares.....	41
Figura 4 -	Modelo de análise dos fatores associados à utilização dos serviços de saúde pelos homens idosos brasileiros, 2023.....	45

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, 2023.....	47
Tabela 2 -	Descrição das classes latentes geradas da variável dependente a partir dos padrões de resposta de cada questão selecionada da PNS, Brasil, 2023.....	48
Tabela 3 -	Resultados de adequação e ajuste de cada um dos modelos testados das classes latentes de Atividades Básicas e Instrumentais de Vida Diária, 2023.....	52
Tabela 4 -	Descrição das classes latentes geradas da variável independente sobre o nível de dificuldade para realizar Atividades Básicas e Instrumentais de Vida Diária a partir dos padrões de resposta de cada questão selecionada da PNS, Brasil, 2023.....	53
Tabela 5 -	Descrição das frequências relativas das variáveis independentes de nível domiciliar, Brasil, 2023.....	57
Tabela 6 -	Descrição das frequências relativas das variáveis independentes de nível individual de acordo com os fatores de necessidade, capacidade e predisposição ao uso dos serviços de saúde, Brasil, 2023.....	60
Tabela 7 -	Análise do Uso dos Serviços de Saúde pelos homens idosos segundo blocos de variáveis independentes de nível domiciliar, Brasil, 2023.....	61
Tabela 8 -	Análise do Uso dos Serviços de Saúde pelos homens idosos segundo blocos de variáveis independentes de nível individual, Brasil, 2023.....	69
Tabela 9 -	Valores de <i>odds ratio</i> bruta e do intervalo de confiança obtidos por análise univariada entre as variáveis domiciliares e o uso dos serviços de saúde, Brasil, 2023.....	73
Tabela 10 -	Valores de <i>odds ratio</i> bruta e do intervalo de confiança obtidos por análise univariada entre as variáveis individuais apresentadas no modelo hierarquizado e o uso dos serviços de saúde, Brasil, 2023.....	76
Tabela 11 -	Valores de <i>odds ratio</i> ajustada e intervalos de confiança obtidos por análise de regressão logística multinomial para associação entre o Uso dos Serviços de Saúde em relação ao uso frequente na atenção básica e média complexidade e as variáveis contextuais e individuais analisadas, Brasil, 2023.....	78

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

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
CDSS	Comissão sobre os Determinantes Sociais de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CNDSS	Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DSS	Determinantes Sociais da Saúde
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Intervalo de Confiança
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
LMR	Lo, Mendell, and Rubin
ODS	Objetivos do Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OR	Odds Ratio
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNAISH	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PSA	Antígeno Prostático Específico
RIDE	Região Integrada de Desenvolvimento Econômico
RM	Região Metropolitana
SM	Salário Mínimo
SUS	Sistema Único de Saúde

UF	Unidade da Federação
UPA	Unidades Primárias de Amostragem
USF	Unidade de Saúde da Família
VLMR	Vuong, Lo, Mendell, Rubin
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	OBJETIVOS	17
2.1	OBJETIVO GERAL.....	17
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	17
3	REFERENCIAL TEÓRICO	18
3.1	GÊNERO E SAÚDE DO HOMEM.....	18
3.2	ENVELHECIMENTO E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE.....	23
3.3	PROCESSO SAÚDE-DOENÇA E OS DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE.....	27
4	MÉTODO	33
4.1	TIPO E LOCAL DE ESTUDO.....	33
4.2	POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	33
4.3	RECRUTAMENTO DOS DADOS.....	34
4.4	VARIÁVEIS.....	34
4.4.1	Variável Dependente	34
4.4.2	Variáveis Independentes	37
4.5	PLANO DE ANÁLISE.....	42
4.5.1	Análise de Classes Latentes	42
4.5.2	Estatística descritiva e analítica	43
4.6	ASPECTOS ÉTICOS.....	46
5	RESULTADOS	47
5.1	UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE.....	47
5.2	ATIVIDADES BÁSICAS E INSTRUMENTAIS DE VIDA DIÁRIA.....	52
5.3	FATORES ASSOCIADOS AO USO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE.....	56
6	DISCUSSÃO	84
7	CONCLUSÃO	96
	REFERÊNCIAS	98

1 INTRODUÇÃO

Os estudos científicos direcionados à produção do conhecimento sobre a saúde do homem foram iniciados na década de 1970 com temáticas relacionadas aos déficits de saúde do público masculino e às desvantagens nos perfis de morbimortalidade em relação às mulheres (COURTENAY, 2000; MOREIRA *et al.*, 2016). No entanto, foram pouco divulgados pois estariam evidenciando as fragilidades e vulnerabilidades masculinas que não poderiam ser expostas à época. Com isso, as desigualdades sociais e de saúde entre homens e mulheres foram relatadas na comunidade científica, inicialmente, na perspectiva do público feminino.

Sob o ponto de vista da equidade, entendida como a maneira de lidar de forma diferente para aqueles que têm condições de vida diferentes e propor um tratamento justo a todos, os homens merecem um olhar diferenciado pois a posição de provedor e detentor do poder sobre as mulheres os levaram para uma situação de vulnerabilidade de vida e de saúde. A percepção do homem invulnerável que foi construída ao longo do tempo fez com que os homens, na fase adulta e idosa, carregassem estigmas e preconceitos que os afastam das buscas por saúde, quando ainda não estão adoecidos.

No campo da saúde do homem, os estudos têm evoluído no sentido de analisar a 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 (COUTO; GOMES, 2012). Algumas hipóteses explicativas para essas diferenças são as 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).

As desigualdades na utilização dos serviços de saúde, por sua vez, podem afetar a sociedade como um todo e a exclusão sistemática de alguns grupos populacionais pode levar ao surgimento de novas doenças além de perpetuar paradigmas de masculinidades que afastam ainda mais os homens dos cuidados em saúde em todas as fases da vida. Dessa forma, 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), ao passo que também pode servir de base para o aperfeiçoamento das políticas públicas já existentes.

Estudos prévios revelaram que as mulheres utilizam mais os serviços de saúde que os homens, em geral, devido às variações de necessidades de saúde entre os sexos e gêneros (PILGER *et al.*, 2013; FERNANDES *et al.*, 2009; TRAVASSOS *et al.*, 2002), todavia, os homens também utilizam os serviços, mesmo que em menor proporção, e pouco são explorados nas pesquisas científicas.

Uma revisão sistemática conduzida para identificar estudos já publicados sobre os fatores associados à utilização dos serviços de saúde por homens idosos encontrou oito publicações com fatores individuais associados ao uso, principalmente de necessidade em saúde voltadas para o câncer de próstata ou hospitalização (BIBIANO *et al.*, 2019). Nesse ínterim, observou-se a ênfase na atenção à saúde e o foco das pesquisas científicas sobre os homens idosos voltados para um único órgão, neste caso a próstata, ou a caracterização do uso dos serviços de saúde por meio da hospitalização.

A pluralidade dos homens, assim como suas necessidades de saúde, precisa ser compreendida, por isso é importante reconhecer como eles expressam tais necessidades e como estão sendo absorvidos pelos sistemas de cuidado em saúde (COELHO, 2014).

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 (PNAISH) 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 masculino, 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 *et al.*, 2012).

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 (BIBIANO *et al.*, 2019).

O envelhecimento da população é um fenômeno mundial, e no Brasil 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).

Stopa *et al.* (2017) ressaltam que estudos de base populacional são fundamentais para descrever frequências e tendências e para o conhecimento do acesso e da utilização dos serviços de saúde. Vale destacar que o padrão de utilização dos serviços de um determinado grupo populacional é explicado principalmente pelo perfil de necessidades de saúde, porém também pode estar condicionado a fatores internos e externos ao setor saúde, como por exemplo às condições socioeconômicas dos domicílios, municípios e estados que apresentam grandes desigualdades nas diferentes regiões do país (VERMELHO; MONTEIRO, 2004).

Vale ressaltar, também, que a maioria dos estudos tem analisado os determinantes individuais do uso de serviços de saúde, permitindo a identificação de grupos historicamente excluídos (DEROSE *et al.*, 2007), porém, os determinantes de saúde e de acesso a serviços não se restringem a fatores individuais. Análises que examinem também os determinantes contextuais do uso de serviços são necessários para compreender a complexa rede de acesso a serviços (SANTOS *et al.*, 2007). Nesse sentido, essa pesquisa se justifica pela necessidade de análise dos determinantes sociais da utilização dos serviços de saúde de níveis individual e contextual pelos homens idosos, que não foram encontrados em pesquisas anteriores.

O tema 'Saúde' já foi amplamente abordado em suplementos da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 1998, 2003 e 2008, e em 2013, em convênio com o Ministério da Saúde, foi explorado por meio da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) que contempla diversos assuntos relacionados à saúde da população brasileira (BRASIL, 2020), com sua última edição realizada no ano de 2019, e publicada em 2020 e 2021. Com isso, os dados da PNS podem fornecer subsídios para análises da situação de saúde da população brasileira, em especial dos homens idosos. Ademais, a utilização

de dados secundários em pesquisas científicas se configura como um caminho possível para reflexões e inferências em saúde em âmbito nacional.

Para análise da temática desta tese, deve-se considerar que a utilização dos serviços de saúde é um fenômeno não diretamente observado ou mensurado, porém a maioria das publicações científicas utiliza uma única variável para abordar o fenômeno (BIBIANO *et al.*, 2019) por meio de abordagens tradicionais de análises estatísticas, o que restringe o estudo da temática. Exemplos desses estudos podem ser encontrados nos artigos de Arruda e Marcon (2016), Arruda *et al.* (2017), Chiavegatto Filho *et al.* (2015) e Kim *et al.* (2015).

Esta tese, por sua vez, pretende investigar o uso dos serviços de saúde com os dados de diversas variáveis observadas da PNS, por meio do método estatístico de Análise de Classes Latentes (ACL) que identifica distintas classes baseados nos padrões de respostas de variáveis categóricas, para gerar, posteriormente, uma variável latente de utilização dos serviços de saúde.

Dessa forma, frente à escassez de dados que abordem os aspectos individuais e contextuais associados à utilização de serviços de saúde por homens idosos no Brasil, fez-se necessário fazer a seguinte pergunta de pesquisa para a condução desta tese: Quais são os fatores individuais e contextuais associados à utilização dos serviços de saúde por homens idosos no Brasil?

Esses achados permitirão a identificação dos fatores associados ao uso dos serviços de saúde pelos homens idosos, contribuindo para o planejamento, elaboração e aperfeiçoamento de estratégias de cuidado para o público idoso masculino.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar os fatores individuais e contextuais associados à utilização dos serviços de saúde por homens idosos no Brasil.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Identificar o perfil de utilização dos serviços de saúde pelos homens idosos no Brasil;
- b) Descrever os aspectos contextuais dos domicílios dos homens idosos;
- c) Descrever as características individuais dos homens idosos;
- d) Analisar a associação entre a utilização dos serviços de saúde por homens idosos no Brasil e os aspectos contextuais e individuais.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico desta tese se apoia em três linhas de reflexão para compreensão do objeto de estudo, a saber: o conceito de gênero e a sua relação com a saúde do homem; o processo de envelhecimento e o uso dos serviços de saúde; e a concepção do processo saúde-doença e a utilização dos determinantes sociais de saúde nas pesquisas científicas.

3.1 GÊNERO E SAÚDE DO HOMEM

A palavra gênero apresenta diversos significados no dicionário da Língua Portuguesa, desde um conceito generalista que carrega em si todas as particularidades e características que um grupo, classe, seres vivos, categoria gramatical e coisas têm em comum até a diferença entre homens e mulheres que, construída socialmente, pode variar segundo a cultura, determinando o papel social atribuído ao homem e à mulher e às suas identidades sexuais (FERREIRA, 1999). Para a historiadora Joan Scott (1989), em seu texto base das pesquisas sobre gênero, as ideias que o termo 'gênero' pretende significar têm uma história a ser considerada para além de todo e qualquer conceito codificado.

Ao considerar o termo gênero enquanto categoria 'masculino' e 'feminino', torna-se necessária a análise da história de homens e mulheres na descoberta do leque de papéis e simbolismos sexuais nas diferentes sociedades e períodos e encontrar o sentido e a maneira que eles funcionavam para manter ou modificar a ordem social (DAVIS, 1975). Para Joan Scott (1989), o termo gênero fez parte da tentativa empreendida pelas feministas para reivindicar um certo terreno de definição e para sublinhar a incapacidade das teorias existentes para explicar as persistentes desigualdades entre as mulheres e os homens. Com isso, o interesse pela categoria de gênero incluiu, em primeiro lugar, a narrativa dos oprimidos, nesse caso as mulheres, com a análise do sentido e natureza da opressão, e em segundo lugar, na análise das desigualdades de poder (SCOTT, 1989).

Nesse ínterim, o conceito de gênero remete à construção social que torna desiguais homens e mulheres, porquanto são produtos do meio social com condições de vida variáveis. A naturalização da condição humana de ser homem ou mulher, forte ou frágil, impôs padrões para cada gênero que legitimaram as desigualdades sociais

e políticas ao longo do tempo, com maior peso negativo para as mulheres. Destarte, as análises sobre a temática de gênero chamaram a atenção para a invisibilidade feminina com grandes lutas por igualdade de oportunidades e direitos individuais, além da necessidade de romper paradigmas disciplinares (ANJOS, 2008; SCOTT, 1989).

Os caminhos que a sociedade percorreu que levaram às desigualdades de acesso a recursos e bens simbólicos entre homens e mulheres podem ser compreendidos pelas teorias de gênero. A primeira teoria, inteiramente feminista, centrava na explicação das origens do patriarcado. Esta era baseada na necessidade masculina de dominar as mulheres, com fins de perpetuar a reprodução da espécie e a continuidade geracional (SCOTT, 1989). Para McKinnon (1982) a chave do patriarcado estava na sexualidade revelando a subordinação das mulheres: “A objetificação sexual é o processo primário de sujeição das mulheres”. Nessa teoria a fonte das desigualdades estava na sexualidade, com foco nas diferenças físicas (biológicas), e foi avaliada como problemática pelas historiadoras pois considerou um significado para gênero de forma permanente ou inerente ao corpo humano fora de uma construção social ou cultural.

Outra teoria sobre a temática se situou numa tradição feminista marxista e apresentou uma abordagem mais histórica, porém centrava-se na explicação material do termo gênero, limitando o desenvolvimento de novas linhas de análises no qual famílias, lares e sexualidade eram resultados dos modos de produção, com os sistemas ‘capitalismo’ e ‘patriarcado’ analisados de forma separadas, entretanto em interação (SCOTT, 1989). Para Joan Kelly (1984) os sistemas econômicos e os sistemas de gênero interagem para produzir as experiências sociais e históricas e os dois operam simultaneamente para reproduzir as estruturas socioeconômicas e as estruturas de dominação masculina sobre a feminina. Destarte, essa teoria teve o gênero analisado como um subproduto das estruturas econômicas vigentes e não como uma categoria independente e própria.

Já a teoria sobre gênero que se apoiou na base da Psicanálise analisou o processo pelo qual a identidade do sujeito foi criada centrada nas primeiras etapas do desenvolvimento da criança para identificar traços da formação da identidade de gênero. Por um lado, as experiências que as crianças vivenciavam na família ou a formação da linguagem inconsciente na comunicação para com os pais são pontos chaves na formação dessa identidade. Por outro lado, as crianças predominantemente

experimentam a divisão de tarefas masculinas e femininas que lhes foram atribuídas ao longo da infância, e acabam por reproduzir estereótipos de gênero desiguais baseados na família, fora do contexto social, econômico, político ou de poder (SCOTT, 1989).

Isto posto, essas teorias revelaram ao longo da história uma ideia de oposição binária entre masculino e feminino, que necessitou ser reanalisado para que o gênero fosse estudado enquanto categoria analítica numa perspectiva relacional. A utilização do termo sugere uma análise interpretativa conjunta, pois informações sobre as mulheres são necessariamente informações sobre os homens e vice-versa e um implica no estudo do outro (SCOTT, 1989). Ademais, as teorias prévias apontaram para análises de gênero com origens singulares, sejam biológicas, econômicas ou psíquicas, e revelaram a necessidade de pensar nos processos como sistemas interconectados.

O gênero, então, apresenta múltiplas representações sociais, é igualmente construído nas representações materiais e simbólicas, na identidade subjetiva, nas relações de parentesco, na economia, no mercado de trabalho, na educação, na organização social, política e institucional e nas suas interações e conexões (SCOTT, 1989).

Scott (1989) sugere ainda que o gênero é um elemento constitutivo de relações sociais baseadas nas diferenças percebidas entre os sexos e é uma forma primária de dar significado às relações de poder. Deste modo, entende-se sexo referente às diferenças biológicas entre homens e mulheres, e gênero referente às desigualdades nas relações sociais de poder entre eles que resultam da construção social dos papéis. Sendo assim, o papel social dos homens e das mulheres é culturalmente determinado e determina as relações de poder, de dominação masculina e de subordinação feminina.

Parece oportuno dizer também que o gênero é compreendido como a interpretação cultural do sexo, ou seja, o conjunto de expectativas sociais colocadas sobre as funções a serem desempenhadas por homens e mulheres. Colocando o sexo como base, a sociedade define os papéis, identidades, atitudes, comportamentos e funções a serem atribuídos a cada um, determinando as relações de poder. Entrementes, esse conceito não se limita a relacionar o sexo com os diferentes papéis na sociedade, mas transforma as diferenças em desigualdades (SILVA, 2015).

Esses papéis, por sua vez, reproduzem padrões de sensibilidade e fragilidade para as mulheres, e de força, coragem e invulnerabilidade para os homens, que são estimulados a suportarem, sem chorar, suas dores físicas e emocionais. Nesse sentido, as experiências vivenciadas na sociedade de forma subjetiva pelos homens moldam os comportamentos e as atitudes frente aos cuidados em saúde (BRAZ, 2005). Porém Silva (2015) ressalta que as necessidades e singularidades masculinas só começaram a despertar o interesse dos pesquisadores quando a sociedade começou a discutir como as relações de gênero influenciavam as atitudes dos homens.

Connell (1995) em seus estudos de base sobre masculinidade revelou que existem vários tipos de grupos de homens, que expressam suas masculinidades nas práticas sociais dependendo de condicionantes como raça, classe social, religião, esporte e trabalho, mas que existe uma masculinidade hegemônica, idealizada culturalmente, que reproduz continuamente as relações de dominação masculina que legitimam a sociedade patriarcal com características de agressividade, competição, virilidade, invulnerabilidade, entre outros.

Esse perfil de masculinidade hegemônica na sociedade patriarcal atribui características ao gênero masculino que não permite que o homem expresse sentimentos ou se preocupe com a própria saúde e dificulta a busca pelos serviços de saúde (SILVA, 2015). Nessa última hipótese, a busca dos serviços só ocorre se alguma situação interferir no seu papel de trabalhador ou em situações de saúde mais graves (KNAUTH *et al.*, 2012).

Os serviços de saúde, por sua vez, são regidos pela “Lei dos cuidados inversos”, que há cinco décadas já relatava que os indivíduos que mais necessitam de cuidados em saúde são os menos beneficiados por eles (HART, 1971). Neste contexto encontram-se os homens que são desassistidos ao longo da vida adulta e chegam à velhice necessitando de cuidados mais intensivos e utilizando os serviços de saúde de maior complexidade (BIBIANO *et al.*, 2018).

Apesar dos estudos sobre a saúde do homem mundialmente terem começado na década de 1970, a perspectiva de gênero só foi introduzida nessas discussões nos anos 1990. E apenas em 2008 a Irlanda instituiu uma política de saúde específica para os homens, sendo o primeiro país no mundo a documentar este feito. Como estratégia para superar questões problemáticas que afetam a saúde deles, foi desenvolvida no contexto irlandês uma atenção ampliada para o quadro de ações direcionadas a esta

população numa perspectiva de gênero e baseada nos determinantes sociais de saúde, como forma de impulsionar a construção de um lugar de maior visibilidade. (RICHARDSON; CARROLL, 2016; RICHARDSON; SMITH, 2011).

A Austrália também apresenta um cenário favorável no que se refere à saúde masculina, uma vez que os australianos ultrapassaram os 80 anos de vida e ações têm sido implementadas para promover atenção especializada a grupos populacionais específicos. Como parte das estratégias desenvolvidas, destacam-se a atenção sistemática, a implementação efetiva da política nacional de saúde masculina e a incorporação de uma lente de gênero para avaliar as problemáticas e necessidades específicas dos homens com vistas ao planejamento de estratégias a serem desenvolvidas a longo prazo - entre os anos de 2020 e 2030 (BAKER, 2015).

No Brasil, em 2009, foi instituída uma política pública direcionada aos homens (BRASIL, 2009; DANIEL *et al.*, 2012), no entanto esta política, apesar de ampliar o olhar para a saúde do homem, tem o foco no aspecto biológico e epidemiológico. Alguns autores (GOMES *et al.*, 2012; SCHWARZ, 2012; MARTINS; MALAMUT, 2013) descrevem que ela não considera os determinantes sociais da saúde e da doença, não auxilia a trazer os homens para as unidades de saúde e nem a desenvolver um olhar diferenciado para o atendimento deste sujeito pautado na promoção da saúde e no conceito de integralidade, e ainda está estruturada no modelo biomédico de saúde, o que dificulta a discussão do conceito relacional de gênero (SILVA, 2015). Além disso, a política só é destinada ao público de 25 a 59 anos e não considera os aspectos relacionados ao envelhecimento do homem.

É importante destacar ainda que o papel de homem forte e invulnerável parece se perder com a idade. Ao homem idoso é permitido demonstrar fraqueza e vulnerabilidade pois para eles (idosos) existem atividades específicas nos serviços de saúde e é esperado que busquem o cuidado. A representação é de que o homem deve ser invulnerável para poder trabalhar e suprir o papel de provedor, ao passo que quando já está aposentado já cumpriu o seu papel com a sociedade lhe sendo permitido tirar a máscara de invulnerável, forte e corajoso (SILVA, 2015). Contudo, pouco se tem publicado na literatura sobre as questões de saúde específicas do público idoso masculino.

Dessa forma, é lícito supor que as relações de gênero em saúde construídas ao longo da história trazem um peso maior de descuido com a saúde por parte dos homens, que o conceito de gênero numa perspectiva relacional ainda deixa a desejar

no contexto das políticas públicas brasileiras, e, por isso, ressalta-se que pesquisas sobre a saúde dos homens idosos são necessárias para ampliar o olhar para as vulnerabilidades dessa população e propor estratégias de saúde equânimes direcionadas a eles.

3.2 ENVELHECIMENTO E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Nas últimas décadas a população mundial vivenciou um processo de envelhecimento e a maioria dos países do mundo tem experimentado uma elevação no número 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 aquele indivíduo com idade igual ou superior a 60 anos para países em desenvolvimento e 65 anos ou mais para países desenvolvidos (WHO, 1984).

Para a melhor compreensão do estudo do processo de envelhecimento, faz-se necessário relatar o contexto histórico dos principais acontecimentos relacionados ao tema. Ao longo da história os principais determinantes do aumento no número de idosos na população mundial foram a fecundidade, mortalidade, migração, guerras e epidemias. 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 Organização das Nações Unidas (ONU) em 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

gênero, 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 populacional, 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).

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 e GARCIA; 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 e 76,6 anos em 2019 (IBGE, 2019).

Com o processo de transição demográfica o perfil de saúde-doença da população também se altera. Em um país essencialmente jovem, as doenças são caracterizadas por eventos causados por enfermidades 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 à 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 *et al.*, 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 *et al.*, 1987).

Tanto nos países desenvolvidos, como nos países em desenvolvimento, as DCNT são significativas, podendo causar incapacidade e reduzir a qualidade de vida da população idosa (MIRANDA, 2014). 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 *et al.*, 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).

O principal resultado dessas transições nos últimos anos é a maior procura e uso dos serviços de saúde por parte dos idosos, em consequência das maiores cargas de DCNT 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 de maior vulnerabilidade biológica (TRAVASSOS; VIACAVA, 2007). Contudo, não se pode descartar a existência de vulnerabilidades sociais no padrão de utilização dos serviços de saúde (BIBIANO *et al.*, 2018).

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).

O conceito de uso compreende todo contato direto (consultas médicas e hospitalizações) ou indireto (realização de exames preventivos e diagnósticos) com os serviços de saúde e 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).

Já 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 ambulatórios, 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 (ambulatório, 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 de Saúde é o de 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 de saúde, em que os fatores predisponentes influenciam os de capacitação, e as necessidades representam o determinante mais proximal da utilização dos serviços de saúde (ANDERSEN, 1995; PHILLIPS *et al.*, 1998). Este modelo teórico, por sua vez, foi o escolhido para ser utilizado nesta tese.

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, raça, entre outros (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 cenário, 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 de base populacional fornecem esse tipo de informação. 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.

3.3 PROCESSO SAÚDE-DOENÇA E OS DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE

Ao longo da história vários paradigmas explicativos do processo saúde-doença das populações foram analisados, desde a concepção de doença enquanto transgressões místicas, sobrenaturais e religiosas, até concepções de origem química, física, biológica e bacteriológica, com perspectivas predominantemente uni

causais. Nesse contexto vale destacar o modelo explicativo que vigorou por muitos anos, intitulado de modelo biomédico, que incorporou as concepções sobre a estrutura e funcionamento do corpo humano com enfoque biológico e mecanicista, e entendia o corpo enquanto uma máquina em engrenagem, e sua deficiência/doença foi descrita com o mal funcionamento de uma das partes dessa máquina (BARROS, 2002).

Para além desses modelos com abordagens uni causais e para responder às importantes mudanças sociais e práticas de saúde observadas com os processos de urbanização e industrialização no século XX, as condições econômicas e sociais começaram a ser incorporadas na análise do processo saúde-doença e na sua relação com a construção do campo da saúde e passaram a ser submetidas à pesquisa científica (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Por vários anos os aspectos biológicos versus sociais foram centrais nos debates entre a medicina e a saúde pública com permanente tensão entre essas abordagens ao longo do século XX. Em 1948, a Organização Mundial de Saúde (OMS) revelou uma concepção da saúde que amplia para além de um enfoque centrado na doença e definiu a saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doença ou enfermidade (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

No Brasil, em 1986, na ocasião da VIII Conferência Nacional de Saúde, o conceito de saúde foi ampliado e considerado como resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde, resultado das formas de organização social e de produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (BRASIL, 1986). Já em 1988, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) na Constituição Federal, a saúde é vista como um valor e um direito humano fundamental, legitimado pela justiça social. Essas concepções trouxeram um novo olhar para o processo saúde-doença e os determinantes sociais da saúde que foram discutidos até o final do século passado e início deste século.

Em 2005, a OMS criou a Comissão sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CDSS) com o objetivo de promover, em âmbito internacional, uma tomada de consciência sobre a importância dos determinantes sociais na situação de saúde de indivíduos e populações e sobre a necessidade de combate às iniquidades de saúde por eles geradas. Nesse sentido, entende-se como Determinantes Sociais da Saúde

(DSS) os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população (BRASIL, 2008).

No Brasil, em 2006, foi estabelecida a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), que reestruturou os estudos e direcionou as ações governamentais específicas sobre o tema no país. Vale destacar que o principal desafio dos estudos sobre as relações entre os DSS foi estabelecer uma hierarquia de determinações entre os fatores mais gerais de cunho social, econômico, político e as mediações através das quais esses fatores incidem sobre a situação de saúde de grupos e pessoas, já que a relação de determinação não é uma simples relação direta de causa-efeito (BRASIL, 2008).

Nesse sentido, alguns modelos teóricos esquematizaram as formas com que os determinantes sociais podem afetar a saúde e o principal e mais utilizado nas pesquisas científicas é o Modelo de DSS de Dahlgren e Whitehead (1991) e foi utilizado como base de apoio na análise metodológica desta tese. Este modelo dispõe os DSS em diferentes camadas, desde uma camada mais próxima dos determinantes individuais até uma camada distal com os 'macros' determinantes. Esse modelo está demonstrado na Figura 1.

Figura 1 - Modelo dos Determinantes Sociais de Saúde de Dahlgren e Whitehead, 1991.



Fonte: Dahlgren e Whitehead (1991).

Os indivíduos estão na base do modelo teórico, com suas características individuais de idade, sexo e fatores genéticos que exercem influência sobre suas condições de saúde. Na camada imediatamente externa estão o comportamento e os estilos de vida individuais, que estão relacionados tanto com as opções feitas pelo livre arbítrio das pessoas de adotar ou não certos comportamentos, como também com as informações e disponibilidade de serviços e acesso a alimentos saudáveis e espaços de lazer e exercício físico (DAHLGREN; WHITEHEAD, 1991; BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

A camada seguinte mostra a influência das redes comunitárias e de apoio que expressam os níveis de interação social, seguida da camada representada pelos fatores relacionados a condições de vida e de trabalho, disponibilidade de alimentos e acesso a ambientes e serviços essenciais, como saúde e educação. Por fim, na última camada estão situados os 'macros' determinantes relacionados às condições econômicas, culturais e ambientais da sociedade e que possuem grande influência sobre as demais camadas (DAHLGREN; WHITEHEAD, 1991; BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Diante do exposto, ao compreender a influência desses determinantes sobre a saúde de indivíduos ou grupos de pessoas, as pesquisas científicas utilizam este modelo dos DSS como base para estudar a saúde da população. Com relação às pesquisas de base populacional a nível nacional, o IBGE estuda o tema saúde desde os suplementos 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 2013-2014, 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 sua segunda edição coletada em 2019-2020 e publicada em 2020-2021.

O objetivo principal da PNS 2019 foi dotar o país de informações sobre os determinantes, condicionantes e necessidades de saúde da população brasileira, permitindo estabelecer medidas consistentes, capazes de auxiliar na elaboração de políticas públicas e alcançar maior efetividade nas intervenções em saúde (STOPA *et al*, 2020).

Com a PNS, instâncias executivas e legislativas, profissionais, pesquisadores, Conselhos de Saúde e demais agentes interessados no setor saúde, passaram 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 SUS. Com desenho próprio, a PNS foi planejada para estimar vários indicadores com a precisão desejada e para assegurar a continuidade no monitoramento da grande maioria dos indicadores do suplemento saúde da PNAD (BRASIL, 2021a).

Essa pesquisa contou 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 DCNT e fatores de risco associados. A edição de 2019 contou com cinco volumes publicados com os seguintes temas: Volume 1 - Informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde; Volume 2 - Atenção primária à saúde e informações antropométricas; Volume 3 – Percepção de saúde, estilo de vida, doenças crônicas e saúde bucal; Volume 4 – Acidentes, violência, doenças transmissíveis, atividade sexual, característica do trabalho e apoio social; e Volume 5 – Ciclos de vida. Os três primeiros volumes foram disponibilizados no ano de 2020 e os dois últimos em 2021 (BRASIL, 2020; BRASIL, 2020a; BRASIL, 2020b; BRASIL, 2021; BRASIL, 2021a). Dentro desses volumes concentram-se aspectos individuais e domiciliares considerados como fatores determinantes da saúde da população brasileira.

Para além de determinantes individuais, fatores contextuais (macro determinantes) também podem influenciar na determinação do processo saúde-doença, conforme o modelo de Dahlgren e Whitehead (1991) já descrito. O estudo da relação entre o contexto e a saúde e a influência dele na produção de desigualdades em saúde estão em crescente expansão na comunidade científica (LOUREIRO *et al.*, 2015).

Enquanto os fatores individuais são importantes para identificar quais indivíduos no interior de um grupo estão submetidos a maior risco, as diferenças nos níveis de saúde entre grupos, regiões ou países estão mais relacionadas com outros fatores, como por exemplo o grau de equidade na distribuição de renda (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007). Nesse sentido, modelos com mais de um nível de determinantes sociais (modelo multinível) em pesquisas epidemiológicas são necessários para análise da relação entre dados individuais e contextuais.

A adoção de modelos multinível para a compreensão de um determinado fenômeno implica o reconhecimento da existência de elementos explicativos

provenientes de diferentes níveis, que podem ser considerados como agregados sociais, isto é, coletividades que exercem efeito significativo sobre os comportamentos dos seus membros. Dessa forma, indivíduos podem constituir o nível inferior, enquanto o contexto em que estão inseridos constituem o nível superior (PUENTE-PALACIOS; LAROS, 2009).

Os modelos teóricos multinível constituem contribuições relevantes, na medida em que favorecem a estruturação e organização de modelos preditivos que testem a magnitude e expliquem os efeitos esperados de variáveis contextuais sobre os comportamentos individuais. Vale destacar ainda que a adoção de análise multinível é especialmente recomendada para investigar as interações entre variáveis de diferentes níveis (PUENTE-PALACIOS; LAROS, 2009).

4 MÉTODO

4.1 TIPO E LOCAL DO ESTUDO

Estudo do tipo seccional analítico, de base populacional, que utilizou o banco de dados secundários da PNS do IBGE, do ano de 2019, que aborda a saúde da população no Brasil nos cinco volumes publicados (BRASIL, 2020; BRASIL, 2020a; BRASIL, 2020b; BRASIL, 2021; BRASIL, 2021a).

4.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Para esta tese foram incluídos os indivíduos idosos (60 anos ou mais de idade) do sexo masculino selecionados pelo processo de amostragem da PNS-IBGE. A população-alvo da PNS consistiu dos indivíduos de 15 anos ou mais de idade, residentes em domicílios particulares permanentes, ou seja, construídos com a finalidade exclusiva de habitação. A amostra da PNS excluiu os domicílios localizados em setores censitários especiais ou de escassa população, como agrupamentos indígenas, quartéis, bases militares, alojamentos, acampamentos, embarcações, penitenciárias, colônias penais, presídios, cadeias, instituições de longa permanência para idosos, redes de atendimento integrado à criança e ao adolescente, conventos, hospitais, agrovilas de projetos de assentamento e agrupamentos quilombolas (STOPA *et al*, 2020).

A PNS é domiciliar e o plano amostral empregado foi a amostragem conglomerada em três estágios, com estratificação das Unidades Primárias de Amostragem (UPAs). Os setores censitários ou conjunto de setores formaram o primeiro estágio com as UPAs, os domicílios formaram as unidades de segundo estágio e os moradores com 15 anos ou mais de idade definiram as unidades de terceiro estágio, para responder à entrevista da pesquisa. Para dimensionar o tamanho da amostra com o nível de precisão desejado para as estimativas, foram considerados alguns indicadores da edição de 2013 da PNS, como dados de DCNT (diabetes, hipertensão, depressão), violências, uso de serviços de saúde, posse de plano de saúde, tabagismo, prática de atividade física e consumo de álcool, entre outros (STOPA *et al*, 2020). Mais detalhes do desenho e do processo de seleção amostral podem ser consultados nos relatórios da PNS (FREITAS *et al.*, 2007;

BRASIL, 2020; BRASIL, 2020a; BRASIL, 2020b; BRASIL, 2021; BRASIL, 2021a; STOPA *et al*, 2020)

A amostra prevista da PNS 2019 foi de 108525 domicílios particulares, considerando-se uma taxa de não resposta de 20%. Ao todo foram entrevistados no Brasil 293726 indivíduos com 15 anos ou mais de idade, sendo que 43554 eram idosos (60 anos ou mais), e destes, 19203 eram do sexo masculino, alvo do objeto de pesquisa desta tese (STOPA *et al*, 2020). Haja vista o desenho complexo de amostragem foram utilizados os pesos e os estratos necessários para a correta precisão das estimativas (FREITAS *et al.*, 2007).

4.3 RECRUTAMENTO DOS DADOS

O banco de dados da PNS-IBGE é de domínio público e está disponível no site do IBGE (<http://www.ibge.gov.br>) e foi resgatado para esta pesquisa. Os programas estatísticos utilizados foram SPSS, versão 22 para análise dos dados, Mplus 8 para a Análise de Classes Latentes (ACL) e MLwiN versão 3.05 para a análise multinível.

4.4 VARIÁVEIS

4.4.1 Variável Dependente

A variável dependente deste estudo corresponde ao tipo e à forma de serviço de saúde utilizado pelos homens idosos. Dessa forma, a variável dependente foi composta pelas questões selecionadas da PNS referentes à utilização dos serviços de saúde e analisadas por meio do método estatístico de Análise de Classes Latentes (ACL), e apresentadas, após análise, em uma única variável de uso de serviços de saúde que representa uma variedade de fenômenos para explicar o desfecho.

A Análise de Classes Latentes é usada para identificar subgrupos, tipos ou categorias de indivíduos de uma população em estudo e permite identificar padrões de resposta com base em características observadas, relacionando-as a um conjunto de classes latentes. A variável latente, ou construto, não é observada diretamente, mas sim mensurada indiretamente por meio de duas ou mais variáveis observadas. A ACL oferece uma abordagem para lidar com tabelas de contingência grandes e

complexas e pode ser utilizada em diversas áreas na literatura (COLLINS; LANZA, 2010).

Dessa forma, as doze questões da PNS selecionadas para compor a variável dependente estão descritas no Quadro 1, assim como o modelo de construção da variável desfecho “Uso dos serviços de saúde” está ilustrado na Figura 2.

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

(continua)

Variável – Questão da PNS	Categoria de resposta
1. Costuma procurar o mesmo lugar, mesmo médico ou mesmo serviço de saúde quando precisa de atendimento de saúde?	Sim
	Não
2. Quando consultou um médico pela última vez?	Até 1 ano
	Mais de 1 ano a 2 anos
	Mais de 2 anos a 3 anos
	Mais de 3 anos
	Nunca foi ao médico
3. Quando consultou um dentista pela última vez?	Até 1 ano
	Mais de 1 ano a 2 anos
	Mais de 2 anos a 3 anos
	Mais de 3 anos
	Nunca foi ao dentista
4. Nas duas últimas semanas, procurou algum lugar, serviço ou profissional de saúde para atendimento relacionado à própria saúde?	Sim
	Não
5. Qual foi o motivo principal pelo qual procurou atendimento relacionado à saúde nas duas últimas semanas?	Acidente ou lesão, doença ou problema odontológico
	Reabilitação, terapias, consulta a especialistas ou exame complementar de diagnóstico
	Vacinação ou outro atendimento preventivo
	Não procurou o serviço de saúde
6. Onde procurou o primeiro atendimento de saúde por este motivo nas duas últimas semanas?	Atenção Básica
	Serviço da média complexidade
	Serviço da alta complexidade
	Outro serviço de saúde
	Não procurou o serviço de saúde
7. Nos últimos 12 meses, ficou internado em hospital por 24 horas ou mais?	Sim
	Não
8. 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
	Não internou nos últimos 12 meses
9. Nos últimos 12 meses, teve atendimento de emergência no domicílio?	Sim
	Não

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

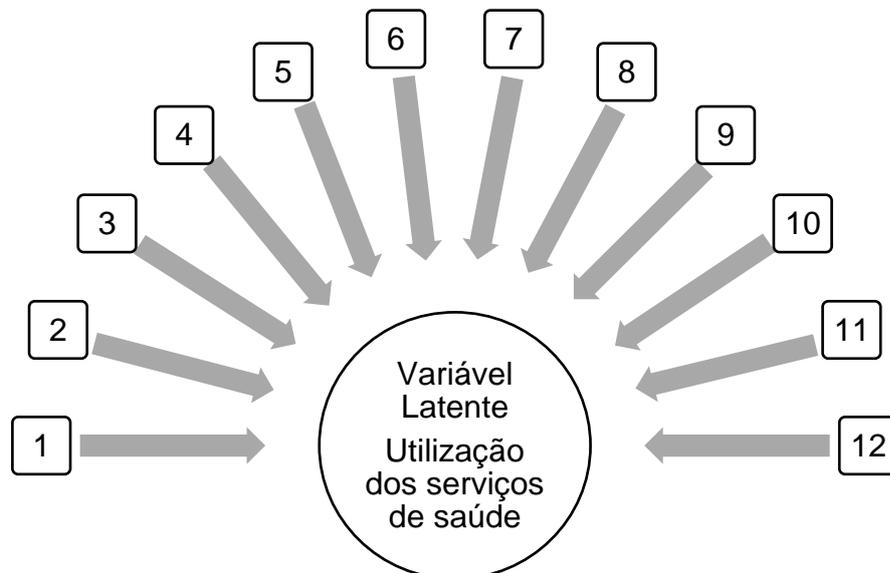
(conclusão)

Variável – Questão da PNS	Categoria de resposta
10. Nos últimos 12 meses, utilizou tratamento como acupuntura, homeopatia, plantas medicinais e fitoterapia, meditação, yoga, tai chi chuan, lian gong ou outra prática integrativa e complementar a saúde?	Sim
	Não
11. Quando foi a última vez que fez exame de vista por profissional de saúde?	Menos de 6 meses
	De 6 meses a menos de 1 ano
	De 1 ano a menos de 2 anos
	De 2 a 3 anos
	3 anos ou mais
	Nunca fez exame de vista
12. Nos últimos doze meses, tomou a vacina contra gripe?	Sim
	Não

Fonte: A autora, 2023.

Legenda: PNS – Pesquisa Nacional de Saúde.

Figura 2 - 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, 2023.



Fonte: A autora, 2023.

4.4.2 Variáveis independentes

As variáveis independentes foram compostas pelos blocos de variáveis de nível individual e domiciliar. Com relação ao bloco individual, as questões da PNS foram selecionadas e organizadas de acordo com o modelo teórico clássico de Utilização dos Serviços de Saúde proposto por Andersen e Newman (1973) sobre os fatores de predisposição, capacidade e de necessidade em saúde dos homens idosos (Quadro 2).

Quadro 2 - Descrição das variáveis independentes referentes às questões da Pesquisa Nacional de Saúde sobre os fatores individuais dos homens idosos.

(continua)

Fator investigado	Variável – Questão da PNS	Categoria de resposta
Fatores de Predisposição	Condição no domicílio	Pessoa responsável pelo domicílio
		Pessoa não responsável pelo domicílio
	Idade	Acima da mediana
		Abaixo da mediana
	Cor ou raça	Branca
		Preta ou parda
		Outro
	Estado Civil	Casado
		Divorciado ou desquitado ou separado
		Viúvo
Sabe ler e escrever?	Solteiro	
	Sim	
Fatores de Capacidade	Tem algum plano de saúde médico particular, de empresa ou órgão público?	Não
		Sim
	Tem algum plano odontológico particular, de empresa ou órgão público?	Não
		Sim
	Recebe normalmente rendimento de aposentadoria ou pensão do INSS ou do governo federal, estadual, municipal?	Sim
		Não
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
	De um modo geral, como é o seu estado de saúde?	Muito bom
		Bom
		Regular
Ruim		
	Muito ruim	

Quadro 2 - Descrição das variáveis independentes referentes às questões da Pesquisa Nacional de Saúde sobre os fatores individuais dos homens idosos.

(continuação)

Fator investigado	Variável – Questão da PNS	Categoria de resposta
Fatores de Necessidade	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, fechar e abrir botão?	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 em um mesmo andar, como do quarto para a sala?	Não consegue
		Tem grande dificuldade
		Tem pequena dificuldade
		Não tem dificuldade
	Em geral, que grau de dificuldade tem para deitar-se ou levantar-se da cama sozinho?	Não consegue
		Tem grande dificuldade
		Tem pequena dificuldade
		Não tem dificuldade
	Em geral, que grau de dificuldade tem para sentar-se ou levantar-se 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 de 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 os remédios sozinho (Engolir o remédio, organizar horário e capacidade de lembrar de tomar o remédio)?	Não consegue
		Tem grande dificuldade
		Tem pequena dificuldade
		Não tem dificuldade
Não faz uso de remédios		
Em geral, que grau de dificuldade tem para ir ao médico sozinho?	Não consegue	
	Tem grande dificuldade	
	Tem pequena dificuldade	
	Não tem dificuldade	
Em geral, que grau de dificuldade tem para sair sozinho utilizando um transporte como ônibus, metrô, táxi, carro, etc.?	Não consegue	
	Tem grande dificuldade	
	Tem pequena dificuldade	
	Não tem dificuldade	

Quadro 2 - Descrição das variáveis independentes referentes às questões da Pesquisa Nacional de Saúde sobre os fatores individuais dos homens idosos.

(conclusão)

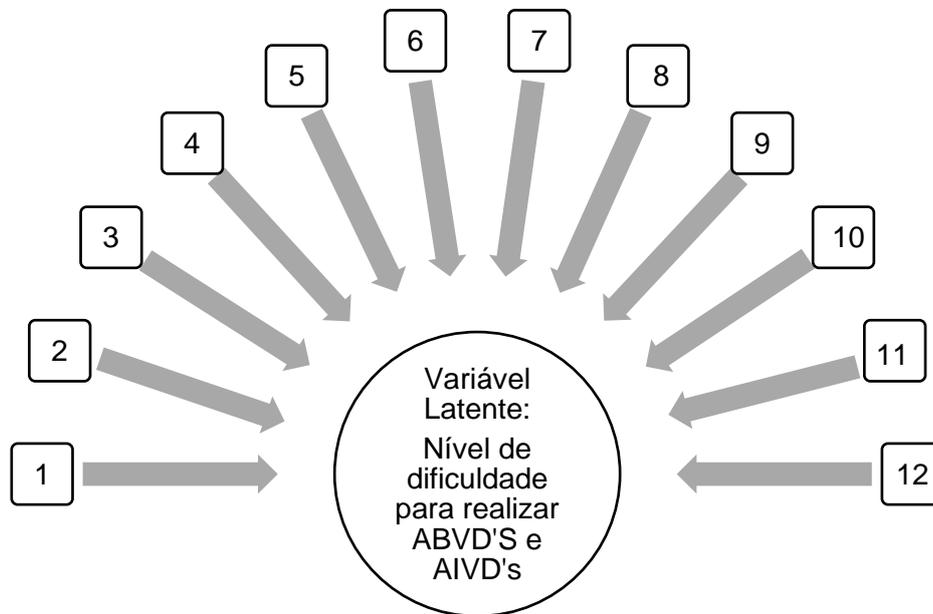
Fator investigado	Variável – Questão da PNS	Categoria de resposta
Fatores de Necessidade	Faz uso de algum medicamento, que foi receitado por um médico, para uso regular ou contínuo (Diário)?	Sim
		Não
	Nos últimos 12 meses, teve alguma queda?	Sim
		Não

Fonte: A autora, 2023.

Legenda: PNS – Pesquisa Nacional de Saúde; INSS: Instituto Nacional do Seguro Social.

Com relação aos fatores de necessidade em saúde referentes às questões que correspondem aos graus de dificuldades para realizar as Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD's) e Atividades Instrumentais de Vida Diária (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 das escalas foram utilizadas na PNS, como por exemplo, se o idoso apresenta continência urinária e fecal e se tem dificuldade ou não para utilizar o telefone. Dessa forma, o conjunto de questões que avaliou 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 os dados segundo as respostas semelhantes e formar uma variável latente única de nível de dificuldade para realizar ABVD's e AIVD's (Figura 3).

Figura 3 - 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, 2023.



Fonte: A autora, 2023.

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

As variáveis independentes de nível domiciliar estão descritas no Quadro 3 e também foram selecionadas do banco de dados da PNS. Essas variáveis correspondem as informações de nível contextual dos domicílios que os homens idosos moravam à época das entrevistas do IBGE para compor a PNS-2019.

Quadro 3 - Descrição das variáveis independentes referentes às questões da Pesquisa Nacional de Saúde sobre os fatores domiciliares.

(continua)

Variável – Questão da PNS	Categoria de resposta
Região do país	Norte
	Nordeste
	Sudeste
	Sul
	Centro-oeste
Relação pessoa/cômodo	Acima da mediana
	Abaixo da mediana
Tipo de situação censitária do domicílio	Urbano
	Rural
Tipo de área	Capital, RM e RIDE
	Resto da UF
Tipo de domicílio	Casa
	Apartamento
Qual é o material que predomina na construção das paredes externas deste domicílio?	Alvenaria
	Taipa, madeira ou outro
Qual é o material predominante na cobertura (telhado) do domicílio?	Telha ou laje de concreto
	Madeira ou outro
Qual é o material que predomina no piso deste domicílio?	Cerâmica, lajota ou pedra
	Madeira de construção ou cimento
	Terra ou outro material
Qual a principal forma de abastecimento de água deste domicílio?	Rede geral de distribuição
	Poço, fonte ou nascente
	Água armazenada da chuva ou outra
A água utilizada neste domicílio chega:	Canalizada
	Não canalizada
A água utilizada para beber neste domicílio é:	Filtrada, fervida ou tratada com hipoclorito
	Mineral industrializada
	Sem tratamento
Para onde vai o esgoto do banheiro? Ou para onde vai o esgoto do sanitário ou do buraco para dejeções?	Rede geral de esgoto
	Fossa séptica ou rudimentar
	Vala, rio, lago, córrego, mar ou outro
Qual o destino (principal) dado ao lixo?	Coletado por serviço de limpeza ou caçamba
	Queimado ou enterrado (na propriedade)
	Jogado em terreno baldio ou outro
Neste domicílio existe televisão em cores?	Sim
	Não
Neste domicílio existe geladeira?	Sim
	Não
Neste domicílio existe uma máquina de lavar roupa?	Sim
	Não
Neste domicílio existe telefone fixo convencional?	Sim
	Não
Neste domicílio existe telefone móvel celular?	Sim
	Não
Neste domicílio existe forno micro-ondas?	Sim
	Não

Quadro 3 - Descrição das variáveis independentes referentes às questões da Pesquisa Nacional de Saúde sobre os fatores domiciliares.

(conclusão)

Variável – Questão da PNS	Categoria de resposta
Neste domicílio existe computador (considere inclusive os portáteis, tais como: laptop, notebook ou netbook)?	Sim
	Não
Neste domicílio existe uma motocicleta?	Sim
	Não
Neste domicílio existe um automóvel?	Sim
	Não
Algum morador tem acesso à Internet no domicílio por meio de computador, tablet, telefone móvel celular, televisão ou outro equipamento?	Sim
	Não
No seu domicílio, há trabalhador (as) doméstico(as) que trabalham em seu domicílio três vezes ou mais por semana (empregada doméstica, babá, cuidador etc.)	Sim
	Não
Em seu domicílio, há algum animal de estimação?	Sim
	Não
O seu domicílio está cadastrado na Unidade de Saúde da Família?	Sim
	Não
Faixa de rendimento domiciliar per capita (exclusive o rendimento das pessoas cuja condição na unidade domiciliar era pensionista, empregado doméstico ou parente do empregado doméstico)	Até 1 salário mínimo
	Mais de 1 até 3 salários mínimos
	Mais de 3 até 5 salários mínimos
	Mais de 5 salários mínimos

Fonte: A autora, 2023.

Legenda: PNS – Pesquisa Nacional de Saúde; RM - Região Metropolitana; RIDE - Região Integrada de Desenvolvimento Econômico, análoga à região metropolitana e inclui mais de uma Unidade da Federação; UF - Unidade da Federação.

4.5 PLANO DE ANÁLISE

4.5.1 Análise de Classes Latentes

Para avaliar o modelo de classes latentes e identificar a quantidade de classes que melhor definiram o objeto de estudo, alguns critérios estatísticos foram considerados. O primeiro é a entropia, a probabilidade de o indivíduo estar perfeitamente classificado em uma determinada classe latente, cujas medidas podem variar entre “zero” e “um”, sendo que quanto mais próximo de “um” o valor estiver, mais adequado estará o modelo, indicando uma boa classificação do indivíduo na classe (COVER; THOMAS, 2006; NYLUND et al, 2007).

Outros critérios estatísticos considerados na ALC foram 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). Foram analisados ainda os testes estatísticos Vuong, Lo, Mendell, Rubin - teste de verossimilhança (VLMR) e Lo, Mendell, and Rubin - teste de verossimilhança (LMR) considerando os valores de $p < 0,05$ estatisticamente significantes, para verificar se o número de classes escolhido é melhor em termos de ajustes do modelo, quando comparado com o número de classes do modelo anterior.

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. Após a identificação das classes latentes do desfecho e da variável independente referente aos graus de dificuldade para ABVD's e AIVD's foram analisadas as variáveis independentes por meio de um modelo de ACL com covariáveis, ou seja, as variáveis independentes foram adicionadas ao modelo de ACL.

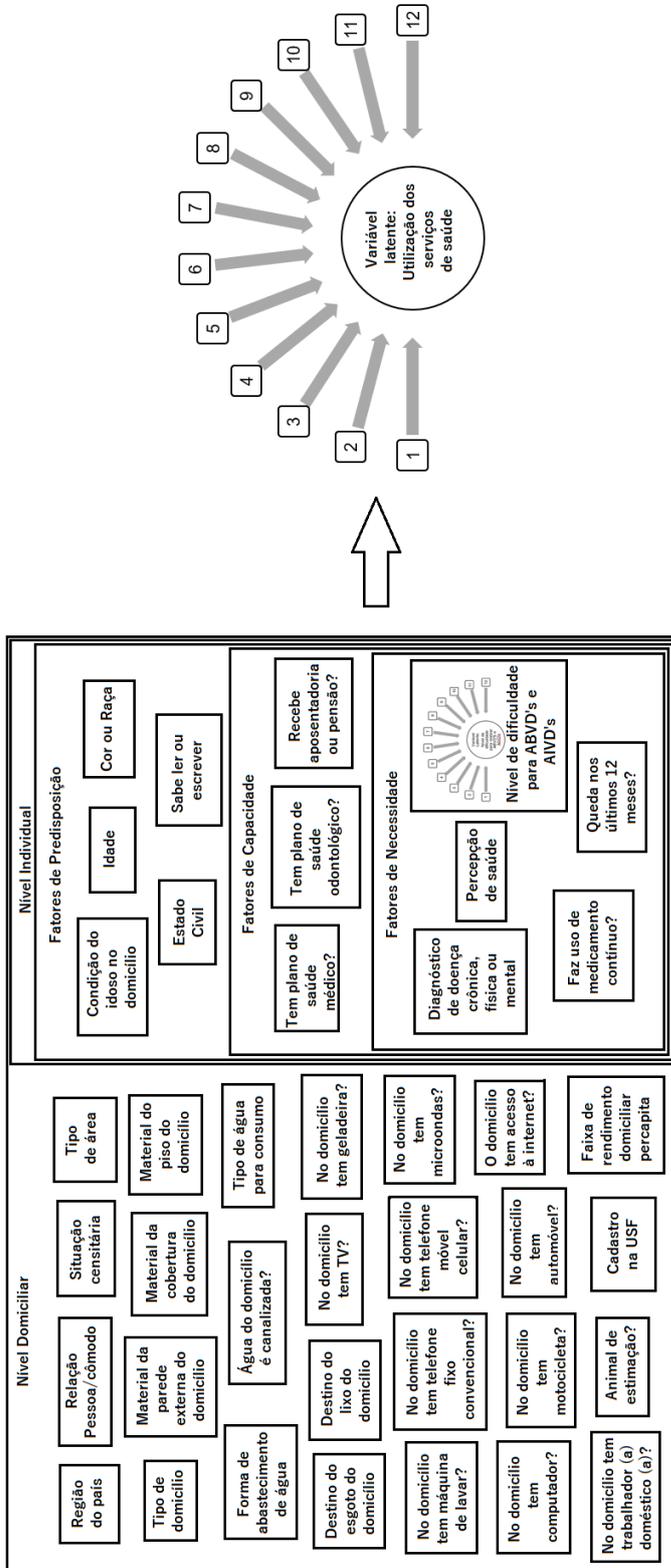
4.5.2 Estatística descritiva e analítica

Na análise estatística descritiva as variáveis independentes categóricas, tanto do nível domiciliar quanto individual, foram apresentadas na forma de tabela de frequência. 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 estatística considerado foi de 5% e os valores de resíduos padronizados $> 1,96$, para identificar os excessos estatisticamente significantes (valores observados maiores do que os esperados) em cada par de cruzamento entre as categorias das variáveis independentes com a variável dependente. As medidas de efeito dos fatores em estudo sobre a variável dependente foram expressas por *Odds Ratio* (OR) e seus respectivos Intervalos de Confiança de 95% (IC95%) e calculadas por modelos simples e múltiplos de regressão logística multinomial.

As variáveis independentes foram distribuídas em dois níveis de análise, a saber: domiciliar e individual. O nível individual ainda contou com uma classificação

de três blocos de acordo com o modelo teórico de utilização dos serviços de saúde de Andersen e Newman (1973) (fatores de predisposição, capacidade e necessidade de saúde), a fim de se executar uma análise hierarquizada, conforme preconizado por Victora *et al.* (1997), e assumindo como referência um modelo conceitual *a priori*, com inclinação teórica para o modelo estruturalista proposto por Dahlgren e Whitehead (1991). A partir disso, iniciou-se a análise univariada no nível contextual domiciliar e em cada bloco do nível individual. Dentro de cada nível hierárquico, 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 nível e foram considerados fatores de ajustes para os blocos subsequentes. Para selecionar no modelo as variáveis independentes significativas estatisticamente, foi utilizado o método *Backward* que é um algoritmo que inicia o modelo de regressão com todas as variáveis independentes e se retira a variável de maior p - valor, sendo esse procedimento repetido até que restem, no modelo, somente variáveis significativas ($p < 0,05$) (EFROYMSON, 1960). O modelo que guiou as análises está apresentado na Figura 4.

Figura 4 - Modelo de análise dos fatores associados à utilização dos serviços de saúde pelos homens idosos brasileiros, 2023.



Fonte: A autora, 2023.

Legenda: ABVD's – Atividades Básicas de Vida Diária; AIVD's – Atividades Instrumentais de Vida Diária; TV – Televisão; USF – Unidade de Saúde da Família;

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto da PNS 2019 foi encaminhado à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/Conselho Nacional de Saúde (CNS) e aprovado sob o Parecer nº 3.529.376, emitido em 23 de agosto de 2019. Os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido foram firmados nos dispositivos móveis de coleta dos entrevistadores do IBGE. Para esta tese, visto que os dados apresentados foram subsidiados por dados secundários de domínio público, não necessitou de nova submissão ao comitê de ética.

5 RESULTADOS

Foram incluídos nesta pesquisa 19203 homens idosos do banco de dados da PNS-2019 que residiam em 18931 domicílios. Inicialmente será apresentado o resultado da ACL da variável dependente, seguida da ACL da variável independente de ABVD's e AIVD's. Posteriormente, serão demonstrados os resultados das análises descritivas de cada variável do estudo e a estatística analítica com os resultados da análise uni e multivariada e do modelo multinível final.

5.1 UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Foram testados cinco modelos na ACL para identificar a quantidade de classes que melhor representa estatisticamente o uso dos serviços de saúde. O modelo que instituiu quatro classes latentes foi o que melhor apresentou entropia, critérios de informação de Akaike e Bayesiano e testes estatisticamente significativos (Tabela 1).

Tabela 1 - Resultados de adequação e ajuste de cada um dos modelos testados das classes latentes de Uso dos Serviços de Saúde, 2023.

Critérios Estatísticos	Número de Classes				
	2	3	4	5	6
AIC	265307,80	256953,25	251781,87	248710,59	248222,64
BIC	265787,43	257676,63	252748,99	249921,46	249677,26
BIC ajustado	265593,57	257384,26	252358,11	249432,06	249089,34
Entropia	1,000	1,000	1,000	0,866	0,838
Vuong-Lo-Mendell-Rubin - LRT	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,1070
Lo-Mendell-Rubin - LRT	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,1086

Fonte: A autora, 2023.

Observa-se que os modelos com duas, três e quatro classes apresentaram a mesma entropia e valores dos testes de verossimilhança, 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. As quatro classes latentes geradas apresentaram as respectivas frequências relativas: classe 1 com

4,9% (IC95% 4,5-5,5), classe 2 com 70,3% (IC95% 69,3-71,4), classe 3 com 5,4% (IC95% 5,0-6,0) e a classe 4 com 19,3% (IC95% 18,4-20,2). A titulação de cada classe latente foi identificada a partir dos padrões de resposta das questões da PNS que estão descritas na Tabela 2 a seguir.

Para titulação de cada classe latente da variável dependente foi considerado como corte de tempo os seguintes termos: uso frequente, para o uso dos serviços de saúde nas duas últimas semanas; uso esporádico, para uso dos serviços de saúde há mais de um ano; e uso dos serviços de saúde no último ano, para uso dos serviços de saúde nos últimos 12 meses.

Tabela 2 - Descrição das classes latentes geradas da variável dependente a partir dos padrões de resposta de cada questão selecionada da PNS, Brasil, 2023.

(continua)

Questão da PNS	Categorias de respostas	Classes Latentes			
		Classe 1: Uso frequente dos serviços de saúde dos 3 níveis de atenção (%)	Classe 2: Uso esporádico dos serviços de saúde (%)	Classe 3: Uso dos serviços de saúde no último ano, com internação (%)	Classe 4: Uso frequente dos serviços de saúde da atenção básica e média complexidade (%)
Costuma procurar o mesmo lugar, mesmo médico ou mesmo serviço de saúde quando precisa de atendimento de saúde?	Sim	76,8	76,4	81,1	81,4
	Não	23,2	23,6	18,9	18,6
Quando consultou um médico pela última vez?	Até 1 ano	100,0	76,0	100,0	98,0
	Mais de 1 ano a 2 anos	0,0	11,2	0,0	1,3
	Mais de 2 anos a 3 anos	0,0	4,0	0,0	0,2
	Mais de 3 anos	0,0	8,1	0,0	0,4
	Nunca foi ao médico	0,0	0,7	0,0	0,0

Tabela 2 - Descrição das classes latentes geradas da variável dependente a partir dos padrões de resposta de cada questão selecionada da PNS, Brasil, 2023.

(continuação)

Questão da PNS	Categorias de respostas	Classes Latentes			
		Classe 1: Uso frequente dos serviços de saúde dos 3 níveis de atenção (%)	Classe 2: Uso esporádico dos serviços de saúde (%)	Classe 3: Uso dos serviços de saúde no último ano, com internação (%)	Classe 4: Uso frequente dos serviços de saúde da atenção básica e média complexidade (%)
Quando consultou um dentista pela última vez?	Até 1 ano	35,6	32,1	32,8	43,5
	Mais de 1 ano a 2 anos	15,9	13,4	10,1	12,6
	Mais de 2 anos a 3 anos	7,9	7,7	5,2	7,5
	Mais de 3 anos	38,6	43,6	49,5	34,5
	Nunca foi ao dentista	2,1	3,2	2,5	1,8
Nas duas últimas semanas, procurou algum lugar, serviço ou profissional de saúde para atendimento relacionado à própria saúde?	Sim	100,0	0,0	0,0	100,0
	Não	0,0	100,0	100,0	0,0
Qual foi o motivo principal pelo qual procurou atendimento relacionado à saúde nas duas últimas semanas?	Acidente, doença ou problema odontológico	66,9	0,0	0,0	56,0
	Exames, reabilitação ou especialistas	18,9	0,0	0,0	23,1
	Vacinação, prevenção	14,2	0,0	0,0	21,0
	Não procurou atendimento	0,0	100,0	100,0	0,0
Onde procurou o primeiro atendimento de saúde por este motivo nas duas últimas semanas?	Atenção Básica	26,2	0,0	0,0	37,8
	Serviços da média complexidade	53,9	0,0	0,0	50,6
	Serviços da alta complexidade	17,7	0,0	0,0	10,0
	Outro serviço	2,2	0,0	0,0	1,7
	Não procurou atendimento	0,0	100,0	100,0	0,0

Tabela 2 - Descrição das classes latentes geradas da variável dependente a partir dos padrões de resposta de cada questão selecionada da PNS, Brasil, 2023.

(continuação)

Questão da PNS	Categorias de respostas	Classes Latentes			
		Classe 1: Uso frequente dos serviços de saúde dos 3 níveis de atenção (%)	Classe 2: Uso esporádico dos serviços de saúde (%)	Classe 3: Uso dos serviços de saúde no último ano, com internação (%)	Classe 4: Uso frequente dos serviços de saúde da atenção básica e média complexidade (%)
Nos últimos 12 meses ficou internado em hospital por 24 horas ou mais?	Sim	100,0	0,0	100,0	0,0
	Não	0,0	100,0	0,0	100,0
Qual foi o principal atendimento de saúde que recebeu quando esteve internado (pela última vez) nos 12 últimos meses?	Não internou	0,0	100,0	0,0	100,0
	Tratamento clínico	51,3	0,0	52,7	0,0
	Tratamento psiquiátrico	0,4	0,0	0,8	0,0
	Cirurgia	42,8	0,0	40,5	0,0
	Exame complementar de diagnóstico ou outro	5,5	0,0	6,0	0,0
Nos últimos 12 meses, teve atendimento de urgência ou emergência no domicílio?	Sim	25,3	1,7	12,9	4,3
	Não	74,7	98,3	87,1	95,7
Nos últimos 12 meses, utilizou tratamento como acupuntura, homeopatia, plantas medicinais e fitoterapia, meditação, yoga, tai chi chuan, lian gong ou outra prática integrativa e complementar a saúde?	Sim	5,3	4,5	4,8	7,8
	Não	94,7	95,5	95,2	92,2

Tabela 2 - Descrição das classes latentes geradas da variável dependente a partir dos padrões de resposta de cada questão selecionada da PNS, Brasil, 2023.

(conclusão)

Questão da PNS	Categorias de respostas	Classes Latentes			
		Classe 1: Uso frequente dos serviços de saúde dos 3 níveis de atenção (%)	Classe 2: Uso esporádico dos serviços de saúde (%)	Classe 3: Uso dos serviços de saúde no último ano, com internação (%)	Classe 4: Uso frequente dos serviços de saúde da atenção básica e média complexidade (%)
Quando foi a última vez que fez exame de vista por profissional de saúde?	Menos de 6 meses	28,2	18,3	23,5	30,9
	De 6 meses a menos de 1 ano	15,7	16,2	17,5	15,6
	De 1 ano a menos de 2 anos	18,8	18,3	15,3	17,9
	De 2 a 3 anos	9,2	12,1	9,3	9,5
	3 anos ou mais	21,4	23,8	25,3	20,1
	Nunca fez	6,7	11,2	9,1	5,9
Nos últimos 12 meses, tomou a vacina contra gripe?	Sim	76,6	69,0	71,3	76,8
	Não	23,4	31,0	28,7	23,2

Fonte: A autora, 2023.

Observa-se que a primeira classe latente foi intitulada como “Uso frequente dos serviços de saúde dos três níveis de atenção” porque os padrões de respostas das variáveis da PNS demonstraram que os homens idosos utilizaram qualquer serviço de saúde dos três níveis de atenção (Atenção básica, média e alta complexidade) nas duas últimas semanas. A segunda classe latente gerada recebeu o título de “Uso esporádico dos serviços de saúde”, pois o padrão de resposta dos homens idosos evidenciou o predomínio da não utilização dos serviços de saúde no último ano. A terceira classe foi intitulada de “Uso dos serviços de saúde no último ano, com internação”, pois os indivíduos incluídos nesta classe obtiveram o padrão de resposta de utilizar os serviços de saúde com predomínio de internação nos últimos 12 meses.

A última classe latente gerada foi intitulada de “Uso frequente dos serviços de saúde da atenção básica e média complexidade”, pois o padrão de uso dos homens

idosos desta classe foi por meio dos serviços de atenção básica e média complexidade nas duas últimas 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 representa estatisticamente o nível de dificuldade na realização das ABVD's e AIVD'S. O modelo que instituiu três classes latentes foi o que melhor apresentou entropia e evolução do modelo de testagem (Tabela 3).

Tabela 3 - Resultados de adequação e ajuste de cada um dos modelos testados das classes latentes de Atividades Básicas e Instrumentais de Vida Diária, 2023.

Critérios Estatísticos	Número de Classes				
	2	3	4	5	6
AIC	170132,60	157658,24	150990,07	146207,77	142621,36
BIC	170722,31	158546,74	152177,36	147693,85	144406,22
BIC ajustado	170483,96	158187,63	151697,48	147093,21	143684,83
Entropia	0,971	0,961	0,963	0,960	0,964
Vuong-Lo-Mendell-Rubin - LRT	0,0000	0,0000	0,4391	0,7665	0,8321
Lo-Mendell-Rubin - LRT	0,0000	0,0000	0,4402	0,7665	0,8321

Fonte: A autora, 2023.

Observa-se que os modelos com duas e três classes apresentaram o valor de $p < 0,05$ nos testes de verossimilhança. O modelo com três classes foi selecionado entre os dois, pois tinha os menores valores de AIC, BIC e BIC ajustado. As três classes latentes geradas apresentaram as respectivas frequências relativas: classe 1 com 15,5% (IC95% 14,7-16,3), classe 2 com 80,0% (IC95% 79,0-80,9) e a classe 3 com 4,6% (IC95% 4,1-5,1). A titulação de cada classe latente foi identificada a partir dos padrões de resposta das questões da PNS que estão descritas na Tabela 4 a seguir.

Tabela 4 - Descrição das classes latentes geradas da variável independente sobre o nível de dificuldade para realizar Atividades Básicas e Instrumentais de Vida Diária a partir dos padrões de resposta de cada questão selecionada da PNS, Brasil, 2023.

(continua)

Questão da PNS	Categorias de respostas	Classes Latentes		
		Classe 1: Pequena dificuldade para realizar ABVD's e AIVD'S (%)	Classe 2: Sem dificuldade para realizar ABVD's e AIVD'S (%)	Classe 3: Grande 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 consegue	0,3	0,0	22,8
	Tem grande dificuldade	1,6	0,1	24,5
	Tem pequena dificuldade	8,7	0,3	25,5
	Não tem dificuldade	89,4	99,6	27,2
Em geral, que grau de dificuldade tem para tomar banho sozinho incluindo entrar e sair do chuveiro ou banheira?	Não consegue	0,5	0,0	47,6
	Tem grande dificuldade	2,1	0,1	26,8
	Tem pequena dificuldade	13,7	0,1	19,5
	Não tem dificuldade	83,7	99,8	6,1
Em geral, que grau de dificuldade tem para ir ao banheiro sozinho incluindo sentar e levantar do vaso sanitário?	Não consegue	7,5	0,2	40,6
	Tem grande dificuldade	1,9	0,0	23,6
	Tem pequena dificuldade	13,8	0,1	25,3
	Não tem dificuldade	76,8	99,7	10,5
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	0,3	0,0	46,7
	Tem grande dificuldade	4,4	0,2	28,9
	Tem pequena dificuldade	24,9	1,5	22,7
	Não tem dificuldade	70,3	98,3	1,7

Tabela 4 - Descrição das classes latentes geradas da variável independente sobre o nível de dificuldade para realizar Atividades Básicas e Instrumentais de Vida Diária a partir dos padrões de resposta de cada questão selecionada da PNS, Brasil, 2023.

(continuação)

Questão da PNS	Categorias de respostas	Classes Latentes		
		Classe 1: Pequena dificuldade para realizar ABVD's e AIVD'S (%)	Classe 2: Sem dificuldade para realizar ABVD's e AIVD'S (%)	Classe 3: Grande dificuldade para realizar ABVD's e AIVD'S (%)
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	7,3	0,0	32,9
	Tem grande dificuldade	2,7	0,0	35,8
	Tem pequena dificuldade	20,7	0,6	25,6
	Não tem dificuldade	69,3	99,4	5,7
Em geral, que grau de dificuldade tem para deitar ou levantar da cama sozinho?	Não consegue	6,6	0,0	31,4
	Tem grande dificuldade	3,5	0,1	33,0
	Tem pequena dificuldade	26,8	0,9	29,6
	Não tem dificuldade	63,0	99,0	5,9
Em geral, que grau de dificuldade tem para sentar ou levantar da cadeira sozinho?	Não consegue	6,7	0,0	32,3
	Tem grande dificuldade	3,0	0,0	29,1
	Tem pequena dificuldade	25,3	0,5	32,1
	Não tem dificuldade	65,0	99,4	6,5
Em geral, que grau de dificuldade tem para fazer compras sozinho, por exemplo: alimentos, roupas ou medicamentos?	Não consegue	17,6	0,0	84,3
	Tem grande dificuldade	12,2	0,1	12,9
	Tem pequena dificuldade	28,8	1,2	1,9
	Não tem dificuldade	41,3	98,7	0,9
Em geral, que grau de dificuldade tem para administrar as finanças sozinho (cuidar do seu próprio dinheiro)?	Não consegue	12,9	0,1	68,2
	Tem grande dificuldade	7,6	0,3	10,9
	Tem pequena dificuldade	19,3	0,8	7,7
	Não tem dificuldade	60,3	98,8	13,2

Tabela 4 - Descrição das classes latentes geradas da variável independente sobre o nível de dificuldade para realizar Atividades Básicas e Instrumentais de Vida Diária a partir dos padrões de resposta de cada questão selecionada da PNS, Brasil, 2023.

(conclusão)

Questão da PNS	Categorias de respostas	Classes Latentes		
		Classe 1: Pequena dificuldade para realizar ABVD's e AIVD'S (%)	Classe 2: Sem dificuldade para realizar ABVD's e AIVD'S (%)	Classe 3: Grande dificuldade para realizar ABVD's e AIVD'S (%)
Em geral, que grau de dificuldade tem para tomar o remédio sozinho?	Não consegue	6,6	0,0	53,1
	Tem grande dificuldade	6,8	0,2	15,7
	Tem pequena dificuldade	17,2	1,7	14,8
	Não tem dificuldade	63,2	75,4	14,0
	Não faz uso de medicamentos	6,2	22,7	2,5
Em geral, que grau de dificuldade tem para ir ao médico sozinho?	Não consegue	26,5	0,2	86,8
	Tem grande dificuldade	17,4	0,4	12,0
	Tem pequena dificuldade	34,6	3,1	0,6
	Não tem dificuldade	21,6	96,3	0,6
Em geral, que grau de dificuldade tem para sair sozinho utilizando um transporte como ônibus, metrô, táxi, carro, etc.?	Não consegue	25,6	0,2	82,8
	Tem grande dificuldade	16,9	0,1	15,5
	Tem pequena dificuldade	33,7	2,5	1,1
	Não tem dificuldade	23,8	97,2	0,6

Fonte: A autora, 2023.

Observa-se que nos padrões de resposta da primeira classe latente gerada a maioria dos homens idosos tinha uma pequena 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 sozinho utilizando um transporte). Por isso, foi intitulada de “Pequena dificuldade para realizar ABVD’s e AIVD’S”. Já na segunda classe, a maioria dos idosos não tinha dificuldade para realizar tais atividades, e teve seu título de “Sem dificuldade para realizar ABVD’s e AIVD’S”. Já a terceira e última classe latente foi intitulada de “Grande dificuldade para realizar ABVD’s e AIVD’S”, pois a maioria dos homens idosos tinha grande dificuldade ou não conseguia realizar tais atividades diárias.

5.3 FATORES ASSOCIADOS AO USO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Na análise descritiva do bloco de nível domiciliar, observa-se que a maioria dos domicílios que os homens idosos moravam era da região sudeste (46,0%) e o maior percentual da relação pessoa/cômodo foi de 58,3% referente aos domicílios com a relação menor ou igual a mediana de 0,4 pessoa por cômodo. A maioria dos domicílios estavam localizados na zona urbana (83,1%), eram situados no restante da Unidade da Federação (UF) (62,3%), exceto a capital, Região Metropolitana (RM) e a Região Integrada de Desenvolvimento Econômico (RIDE); a maioria dos domicílios eram do tipo casa (89,0%), tinham alvenaria como material predominante das paredes externas (94,2%), tinham telha ou laje de concreto (97,8%) como material predominante da cobertura do domicílio, e cerâmica, lajota ou pedra (76,0%) como material que predominava no piso dos domicílios (Tabela 5).

A principal forma de abastecimento de água era proveniente da rede geral de distribuição (83,6%) e 98,0% dos domicílios tinham água canalizada. A água para beber dos domicílios era, em sua maioria, filtrada, fervida ou tratada com hipoclorito (55,9%); a rede geral de esgoto era o principal local de destino dos dejetos dos banheiros (60,1%) e 89,0% dos domicílios tinham o lixo coletado diretamente por serviço de limpeza ou caçamba (Tabela 5).

Com relação à posse de aparelhos eletrodomésticos e eletrônicos nos domicílios, a maioria tinha televisão a cores (96,6%), geladeira (98,5%), máquina de lavar roupas (68,7%), micro-ondas (55,4%), telefone móvel celular (89,0%), automóvel (54,9%) e acesso à internet (67,6%). Já outros aparelhos obtiveram percentuais menores de presença nos domicílios: telefone fixo convencional (37,7%), computador (35,3%) e motocicleta (15,9%) (Tabela 5).

A maioria (91,8%) dos domicílios que moravam os homens idosos não possuíam trabalhador(as) doméstico(as), 56,6% tinham animais de estimação e 69,0% dos domicílios eram cadastrados na Unidade de Saúde da Família (USF). Por último, as faixas de rendimento domiciliar per capita mais citadas foram dos que recebiam até 1 salário mínimo (40,9%) e mais de 1 até 3 salários mínimos (42,1%) (Tabela 5).

Tabela 5 - Descrição das frequências relativas das variáveis independentes de nível domiciliar, Brasil, 2023.

(continua)

Variável – Questão da PNS	Categoria de resposta	Frequência relativa (%) e IC95%
Região do país	Norte	6,0 (5,7-6,3)
	Nordeste	24,9 (24,1-25,7)
	Sudeste	46,0 (45,0-47,0)
	Sul	16,9 (16,2-17,5)
	Centro-oeste	6,3 (5,9-6,6)
Relação pessoa/cômodo	Menor ou igual a mediana (0,4)	58,3 (57,1-59,5)
	Maior que a mediana (0,4)	41,7 (40,5-42,9)
Tipo de situação censitária do domicílio	Urbano	83,1 (82,5-83,8)
	Rural	16,9 (16,2-17,5)
Tipo de área	Capital, RM e RIDE	37,7 (36,8-38,6)
	Resto da UF	62,3 (61,4-63,2)
Tipo de domicílio	Casa	89,1 (88,0-90,1)
	Apartamento	10,9 (9,9-12,0)
Qual é o material que predomina na construção das paredes externas deste domicílio?	Alvenaria	94,2 (93,8-94,6)
	Taipa, madeira ou outro	5,8 (5,4-6,2)
Qual é o material predominante na cobertura (telhado) do domicílio?	Telha ou laje de concreto	97,8 (97,4-98,1)
	Madeira ou outro	2,2 (1,9-2,6)
Qual é o material que predomina no piso deste domicílio?	Cerâmica, lajota ou pedra	76,0 (75,0-77,0)
	Madeira de construção ou cimento	23,2 (22,2-24,3)
	Terra ou outro material	0,7 (0,6-0,9)
Qual a principal forma de abastecimento de água deste domicílio?	Rede geral de distribuição	83,6 (82,7-84,4)
	Poço, fonte ou nascente	14,4 (13,6-15,2)
	Água armazenada da chuva ou outra	2,1 (1,8-2,4)
A água utilizada neste domicílio chega:	Canalizada	98,0 (97,7-98,2)
	Não canalizada	2,0 (1,8-2,3)
A água utilizada para beber neste domicílio é:	Filtrada, fervida ou tratada com hipoclorito	55,9 (54,6-57,1)
	Mineral industrializada	20,5 (19,5-21,5)
	Sem tratamento	23,6 (22,6-24,7)

Tabela 5 - Descrição das frequências relativas das variáveis independentes de nível domiciliar, Brasil, 2023.

(continuação)

Variável – Questão da PNS	Categoria de resposta	Frequência relativa (%) e IC95%
Para onde vai o esgoto do banheiro? Ou para onde vai o esgoto do sanitário ou do buraco para dejeções?	Rede geral de esgoto	60,1 (58,9-61,4)
	Fossa séptica ou rudimentar	36,4 (35,2-37,6)
	Vala, rio, lago, córrego, mar ou outro	3,5 (3,1-4,0)
Qual o destino (principal) dado ao lixo?	Coletado por serviço de limpeza ou caçamba	89,0 (88,3-89,6)
	Queimado ou enterrado (na propriedade)	10,0 (9,4-10,6)
	Jogado em terreno baldio ou outro	1,0 (0,9-1,2)
Neste domicílio existe televisão em cores?	Sim	96,6 (96,2-97,0)
	Não	3,4 (3,0-3,8)
Neste domicílio existe geladeira?	Sim	98,5 (98,2-98,7)
	Não	1,5 (1,3-1,8)
Neste domicílio existe uma máquina de lavar roupa?	Sim	68,7 (67,7-69,8)
	Não	31,3 (30,2-32,3)
Neste domicílio existe telefone fixo convencional?	Sim	37,7 (36,3-39,1)
	Não	62,3 (60,9-63,7)
Neste domicílio existe telefone móvel celular?	Sim	89,0 (88,3-89,7)
	Não	11,0 (10,3-11,7)
Neste domicílio existe forno micro-ondas?	Sim	55,4 (54,2-56,5)
	Não	44,6 (43,5-45,8)
Neste domicílio existe computador (considere inclusive os portáteis, tais como: laptop, notebook ou netbook)?	Sim	35,3 (34,0-36,6)
	Não	64,7 (63,4-66,0)
Neste domicílio existe uma motocicleta?	Sim	15,9 (15,1-16,8)
	Não	84,1 (83,2-84,9)
Neste domicílio existe um automóvel?	Sim	54,9 (53,7-56,1)
	Não	45,1 (43,9-46,3)
Algum morador tem acesso à Internet no domicílio por meio de computador, tablet, telefone móvel celular, televisão ou outro equipamento?	Sim	67,6 (66,5-68,7)
	Não	32,4 (31,3-33,5)
No seu domicílio, há trabalhador (as) doméstico(as) que trabalham em seu domicílio três vezes ou mais por semana (empregada doméstica, babá, cuidador etc.)	Sim	8,2 (7,4-8,9)
	Não	91,8 (91,1-92,6)
Em seu domicílio, há algum animal de estimação?	Sim	56,6 (55,2-57,9)
	Não	43,4 (42,1-44,8)

Tabela 5 - Descrição das frequências relativas das variáveis independentes de nível domiciliar, Brasil, 2023.

(conclusão)

Variável – Questão da PNS	Categoria de resposta	Frequência relativa (%) e IC95%
O seu domicílio está cadastrado na Unidade de Saúde da Família?	Sim	69,0 (67,4-70,6)
	Não	31,0 (29,4-32,6)
Faixa de rendimento domiciliar per capita (exclusive o rendimento das pessoas cuja condição na unidade domiciliar era pensionista, empregado doméstico ou parente do empregado doméstico)	Até 1 salário mínimo	40,9 (39,7-42,2)
	Mais de 1 até 3 salários mínimos	42,1 (40,9-43,3)
	Mais de 3 até 5 salários mínimos	8,8 (8,1-9,6)
	Mais de 5 salários mínimos	8,1 (7,4-8,9)

Fonte: A autora, 2023.

Com relação aos três blocos de fatores das variáveis de nível individual, observou-se que, no primeiro bloco dos fatores de predisposição, 68,0% dos homens idosos eram responsáveis por seus domicílios, 53,6% tinham idade menor ou igual a 68 anos (mediana), 51,3% eram de cor ou raça branca, seguidos de 46,8% de cor ou raça negra (preta ou parda), a maioria (66,6%) tinha o estado civil de casado e 81,6% sabiam ler ou escrever (Tabela 6).

Com relação aos fatores de capacidade, a maioria dos homens idosos não tinha plano de saúde médico (72,4%) nem odontológico (81,8%), e 76,4% recebia rendimento de aposentadoria ou pensão do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) ou do governo federal, estadual ou municipal. Já nos fatores de necessidade, houve um predomínio de presença de diagnóstico de doença crônica, física ou mental (64,4%), de percepção do estado de saúde bom (41,7%) ou regular (38,8%), a maioria (80,0%) não tinha dificuldade para realizar ABVD's e AIVD's, 68,2% fazia uso de algum medicamento de uso regular ou contínuo e 88,5% não teve histórico de queda nos últimos 12 meses (Tabela 6).

Tabela 6 - Descrição das frequências relativas das variáveis independentes de nível individual de acordo com os fatores de necessidade, capacidade e predisposição ao uso dos serviços de saúde, Brasil, 2023.

(continua)

Fator investigado	Variável – Questão da PNS	Categoria de resposta	Frequência relativa (%) e IC95%
Fatores de Predisposição	Condição no domicílio	Pessoa responsável pelo domicílio	68,0 (66,9-69,1)
		Pessoa não responsável pelo domicílio	32,0 (30,9-33,1)
	Idade	Menor ou igual a mediana (68 anos)	53,6 (52,4-54,7)
		Maior que a mediana (68 anos)	46,4 (45,3-47,6)
	Cor ou raça	Branca	51,3 (50,1-52,5)
		Preta ou parda	46,8 (45,7-48,0)
		Outro	1,8 (1,5-2,2)
	Estado Civil	Casado	66,6 (65,5-67,7)
		Divorciado ou desquitado ou separado	8,8 (8,1-9,5)
		Viúvo	10,2 (9,6-10,9)
		Solteiro	14,4 (13,6-15,2)
	Sabe ler e escrever?	Sim	81,6 (80,7-82,5)
		Não	18,4 (17,5-19,3)
Fatores de Capacidade	Tem algum plano de saúde médico particular, de empresa ou órgão público?	Sim	27,6 (26,4-28,9)
		Não	72,4 (71,1-73,6)
	Tem algum plano odontológico particular, de empresa ou órgão público?	Sim	8,2 (7,6-8,9)
		Não	91,8 (91,1-92,4)
	Recebe normalmente rendimento de aposentadoria ou pensão do INSS ou do governo federal, estadual, municipal?	Sim	76,4 (75,4-77,3)
		Não	23,6 (22,7-24,6)
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	64,4 (63,2-65,6)
		Não	35,6 (34,4-36,8)
	De um modo geral, como é o seu estado de saúde?	Muito bom	9,0 (8,2-9,7)
		Bom	41,7 (40,5-42,9)
		Regular	38,8 (37,7-39,9)
		Ruim	8,1 (7,5-8,7)
		Muito ruim	2,5 (2,1-2,9)
	Qual o nível de dificuldade para realizar ABVD's e AIVD's?	Sem dificuldade	80,0 (79,0-80,9)
		Pequena dificuldade	15,5 (14,7-16,3)
Grande dificuldade		4,6 (4,1-5,1)	

Tabela 6 - Descrição das frequências relativas das variáveis independentes de nível individual de acordo com os fatores de necessidade, capacidade e predisposição ao uso dos serviços de saúde, Brasil, 2023.

(conclusão)

Fator investigado	Variável – Questão da PNS	Categoria de resposta	Frequência relativa (%) e IC95%
Fatores de Necessidade	Faz uso de algum medicamento, que foi receitado por um médico, para uso regular ou contínuo (Diário)?	Sim	68,2 (67,0-69,3)
		Não	31,8 (30,7-33,0)
	Nos últimos 12 meses, teve alguma queda?	Sim	11,5 (10,7-12,3)
		Não	88,5 (87,7-89,3)

Fonte: A autora, 2023.

A análise das variáveis independentes de nível contextual domiciliar e individual segundo as quatro classes da variável dependente de Utilização dos Serviços de Saúde estão descritas nas tabelas 7 e 8, respectivamente.

Tabela 7 - Análise do Uso dos Serviços de Saúde pelos homens idosos segundo blocos de variáveis independentes de nível domiciliar, Brasil, 2023.

(continua)

Variável	Uso frequente dos serviços de saúde dos 3 níveis de atenção % (IC95%)	Uso esporádico dos serviços de saúde % (IC95%)	Uso dos serviços de saúde no último ano, com internação % (IC95%)	Uso frequente dos serviços de saúde da atenção básica e média complexidade % (IC95%)	Valor de p
Nível contextual - Domiciliar					
Região do país					<0,01*
Norte	3,7 (2,9-4,7)	76,7 (74,7-78,6)**	5,8 (4,8-6,9)	13,8 (12,4-15,4)	
Nordeste	4,2 (3,5-5,1)	73,6 (72,0-75,1)**	5,1 (4,5-5,8)	17,1 (15,8-18,5)	
Sudeste	5,5 (4,6-6,6)**	67,9 (66,0-69,8)	5,4 (4,5-6,4)	21,2 (19,6-22,9)**	
Sul	4,9 (4,0-6,0)	69,9 (67,8-72,0)	5,1 (4,2-6,1)	20,0 (18,2-22,0)	
Centro-oeste	4,7 (3,6-6,2)	70,3 (67,7-72,8)	8,0 (6,6-9,6)**	17,0 (14,9-19,2)	

Tabela 7 - Análise do Uso dos Serviços de Saúde pelos homens idosos segundo blocos de variáveis independentes de nível domiciliar, Brasil, 2023.

(continuação)

Variável	Uso frequente dos serviços de saúde dos 3 níveis de atenção % (IC95%)	Uso esporádico dos serviços de saúde % (IC95%)	Uso dos serviços de saúde no último ano, com internação % (IC95%)	Uso frequente dos serviços de saúde da atenção básica e média complexidade % (IC95%)	Valor de p
Nível contextual - Domiciliar					
Relação pessoa-cômodo					0,04*
Menor ou igual a mediana 0,4	5,2 (4,5-5,9)	69,2 (67,7-70,6)	5,5 (4,8-6,1)	20,2 (19,0-21,5)**	
Maior que a mediana 0,4	4,6 (3,9-5,4)	72,0 (70,5-73,5)**	5,4 (4,7-6,3)	18,0 (16,7-19,3)	
Tipo de situação censitária					<0,01*
Urbano	5,2 (4,6-5,8)**	69,3 (68,1-70,5)	5,5 (4,9-6,1)	20,0 (18,9-21,1)**	
Rural	3,7 (2,9-4,7)	75,2 (73,4-77,0)**	5,3 (4,6-6,1)	15,8 (14,2-17,4)	
Tipo de área					<0,01*
Capital, RM e RIDE	5,5 (4,8-6,3)	68,4 (66,9-69,8)	5,0 (4,4-5,8)	21,0 (19,8-22,3)**	
Resto da UF	4,6 (3,9-5,3)	71,5 (70,1-72,9)**	5,7 (5,0-6,4)	18,2 (17,0-19,5)	
Tipo de domicílio					0,03*
Casa	4,9 (4,4-5,5)	70,9 (69,7-72,0)**	5,3 (4,8-5,8)	18,9 (18,0-19,9)	
Apartamento	5,4 (4,1-7,0)	66,1 (62,9-69,1)	6,7 (5,0-8,8)	21,8 (19,4-24,5)**	
Material da parede externa do domicílio					0,14
Alvenaria	5,0 (4,5-5,6)	70,1 (69,0-71,2)	5,4 (4,9-6,0)	19,4 (18,5-20,4)	
Taipa, madeira ou outro	3,9 (2,6-5,7)	73,5 (70,3-76,5)**	5,9 (4,5-7,7)	16,8 (14,1-19,7)	
Material da cobertura do domicílio					0,47
Telha ou laje de concreto	4,9 (4,4-5,5)	70,4 (69,3-71,4)	5,4 (4,9-5,9)	19,3 (18,3-20,2)	
Madeira ou outro	5,1 (2,3-11,0)	67,6 (60,9-73,6)	8,2 (4,8-13,6)	19,1 (14,6-24,7)	

Tabela 7 - Análise do Uso dos Serviços de Saúde pelos homens idosos segundo blocos de variáveis independentes de nível domiciliar, Brasil, 2023.

(continuação)

Variável	Uso frequente dos serviços de saúde dos 3 níveis de atenção % (IC95%)	Uso esporádico dos serviços de saúde % (IC95%)	Uso dos serviços de saúde no último ano, com internação % (IC95%)	Uso frequente dos serviços de saúde da atenção básica e média complexidade % (IC95%)	Valor de p
Nível contextual - Domiciliar					
Material do piso do domicílio					0,25
Cerâmica, lajota ou pedra	5,0 (4,4-5,7)	69,8 (68,6-71,1)	5,4 (4,8-6,0)	19,8 (18,7-20,9)**	
Madeira de construção ou cimento	4,9 (4,0-5,8)	71,7 (69,7-73,5)	5,7 (4,8-6,7)	17,8 (16,1-19,6)	
Terra ou outro	3,6 (1,1-11,2)	79,0 (70,2-85,7)**	4,1 (2,0-7,9)	13,3 (7,8-21,8)	
Abastecimento de água do domicílio					<0,01*
Rege geral de distribuição	5,2 (4,7-5,9)**	69,3 (68,1-70,5)	5,4 (4,9-6,0)	20,1 (19,0-21,1)**	
Poço, fonte ou nascente	3,7 (2,9-4,7)	74,8 (72,8-76,7)**	5,5 (4,7-6,5)	16,0 (14,3-17,7)	
Água armazenada da chuva ou outro	2,6 (1,3-4,9)	82,3 (77,8-86,1)**	4,9 (2,9-8,0)	10,2 (7,5-13,9)	
Água utilizada no domicílio chega:					<0,01*
Canalizada	5,0 (4,5-5,6)**	70,1 (69,0-71,1)	5,4 (5,0-6,0)	19,5 (18,5-20,4)**	
Não canalizada	1,8 (0,9-3,3)	83,4 (79,1-87,0)**	5,2 (3,3-8,2)	9,6 (6,9-13,2)	
Água para beber do domicílio é:					0,47
Filtrada, fervida ou tratada com hipoclorito	4,9 (4,3-5,7)	69,5 (68,0-71,0)	5,5 (4,9-6,3)	20,0 (18,7-21,4)	
Mineral industrializada	5,4 (4,4-6,5)	70,6 (68,3-72,9)	5,4 (4,6-6,5)	18,5 (16,6-20,6)	
Sem tratamento	4,6 (3,7-5,7)	72,1 (70,1-73,9)**	5,2 (4,4-6,2)	18,1 (16,5-20,0)	

Tabela 7 - Análise do Uso dos Serviços de Saúde pelos homens idosos segundo blocos de variáveis independentes de nível domiciliar, Brasil, 2023.

(continuação)

Variável	Uso frequente dos serviços de saúde dos 3 níveis de atenção % (IC95%)	Uso esporádico dos serviços de saúde % (IC95%)	Uso dos serviços de saúde no último ano, com internação % (IC95%)	Uso frequente dos serviços de saúde da atenção básica e média complexidade % (IC95%)	Valor de p
Nível contextual - Domiciliar					
Destino do esgoto do domicílio					<0,01*
Rege geral de esgoto	5,5 (4,8-6,3)**	67,7 (66,2-69,3)	5,5 (4,8-6,3)	21,3 (19,9-22,7)**	
Fossa séptica ou rudimentar	4,1 (3,5-4,8)	74,1 (72,8-75,3)**	5,3 (4,8-6,0)	16,5 (15,4-17,6)	
Vala, rio, mar, lago, córrego ou outro	4,5 (2,8-7,1)	73,4 (68,2-78,1)	5,5 (3,8-8,0)	16,6 (12,8-21,2)	
Destino do lixo do domicílio					<0,01*
Coletado por serviço de limpeza ou caçamba	5,1 (4,6-5,7)**	69,5 (68,4-70,7)	5,5 (4,9-6,0)	19,9 (18,9-20,9)**	
Queimado ou enterrado (na propriedade)	3,7 (2,8-4,9)	76,6 (74,3-78,7)**	5,4 (4,6-6,5)	14,3 (12,3-16,5)	
Jogado em terreno baldio ou outro	4,3 (2,4-7,5)	78,2 (72,8-82,9)**	4,3 (2,7-6,8)	13,2 (9,6-17,9)	
No domicílio tem televisão a cores?					0,19
Sim	5,0 (4,5-5,5)	70,2 (69,1-71,3)	5,4 (4,9-6,0)	19,4 (18,5-20,4)**	
Não	4,8 (3,0-7,8)	74,4 (69,5-78,7)	5,9 (4,2-8,2)	14,9 (11,4-19,3)	
No domicílio tem geladeira?					0,11
Sim	5,0 (4,5-5,5)	70,2 (69,2-71,3)	5,4 (4,9-6,0)	19,4 (18,5-20,3)**	
Não	3,8 (1,5-9,4)	77,4 (70,7-82,9)**	6,8 (3,8-11,8)	12,0 (8,0-17,6)	
No domicílio tem máquina de lavar roupa?					<0,01*
Sim	5,3 (4,6-6,0)**	69,0 (67,6-70,3)	5,2 (4,6-5,8)	20,6 (19,4-21,8)**	
Não	4,2 (3,5-5,1)	73,3 (71,6-75,0)**	6,1 (5,3-6,9)	16,4 (15,0-17,9)	

Tabela 7 - Análise do Uso dos Serviços de Saúde pelos homens idosos segundo blocos de variáveis independentes de nível domiciliar, Brasil, 2023.

(continuação)

Variável	Uso frequente dos serviços de saúde dos 3 níveis de atenção % (IC95%)	Uso esporádico dos serviços de saúde % (IC95%)	Uso dos serviços de saúde no último ano, com internação % (IC95%)	Uso frequente dos serviços de saúde da atenção básica e média complexidade % (IC95%)	Valor de p
Nível contextual - Domiciliar					
No domicílio tem telefone fixo convencional?					<0,01*
Sim	5,5 (4,7-6,5)	68,1 (66,2-70,1)	5,1 (4,3-6,1)	21,2 (19,6-22,9)**	
Não	4,6 (4,0-5,3)	71,7 (70,4-72,9)**	5,6 (5,0-6,3)	18,1 (17,0-19,2)	
No domicílio tem telefone móvel celular?					<0,01*
Sim	5,0 (4,5-5,6)	70,0 (68,9-71,1)	5,2 (4,7-5,8)	19,8 (18,8-20,8)**	
Não	4,4 (3,1-6,3)	73,3 (70,1-76,2)**	7,2 (5,5-9,3)**	15,1 (12,9-17,7)	
No domicílio tem micro-ondas?					<0,01*
Sim	5,4 (4,7-6,2)**	69,1 (67,5-70,6)	5,1 (4,5-5,9)	20,4 (19,0-21,8)**	
Não	4,4 (3,8-5,1)	71,9 (70,4-73,3)**	5,8 (5,2-6,5)	17,9 (16,7-19,2)	
No domicílio tem computador?					<0,01*
Sim	4,9 (4,1-5,8)	68,8 (66,8-70,8)	4,8 (4,0-5,8)	21,5 (19,7-23,3)**	
Não	5,0 (4,4-5,7)	71,2 (69,9-72,4)	5,8 (5,2-6,4)	18,1 (17,0-19,2)	
No domicílio tem motocicleta?					<0,01*
Sim	3,6 (2,8-4,6)	75,0 (72,6-77,2)**	5,3 (4,2-6,6)	16,1 (14,3-18,2)	
Não	5,2 (4,6-5,8)**	69,5 (68,3-70,6)	5,5 (4,9-6,1)	19,9 (18,9-20,9)**	
No domicílio tem automóvel?					0,03*
Sim	5,2 (4,5-6,0)	69,8 (68,3-71,2)	4,9 (4,3-5,7)	20,1 (18,8-21,4)	
Não	4,6 (4,0-5,4)	71,0 (69,5-72,5)	6,0 (5,4-6,8)**	18,3 (17,0-19,6)	

Tabela 7 - Análise do Uso dos Serviços de Saúde pelos homens idosos segundo blocos de variáveis independentes de nível domiciliar, Brasil, 2023.

(continuação)

Variável	Uso frequente dos serviços de saúde dos 3 níveis de atenção % (IC95%)	Uso esporádico dos serviços de saúde % (IC95%)	Uso dos serviços de saúde no último ano, com internação % (IC95%)	Uso frequente dos serviços de saúde da atenção básica e média complexidade % (IC95%)	Valor de p
Nível contextual - Domiciliar					
Algum morador do domicílio tem acesso à internet?					0,03*
Sim	5,1 (4,5-5,8)	70,0 (68,7-71,2)	5,0 (4,5-5,7)	19,9 (18,8-21,1)**	
Não	4,7 (3,9-5,6)	71,1 (69,4-72,8)	6,3 (5,5-7,2)**	17,9 (16,5-19,5)	
No domicílio há trabalhador (a) doméstico (a)?					<0,01*
Sim	7,6 (5,6-10,1)**	65,6 (61,5-69,4)	8,3 (6,3-10,8)**	18,6 (15,8-21,8)	
Não	4,7 (4,2-5,3)	70,8 (69,7-71,8)**	5,2 (4,7-5,7)	19,3 (18,4-20,3)	
No domicílio há algum animal de estimação?					0,38
Sim	4,9 (4,2-5,6)	71,1 (69,8-72,4)	5,4 (4,8-6,1)	18,6 (17,4-19,9)	
Não	5,0 (4,3-5,9)	69,3 (67,7-70,9)	5,5 (4,7-6,4)	20,1 (18,8-21,6)	
O domicílio está cadastrado na USF?					0,27
Sim	5,1 (4,5-5,8)	70,9 (69,6-72,1)	5,3 (4,8-5,9)	18,7 (17,7-19,8)	
Não	4,4 (3,5-5,4)	68,8 (66,4-71,1)	5,9 (4,9-7,2)	20,9 (18,9-23,0)	
Faixa de rendimento domiciliar per capita:					<0,01*
Até 1 SM	4,6 (3,9-5,4)	72,2 (70,7-73,6)**	5,9 (5,2-6,8)	17,3 (16,1-18,6)	
Mais de 1 até 3 SM	5,0 (4,3-5,9)	69,7 (68,0-71,3)	4,6 (4,0-5,4)	20,7 (19,2-22,3)**	
Mais de 3 até 5 SM	6,3 (4,5-8,7)	68,7 (64,4-72,6)	5,9 (3,9-9,0)	19,1 (16,1-22,5)	
Mais de 5 SM	4,8 (3,6-6,4)	66,3 (62,4-70,0)	6,8 (5,0-9,2)	22,1 (18,8-25,7)	

Tabela 7 - Análise do Uso dos Serviços de Saúde pelos homens idosos segundo blocos de variáveis independentes de nível domiciliar, Brasil, 2023.

(conclusão)

Fonte: A autora, 2023.

Nota: * $p < 0,05$ (Teste de Rao-Scott); ** Resíduos padronizados $> 1,96$.

Na análise das variáveis de nível contextual domiciliar, observou-se que a região do país onde o homem idoso morava estava associado ao uso dos serviços de saúde. Residir em domicílios da região Norte e Nordeste estavam associados ao uso dos serviços de saúde de forma esporádica, na região Sudeste, ao uso frequente dos três níveis de atenção à saúde, e na Região Centro-Oeste, ao uso dos serviços com internação no último ano. A variável de relação pessoa/cômodo também deu associação estatística significativa. Os domicílios com a relação maior que a mediana de 0,4 estavam associados ao uso dos serviços de forma esporádica enquanto que os domicílios menos aglomerados (relação menor que a mediana de 0,4 pessoa/cômodo) estavam associados ao uso frequente dos serviços da atenção básica e média complexidade.

As variáveis tipo de situação censitária, tipo de área e tipo de domicílio também evidenciaram associação ao uso dos serviços de saúde. Observa-se que domicílios da zona urbana, da capital, RM e RIDE, e domicílios do tipo “apartamento” estavam associados ao uso frequente dos serviços de atenção básica e média complexidade, enquanto que os da zona rural, resto da UF e domicílio tipo “casa” estavam associados ao uso dos serviços de saúde de forma esporádica. Os tipos de materiais das paredes externas, cobertura e piso dos domicílios não deram associação ao uso dos serviços.

Com relação a forma de abastecimento de água e a forma como a água chega nos domicílios dos homens idosos, observou-se que os domicílios que tinham água proveniente da rede geral de distribuição e água canalizada estavam associados ao uso frequente dos três níveis de serviços de saúde. Já os domicílios que tinham água de poço, fonte, nascente ou água armazenada da chuva e água não canalizada estavam associados ao uso dos serviços de saúde de forma esporádica. O tipo de água para beber não deu associação estatisticamente significativa. As variáveis sobre o destino do esgoto e destino do lixo deram associação ao uso frequente dos três níveis de serviços de saúde nas categorias de rede geral de esgoto e lixo coletado diretamente por serviço de limpeza ou caçamba. Já os domicílios que tinham como destino do esgoto as fossas sépticas ou rudimentares e o lixo do domicílio era

queimado, enterrado ou jogado em terreno baldio, estavam associados ao uso esporádico dos serviços.

Os domicílios que tinham televisão a cores e geladeira não deram associação com o uso dos serviços. Já os domicílios que tinham máquina de lavar, telefone fixo convencional, telefone móvel celular, micro-ondas e computador deram associação ao uso frequente dos três níveis de serviços de saúde, enquanto não ter esses aparelhos eletrônicos estava associado ao uso esporádico dos serviços. O fato de o domicílio ter motocicleta deu associação ao uso esporádico dos serviços enquanto que não ter motocicleta deu associação ao uso dos três níveis de serviços de atenção à saúde. Não ter automóvel deu associação ao uso dos serviços de saúde para internação nos últimos 12 meses.

Com relação ao domicílio com acesso à internet, o fato de ter acesso deu associação com o uso frequente dos serviços de atenção básica e média complexidade e não ter acesso à internet deu associação com o uso dos serviços para internação. Domicílios que possuíam trabalhador (a) doméstico (a) deram associação com o uso frequente dos três níveis de atenção e ao uso dos serviços de saúde com internação no último ano e não ter trabalhador (a) deu associação com o uso esporádico dos serviços. A posse de animação de estimação e o cadastro do domicílio na USF não deram associação estatisticamente significativa. Já a faixa de rendimento domiciliar per capita deu associação para uso esporádico dos serviços na faixa de renda de até um salário mínimo, e associação ao uso frequente dos serviços de atenção básica e média complexidade na faixa de renda entre um e três salários mínimos.

Com relação as variáveis de nível individual (Tabela 8), no primeiro bloco referente aos fatores de predisposição, o fato do homem idoso ser responsável pelo domicílio deu associação ao uso frequente dos serviços de atenção básica e média complexidade. Indivíduos com idade menor ou igual a 68 anos estavam associados ao uso esporádico dos serviços, enquanto que idosos mais velhos deram associação ao uso frequente dos três níveis de atenção e ao uso com internação.

Tabela 8 - Análise do Uso dos Serviços de Saúde pelos homens idosos segundo blocos de variáveis independentes de nível individual, Brasil, 2023.

(continua)

Variável	Uso frequente dos serviços de saúde dos 3 níveis de atenção % (IC95%)	Uso esporádico dos serviços de saúde % (IC95%)	Uso dos serviços de saúde no último ano, com internação % (IC95%)	Uso frequente dos serviços de saúde da atenção básica e média complexidade % (IC95%)	Valor de p
Nível individual – Fatores de Predisposição					
Condição no domicílio					0,02*
Pessoa responsável pelo domicílio	4,7 (4,1-5,4)	69,7 (68,4-71,0)	5,3 (4,7-6,0)	20,2 (19,1-21,4)**	
Pessoa não responsável pelo domicílio	5,4 (4,5-6,5)	71,6 (69,6-73,5)	5,7 (4,9-6,7)	17,2 (15,6-19,0)	
Idade					<0,01*
Menor ou igual a mediana (68 anos)	4,3 (3,7-5,0)	72,8 (71,3-74,1)**	4,7 (4,0-5,4)	18,3 (17,1-19,5)	
Maior que a mediana (68 anos)	5,7 (5,0-6,5)**	67,6 (66,0-69,1)	6,4 (5,6-7,1)**	20,4 (19,1-21,8)**	
Cor ou raça					0,03*
Branca	5,8 (5,0-6,7)**	68,9 (67,3-70,5)	5,6 (4,9-6,4)	19,7 (18,3-21,0)	
Preta ou parda	4,1 (3,5-4,7)	71,7 (70,3-73,1)**	5,2 (4,6-6,0)	18,9 (17,7-20,2)	
Outro	4,2 (1,7-9,8)	73,8 (65,6-80,6)	5,3 (2,7-10,2)	16,8 (11,2-24,3)	
Estado civil					<0,01*
Casado	4,9 (4,4-5,6)	70,1 (68,8-71,4)	4,9 (4,4-5,5)	20,0 (18,8-21,2)**	
Divorciado ou desquitado ou separado	5,1 (3,5-7,5)	68,3 (64,3-72,0)	6,3 (4,4-8,9)	20,3 (17,0-24,1)	
Viúvo	5,7 (4,4-7,5)	66,9 (63,5-70,2)	9,2 (7,4-11,5)**	18,1 (15,4-21,1)	
Solteiro	4,3 (3,2-5,7)	75,0 (72,2-77,6)**	4,6 (3,5-6,0)	16,1 (13,9-18,6)	
Sabe ler e escrever?					<0,01*
Sim	5,0 (4,4-5,6)	69,8 (68,6-71,0)	5,3 (4,7-5,9)	19,9 (18,9-21,0)**	
Não	4,9 (3,8-6,2)	72,7 (70,4-74,8)**	6,2 (5,3-7,3)	16,3 (14,4-18,3)	
Nível individual – Fatores de Capacidade					
Tem plano de saúde médico?					<0,01*
Sim	6,7 (5,7-8,0)**	64,2 (61,8-66,5)	5,9 (4,9-7,1)	23,2 (21,3-25,2)**	
Não	4,3 (3,7-4,9)	72,7 (71,5-73,8)**	5,3 (4,7-5,9)	17,8 (16,8-18,8)	

Tabela 8 - Análise do Uso dos Serviços de Saúde pelos homens idosos segundo blocos de variáveis independentes de nível individual, Brasil, 2023.

(continuação)

Variável	Uso frequente dos serviços de saúde dos 3 níveis de atenção % (IC95%)	Uso esporádico dos serviços de saúde % (IC95%)	Uso dos serviços de saúde no último ano, com internação % (IC95%)	Uso frequente dos serviços de saúde da atenção básica e média complexidade % (IC95%)	Valor de p
Nível individual – Fatores de Capacidade					
Tem plano odontológico?					<0,01*
Sim	5,9 (4,4-8,0)	61,6 (57,7-65,4)	5,1 (3,6-7,2)	27,4 (24,1-31,0)**	
Não	4,9 (4,3-5,4)	71,1 (70,0-72,2)**	5,5 (5,0-6,0)	18,5 (17,6-19,5)	
Recebe rendimento de aposentadoria ou pensão?					<0,01*
Sim	5,1 (4,5-5,7)	68,9 (67,7-70,1)	5,6 (5,1-6,2)	20,4 (19,3-21,5)**	
Não	4,6 (3,6-5,7)	74,9 (72,9-76,9)**	4,8 (3,9-5,9)	15,7 (14,1-17,4)	
Nível individual – Fatores de Necessidade					
Diagnóstico de alguma doença crônica, física ou mental?					<0,01*
Sim	6,5 (5,8-7,3)**	63,5 (62,2-64,9)	6,6 (5,9-7,3)**	23,4 (22,2-24,6)**	
Não	2,1 (1,7-2,7)	82,7 (81,2-84,1)**	3,4 (2,8-4,1)	11,8 (10,6-13,1)	
Estado de Saúde					<0,01*
Muito bom	2,7 (1,4-5,2)	79,5 (75,8-82,8)**	2,7 (1,5-4,9)	15,0 (12,2-18,4)	
Bom	2,8 (2,2-3,5)	76,6 (75,0-78,1)**	4,4 (3,7-5,2)	16,2 (14,9-17,6)	
Regular	5,5 (4,8-6,4)	67,3 (65,6-68,9)	5,8 (5,1-6,7)	21,3 (19,9-22,8)**	
Ruim	11,1 (9,0-13,5)**	52,8 (49,2-56,4)	9,4 (7,8-11,4)**	26,7 (23,4-30,2)**	
Muito ruim	19,9 (14,7-26,3)**	37,2 (30,2-44,7)	13,9 (9,5-19,8)**	29,1 (21,7-37,8)**	
Qual o nível de dificuldade para realizar ABVD's e AIVD's?					<0,01*
Sem dificuldade	3,7 (3,2-4,2)	74,0 (72,8-75,1)**	4,4 (3,9-4,9)	18,0 (17,0-19,0)	
Pequena dificuldade	8,0 (6,5-9,7)**	58,5 (55,7-61,2)	8,9 (7,6-10,5)**	24,6 (22,2-27,2)**	
Grande dificuldade	17,2 (13,4-21,8)**	46,9 (41,2-52,6)	12,6 (9,4-16,8)**	23,3 (18,5-28,9)	

Tabela 8 - Análise do Uso dos Serviços de Saúde pelos homens idosos segundo blocos de variáveis independentes de nível individual, Brasil, 2023.

(conclusão)

Variável	Uso frequente dos serviços de saúde dos 3 níveis de atenção % (IC95%)	Uso esporádico dos serviços de saúde % (IC95%)	Uso dos serviços de saúde no último ano, com internação % (IC95%)	Uso frequente dos serviços de saúde da atenção básica e média complexidade % (IC95%)	Valor de p
Nível individual – Fatores de Necessidade					
Faz uso de algum medicamento?					<0,01*
Sim	6,5 (5,9-7,3)**	63,3 (62,0-64,7)	6,9 (6,2-7,6)**	23,2 (22,0-24,5)**	
Não	1,6 (1,1-2,3)	85,3 (83,8-86,6)**	2,4 (1,9-3,1)	10,7 (9,6-12,0)	
Nos últimos 12 meses, teve alguma queda?					<0,01*
Sim	11,3 (9,4-13,6)**	54,7 (51,4-57,9)	9,9 (8,1-12,0)**	24,1 (21,3-27,1)**	
Não	4,1 (3,6-4,7)	72,4 (71,3-73,4)**	4,9 (4,4-5,4)	18,6 (17,7-19,6)	

Fonte: A autora, 2023.

Nota: * p<0,05 (Teste de Rao-Scott); ** Resíduos padronizados >1,96.

Ser da cor ou raça branca deu associação ao uso frequente dos três níveis de serviços de saúde enquanto que ser preto ou pardo estava associado ao uso esporádico. Ser casado estava associado ao uso frequente da atenção básica e média complexidade, ser viúvo deu associação ao uso dos serviços com internação e ser solteiro estava associado ao uso esporádico. O fato de saber ler ou escrever estava associado ao uso dos serviços de atenção básica e média complexidade enquanto que não saber ler ou escrever estava associado ao uso esporádico dos serviços de saúde.

No bloco de fatores de capacidade, os homens idosos que possuíam plano de saúde médico estavam associados ao uso frequente dos três níveis de atenção e ao uso na atenção básica e média complexidade, enquanto que não ter plano médico associava ao uso esporádico. De forma semelhante, a posse de plano odontológico deu associação com o uso dos serviços da atenção básica e média complexidade e não ter plano odontológico deu associação ao uso esporádico dos serviços. Homens idosos que recebiam aposentadoria ou pensão deram associação ao uso frequente

dos serviços de atenção básica e média complexidade, e não receber aposentadoria ou pensão associou ao uso esporádico dos serviços de saúde.

No último bloco de variáveis individuais relacionadas aos fatores de necessidade, os homens idosos com algum diagnóstico de doença crônica, física ou mental estavam associados ao uso frequente dos três níveis de serviços de saúde e à internação. Por outro lado, não ter diagnóstico deu associação ao uso esporádico. Com relação à percepção do estado de saúde, as percepções “muito bom” e “bom” deram associação ao uso esporádico dos serviços, enquanto que as percepções “regular”, “ruim” e “muito ruim” deram associação ao uso dos três níveis de atenção e à internação.

Não ter dificuldade para ABVD's e AIVD's, não usar medicamento de forma regular ou contínua e não ter episódio de queda nos últimos 12 meses também deu associação ao uso esporádico dos serviços. Já o fato de ter pequena ou grande dificuldade para realizar as atividades diárias, usar medicamento de forma contínua e ter episódio de queda nos últimos 12 meses deram associação para uso frequente dos serviços de saúde e internação no último ano.

Os resultados das análises de regressão logística multinomial simples (domiciliar e individual) de acordo com cada bloco de fatores associados estão nas tabelas 9 e 10, respectivamente. O uso frequente dos serviços de saúde da atenção básica e média complexidade foi considerado como categoria de referência da variável dependente.

Tabela 9 - Valores de *odds ratio* bruta e do intervalo de confiança obtidos por análise univariada entre as variáveis domiciliares e o uso dos serviços de saúde, Brasil, 2023.

(continua)

Variável	Uso frequente dos serviços de saúde dos 3 níveis de atenção OR (IC95%)	Uso esporádico dos serviços de saúde OR (IC95%)	Uso dos serviços de saúde no último ano, com internação OR (IC95%)
Nível contextual - Domiciliar			
Região do país			
Norte	1,08 (0,83-1,33)	1,70 (1,59-1,82)*	1,56 (1,34-1,77)*
Nordeste	0,98 (0,77-1,19)	1,41 (1,32-1,51)*	1,20 (0,01-3,14)*
Sudeste	0,99 (0,77-1,20)	0,98 (0,88-1,09)	0,85 (0,64-1,06)*
Sul	1,00	1,00	1,00
Centro-oeste	1,08 (0,81-1,34)	1,17 (1,05-1,30)*	1,54 (1,31-1,77)*
Relação pessoa- cômodo			
Menor ou igual a mediana 0,4	1,00	1,00	1,00
Maior que a mediana 0,4	1,01 (0,87-1,15)	1,22 (1,15-1,28)*	1,06 (0,93-1,18)
Tipo de situação censitária			
Urbano	1,00	1,00	1,00
Rural	0,89 (0,72-1,06)*	1,57 (1,50-1,64)*	1,49 (1,36-1,63)*
Tipo de área			
Capital, RM ou RIDE	1,00	1,00	1,00
Resto da UF	1,02 (0,89-1,16)	1,37 (1,31-1,44)*	1,53 (1,41-1,66)*
Tipo de domicílio			
Casa	1,01 (0,80-1,23)	1,51 (1,40-1,61)*	1,38 (1,17-1,59)*
Apartamento	1,00	1,00	1,00
Material da parede externa do domicílio			
Alvenaria	1,00	1,00	1,00
Taipa, madeira ou outro	0,88 (0,60-1,16)	1,40 (1,29-1,52)*	1,52 (1,32-1,72)*
Material da cobertura do domicílio			
Telha ou laje de concreto	1,00	1,00	1,00
Madeira ou outro	0,77 (0,31-1,23)	1,29 (1,10-1,47)*	1,49 (1,18-1,79)*
Material do piso do domicílio			
Cerâmica, lajota ou pedra	1,00	1,00	1,00
Madeira de construção ou cimento	1,14 (0,98-1,29)	1,34 (1,26-1,41)*	1,38 (1,25-1,51)*
Terra ou outro	0,63 (0,01-1,51)	1,80 (1,50-2,10)*	1,66 (1,15-2,17)*
Abastecimento de água do domicílio			
Rege geral de distribuição	1,00	1,00	1,00
Poço, fonte ou nascente	0,95 (0,77-1,13)	1,43 (1,35-1,51)*	1,44 (1,30-1,58)*
Água armazenada da chuva ou outro	1,02 (0,54-1,49)	2,25 (2,05-2,45)*	1,61 (1,25-1,97)*
Água utilizada no domicílio chega:			
Canalizada	1,00	1,00	1,00
Não canalizada	0,69 (0,16-1,23)*	2,18 (1,99-2,37)*	1,49 (1,16-1,83)*

Tabela 9 - Valores de *odds ratio* bruta e do intervalo de confiança obtidos por análise univariada entre as variáveis domiciliares e o uso dos serviços de saúde, Brasil, 2023.

(continuação)

Variável	Uso frequente dos serviços de saúde dos 3 níveis de atenção OR (IC95%)	Uso esporádico dos serviços de saúde OR (IC95%)	Uso dos serviços de saúde no último ano, com internação OR (IC95%)
Nível contextual - Domiciliar			
Água para beber do domicílio é:			
Filtrada, fervida ou tratada com hipoclorito	0,78 (0,62-0,95)*	0,95 (0,87-1,03)*	0,95 (0,80-1,11)
Mineral industrializada	1,00	1,00	1,00
Sem tratamento	0,74 (0,54-0,93)*	1,14 (1,05-1,23)*	1,17 (0,99-1,34)*
Destino do esgoto do domicílio			
Rege geral de esgoto	1,00	1,00	1,00
Fossa séptica ou rudimentar	0,96 (0,82-1,10)	1,45 (1,39-1,52)*	1,50 (1,37-1,63)*
Vala, rio, mar, lago, córrego ou outro	1,21 (0,87-1,56)	1,74 (1,58-1,90)*	1,86 (1,57-2,15)*
Destino do lixo do domicílio			
Coletado por serviço de limpeza ou caçamba	1,00	1,00	1,00
Queimado ou enterrado (na propriedade)	0,95 (0,74-1,16)	1,80 (1,71-1,89)*	1,79 (1,64-1,94)*
Jogado em terreno baldio ou outro	1,11 (0,60-1,61)	1,37 (1,14-1,61)*	1,31 (0,88-1,75)*
No domicílio tem televisão a cores?			
Sim	1,00	1,00	1,00
Não	1,22 (0,88-1,56)	1,45 (1,29-1,60)*	1,89 (1,64-2,14)*
No domicílio tem geladeira?			
Sim	1,00	1,00	1,00
Não	0,84 (0,24-1,44)	1,77 (1,53-2,00)*	1,37 (0,95-1,80)*
No domicílio tem máquina de lavar roupa?			
Sim	1,00	1,00	1,00
Não	0,98 (0,83-1,13)	1,42 (1,36-1,49)*	1,51 (1,39-1,63)*
No domicílio tem telefone fixo convencional?			
Sim	1,00	1,00	1,00
Não	1,00 (0,85-1,14)	1,40 (1,33-1,47)*	1,36 (1,23-1,50)*
No domicílio tem telefone móvel celular?			
Sim	1,00	1,00	1,00
Não	0,93 (0,69-1,16)	1,42 (1,32-1,52)*	1,55 (1,38-1,73)*
No domicílio tem micro-ondas?			
Sim	1,00	1,00	1,00
Não	0,96 (0,82-1,09)	1,35 (1,29-1,41)*	1,41 (1,29-1,54)*
No domicílio tem computador?			
Sim	1,00	1,00	1,00
Não	1,02 (0,88-1,17)	1,34 (1,27-1,41)*	1,56 (1,42-1,70)*

Tabela 9 - Valores de *odds ratio* bruta e do intervalo de confiança obtidos por análise univariada entre as variáveis domiciliares e o uso dos serviços de saúde, Brasil, 2023.

(conclusão)

Variável	Uso frequente dos serviços de saúde dos 3 níveis de atenção OR (IC95%)	Uso esporádico dos serviços de saúde OR (IC95%)	Uso dos serviços de saúde no último ano, com internação OR (IC95%)
Nível contextual - Domiciliar			
No domicílio tem motocicleta?			
Sim	1,00	1,00	1,00
Não	1,12 (0,93-1,30)*	0,80 (0,72-0,88)*	0,86 (0,70-1,01)*
No domicílio tem automóvel?			
Sim	1,00	1,00	1,00
Não	1,06 (0,93-1,20)	1,27 (1,21-1,34)*	1,46 (1,34-1,58)*
Algum morador do domicílio tem acesso à internet?			
Sim	1,00	1,00	1,00
Não	0,93 (0,78-1,07)	1,28 (1,21-1,34)*	1,56 (1,44-1,69)*
No domicílio há trabalhador (a) doméstico (a)?			
Sim	1,00	1,00	1,00
Não	0,68 (0,46-0,89)*	1,14 (1,03-1,26)*	0,76 (0,56-0,96)*
No domicílio há algum animal de estimação?			
Sim	1,00	1,00	1,00
Não	1,03 (0,89-1,17)	0,87 (0,81-0,94)*	0,88 (0,76-1,01)*
O domicílio está cadastrado na USF?			
Sim	1,00	1,00	1,00
Não	0,88 (0,71-1,04)*	0,91 (0,84-0,99)*	0,93 (0,78-1,07)
Faixa de rendimento domiciliar per capita:			
Até 1 SM	1,19 (0,92-1,45)*	1,60 (1,48-1,72)*	1,33 (1,10-1,55)*
Mais de 1 até 3 SM	1,20 (0,93-1,46)*	1,33 (1,21-1,45)*	0,95 (0,72-1,18)
Mais de 3 até 5 SM	1,39 (1,06-1,71)*	1,17 (1,01-1,33)*	0,83 (0,51-1,15)
Mais de 5 SM	1,00	1,00	1,00

Fonte: A autora, 2023.

Nota: * p<0,25.

Tabela 10 - Valores de *odds ratio* bruta e do intervalo de confiança obtidos por análise univariada entre as variáveis individuais apresentadas no modelo hierarquizado e o uso dos serviços de saúde, Brasil, 2023.

(continua)

Variável	Uso frequente dos serviços de saúde dos 3 níveis de atenção OR (IC95%)	Uso esporádico dos serviços de saúde OR (IC95%)	Uso dos serviços de saúde no último ano, com internação OR (IC95%)
Nível individual – Fatores de Predisposição			
Condição no domicílio			
Responsável pelo domicílio	1,00	1,00	1,00
Não responsável pelo domicílio	1,54 (1,39-1,68)*	1,25 (1,18-1,32)*	1,33 (1,20-1,46)*
Idade			
Menor ou igual a mediana (68 anos)	1,00	1,00	1,00
Maior que a mediana (68 anos)	1,41 (1,27-1,55)*	0,88 (0,82-0,94)*	1,51 (1,39-1,64)*
Cor/Raça			
Branca	1,00	1,00	1,00
Preta ou parda	0,82 (0,68-0,96)*	1,19 (1,13-1,26)*	0,96 (0,84-1,08)
Outro	1,08 (0,55-1,61)	1,27 (1,03-1,51)*	0,97 (0,46-1,48)
Estado civil			
Casado	1,00	1,00	1,00
Divorciado ou desquitado ou separado	1,01 (0,76-1,26)	0,98 (0,87-1,10)	0,93 (0,70-1,16)
Viúvo	1,38 (1,17-1,60)*	1,13 (1,02-1,23)*	1,91 (1,74-2,08)*
Solteiro	1,02 (0,81-1,23)	1,50 (1,41-1,59)*	1,13 (0,94-1,31)*
Sabe ler e escrever			
Sim	1,00	1,00	1,00
Não	1,11 (0,82-1,39)	1,28 (1,15-1,40)*	1,60 (1,39-1,81)*
Nível individual – Fatores de Capacidade			
Plano de saúde médico			
Sim	1,00	1,00	1,00
Não	0,82 (0,67-0,96)*	1,70 (1,63-1,77)*	1,29 (1,15-1,43)*
Plano odontológico			
Sim	1,00	1,00	1,00
Não	1,10 (0,87-1,32)	1,71 (1,60-1,82)*	1,66 (1,43-1,90)*
Aposentado ou pensionista			
Sim	1,00	1,00	1,00
Não	1,01 (0,84-1,17)	1,37 (1,29-1,44)*	0,90 (0,75-1,06)*
Nível individual – Fatores de Necessidade			
Diagnóstico de doença crônica, física ou mental			
Sim	1,59 (1,40-1,77)*	0,39 (0,32-0,46)*	0,98 (0,84-1,12)
Não	1,00	1,00	1,00
Estado de saúde percebido			
Muito bom	1,00	1,00	1,00
Bom	1,41 (0,98-1,85)*	1,05 (0,91-1,19)	1,89 (1,53-2,25)*
Regular	2,37 (1,95-2,80)*	0,72 (0,58-0,86)*	2,09 (1,74-2,44)*
Ruim	4,32 (3,89-4,76)*	0,44 (0,28-0,60)*	2,88 (2,51-3,25)*
Muito ruim	8,41 (7,94-8,88)*	0,36 (0,14-0,59)*	3,21 (2,76-3,65)*

Tabela 10 - Valores de *odds ratio* bruta e do intervalo de confiança obtidos por análise univariada entre as variáveis individuais apresentadas no modelo hierarquizado e o uso dos serviços de saúde, Brasil, 2023.

(conclusão)

Variável	Uso frequente dos serviços de saúde dos 3 níveis de atenção OR (IC95%)	Uso esporádico dos serviços de saúde OR (IC95%)	Uso dos serviços de saúde no último ano, com internação OR (IC95%)
Nível individual – Fatores de Necessidade			
Nível de dificuldade para realizar ABVD's e AIVD's			
Sem dificuldade	1,00	1,00	1,00
Pequena dificuldade	2,05 (1,89-2,22)*	0,67 (0,59-0,75)*	1,74 (1,60-1,88)*
Grande dificuldade	5,55 (5,35-5,74)*	0,58 (0,44-0,72)*	2,70 (2,49-2,91)*
Uso de medicamento			
Sim	2,14 (1,92-2,36)*	0,35 (0,27-0,43)*	1,19 (1,03-1,35)*
Não	1,00	1,00	1,00
Queda nos últimos 12 meses			
Sim	1,96 (1,80-2,12)*	0,54 (0,45-0,63)*	1,51 (1,36-1,66)*
Não	1,00	1,00	1,00

Fonte: A autora, 2023.

Nota: * $p < 0,25$.

Na análise de regressão logística simples, todas as 27 variáveis contextuais domiciliares e as 13 variáveis dos três blocos de nível individual obtiveram o valor de $p < 0,25$ e foram testadas no modelo múltiplo. No modelo multinível final, nove variáveis domiciliares e 12 variáveis individuais permaneceram com significância estatística, com valor de $p < 0,05$ (Tabela 11).

Tabela 11 - Valores de *odds ratio* ajustada e intervalos de confiança obtidos por análise de regressão logística multinomial para associação entre o Uso dos Serviços de Saúde em relação ao uso frequente na atenção básica e média complexidade e as variáveis contextuais e individuais analisadas, Brasil, 2023.

(continua)

Variável	Uso frequente dos serviços de saúde dos 3 níveis de atenção OR (IC95%)	Uso esporádico dos serviços de saúde OR (IC95%)	Uso dos serviços de saúde no último ano, com internação OR (IC95%)
Nível contextual - Domiciliar			
Região do país			
Norte	0,98 (0,71-1,24)	1,45 (1,33-1,58)*	1,23 (1,00-1,46)
Nordeste	0,85 (0,62-1,08)	1,24 (1,14-1,35)*	0,96 (0,75-1,16)
Sudeste	0,94 (0,71-1,17)	1,04 (0,93-1,15)	0,87 (0,65-1,10)
Sul	1,00	1,00	1,00
Centro-oeste	1,05 (0,78-1,32)	1,13 (1,00-1,25)*	1,55 (1,32-1,79)*
Relação pessoa- cômodo			
Menor ou igual a mediana 0,4	1,00	1,00	1,00
Maior que a mediana 0,4	1,03 (0,89-1,18)	1,15 (1,08-1,22)*	1,07 (0,94-1,20)
Tipo de área			
Capital, RM ou RIDE	1,00	1,00	1,00
Resto da UF	1,06 (0,91-1,22)	1,16 (1,09-1,23)*	1,29 (1,15-1,43)*
Água para beber do domicílio é:			
Filtrada, fervida ou tratada com hipoclorito	0,77 (0,59-0,94)*	0,95 (0,87-1,04)	0,91 (0,75-1,07)
Mineral industrializada	1,00	1,00	1,00
Sem tratamento	0,71 (0,49-0,93)*	0,97 (0,87-1,07)	0,89 (0,70-1,08)
Destino do esgoto do domicílio			
Rege geral de esgoto	1,00	1,00	1,00
Fossa séptica ou rudimentar	0,96 (0,79-1,13)	1,12 (1,04-1,20)*	1,14 (0,98-1,29)
Vala, rio, mar, lago, córrego ou outro	1,24 (0,87-1,61)	1,24 (1,06-1,41)*	1,35 (1,04-1,66)
Destino do lixo do domicílio			
Coletado por serviço de limpeza ou caçamba	1,00	1,00	1,00
Queimado ou enterrado (na propriedade)	1,06 (0,81-1,31)	1,38 (1,27-1,48)*	1,25 (1,06-1,43)*
Jogado em terreno baldio ou outro	1,10 (0,54-1,66)	1,01 (0,75-1,27)	0,86 (0,37-1,34)
No domicílio tem automóvel?			
Sim	1,00	1,00	1,00
Não	1,17 (1,02-1,33)*	1,06 (0,99-1,13)	1,29 (1,15-1,43)*
Algun morador do domicílio tem acesso à internet?			
Sim	1,00	1,00	1,00
Não	0,91 (0,74-1,08)	1,04 (0,97-1,12)	1,25 (1,10-1,39)*

Tabela 11 - Valores de *odds ratio* ajustada e intervalos de confiança obtidos por análise de regressão logística multinomial para associação entre o Uso dos Serviços de Saúde em relação ao uso frequente na atenção básica e média complexidade e as variáveis contextuais e individuais analisadas, Brasil, 2023.

(continuação)

Variável	Uso frequente dos serviços de saúde dos 3 níveis de atenção OR (IC95%)	Uso esporádico dos serviços de saúde OR (IC95%)	Uso dos serviços de saúde no último ano, com internação OR (IC95%)
Nível contextual - Domiciliar			
No domicílio há trabalhador (a) doméstico (a)?			
Sim	1,00	1,00	1,00
Não	0,67 (0,45-0,90)*	1,03 (0,92-1,15)	0,67 (0,47-0,88)*
Nível individual – Fatores de predisposição			
Condição no domicílio			
Responsável pelo domicílio	1,00	1,00	1,00
Não responsável pelo domicílio	1,52 (1,37-1,66)*	1,27 (1,20-1,34)*	1,38 (1,25-1,51)*
Idade			
Menor ou igual a mediana (68 anos)	1,00	1,00	1,00
Maior que a mediana (68 anos)	1,36 (1,22-1,50)*	0,87 (0,80-0,94)*	1,34 (1,21-1,46)*
Cor/Raça			
Branca	1,00	1,00	1,00
Preta ou parda	0,82 (0,66-0,97)*	1,06 (0,67-1,45)	2,07 (1,06-3,08)*
Outro	1,03 (0,50-1,56)	1,14 (0,87-1,40)	0,82 (0,30-1,34)
Estado civil			
Casado	1,00	1,00	1,00
Divorciado ou desquitado ou separado	1,08 (0,83-1,33)	1,03 (0,91-1,15)	0,98 (0,75-1,22)
Viúvo	1,29 (1,06-1,51)*	1,12 (1,01-1,23)	1,62 (1,44-1,80)*
Solteiro	1,10 (0,89-1,31)	1,33 (1,23-1,43)*	1,04 (0,85-1,23)
Nível individual – Fatores de Capacidade			
Plano de saúde médico			
Sim	1,00	1,00	1,00
Não	0,76 (0,57-0,95)*	1,28 (1,19-1,38)*	0,87 (0,69-1,05)
Plano odontológico			
Sim	1,00	1,00	1,00
Não	1,21 (0,96-1,46)	1,19 (1,06-1,31)*	1,30 (1,05-1,56)*
Aposentado ou pensionista			
Sim	1,00	1,00	1,00
Não	1,11 (0,93-1,29)	1,30 (1,21-1,38)*	1,02 (0,85-1,18)
Nível individual – Fatores de Necessidade			
Diagnóstico de doença crônica, física ou mental			
Sim	1,01 (0,81-1,20)	0,64 (0,56-0,73)*	0,87 (0,71-1,03)
Não	1,00	1,00	1,00

Tabela 11 - Valores de *odds ratio* ajustada e intervalos de confiança obtidos por análise de regressão logística multinomial para associação entre o Uso dos Serviços de Saúde em relação ao uso frequente na atenção básica e média complexidade e as variáveis contextuais e individuais analisadas, Brasil, 2023.

(conclusão)

Variável	Uso frequente dos serviços de saúde dos 3 níveis de atenção OR (IC95%)	Uso esporádico dos serviços de saúde OR (IC95%)	Uso dos serviços de saúde no último ano, com internação OR (IC95%)
Nível individual – Fatores de Necessidade			
Estado de saúde percebido			
Muito bom	1,00	1,00	1,00
Bom	1,49 (1,04-1,93)	0,98 (0,82-1,13)	1,60 (1,24-1,95)*
Regular	2,48 (2,04-2,93)*	0,67 (0,52-0,83)*	1,50 (1,14-1,86)*
Ruim	3,59 (3,12-4,05)*	0,42 (0,24-0,60)*	1,65 (1,26-2,04)*
Muito ruim	5,87 (5,36-6,38)*	0,38 (0,13-0,64)*	1,69 (1,22-2,15)*
Nível de dificuldade para realizar ABVD's e AIVD's			
Sem dificuldade	1,00	1,00	1,00
Pequena dificuldade	1,58 (1,40-1,76)*	0,88 (0,78-0,97)*	1,43 (1,27-1,59)*
Grande dificuldade	2,94 (2,69-3,19)*	0,96 (0,80-1,13)	1,87 (1,62-2,12)*
Uso de medicamento			
Sim	1,45 (1,21-1,70)*	0,56 (0,47-0,65)*	1,12 (0,93-1,30)
Não	1,00	1,00	1,00
Queda nos últimos 12 meses			
Sim	1,29 (1,12-1,46)*	0,65 (0,55-0,75)*	1,23 (1,07-1,39)*
Não	1,00	1,00	1,00

Fonte: A autora, 2023.

Nota: * $p < 0,05$.

Na análise das variáveis contextuais domiciliares, admitindo como referência a região sul do país, os domicílios do Norte tinham 1,5 vezes, os do Nordeste 1,2 vezes, e os do Centro-oeste tinham 1,1 vezes mais chances de usar os serviços de saúde de forma esporádica em relação ao uso frequente da atenção básica e média complexidade, e os do Centro-oeste tinham 1,6 vezes mais chances de usar os serviços com internação.

Domicílios cuja a relação pessoa/cômodo era maior que a mediana de 0,4 tinham 1,2 vezes mais chances de usar o serviço de forma esporádica em relação ao uso frequente da atenção básica e média complexidade, comparado aos domicílios com menor aglomerado de pessoas. Com relação ao tipo de área de domicílio, os que moravam na região do restante da UF, comparado aos da capital, RM e RIDE, tinham

1,2 vezes mais chance de usar o serviço de forma esporádica e 1,3 mais chances de usar os serviços com internação.

Os domicílios que filtravam, ferviam ou tratavam a água para beber com hipoclorito tinham 23% de chance a menos de usar frequentemente os três níveis de atenção à saúde em relação aos que bebiam água mineral industrializada. Já os que não tratavam a água para consumo tinham 29% de chance a menos de usar frequentemente os três níveis de atenção à saúde em relação ao consumo de água mineral comparado ao uso frequente na atenção básica e média complexidade.

Com relação ao destino do esgoto, admitindo como referência a rede geral de esgoto, os domicílios que tinham fossa séptica ou rudimentar tinham 1,1 vezes mais chances de usar os serviços de forma esporádica, comparado ao uso frequente na atenção básica e média complexidade. Já os que tinham o esgoto do domicílio sendo despejado em vala, rio, mar, lago, córrego ou outro tinham 1,2 vezes mais chances de usar os serviços de forma esporádica. Os domicílios que tinham como destino do lixo queimar ou enterrar os entulhos na propriedade (em relação ao lixo coletado por serviço de limpeza ou caçamba) tinham 1,4 vezes mais chances de usar os serviços de forma esporádica e 1,3 vezes mais chances de usar os serviços no último ano com internação.

Domicílios que não tinham automóvel, comparado aos que tinham, possuíam 1,2 vezes mais chances de usar os três níveis de serviços de saúde e 1,3 vezes mais chances de usar os serviços no último ano com internação; domicílios que não tinham acesso à internet, comparado aos que tinham acesso, possuíam 1,3 vezes mais chances de usar os serviços com internação; e os domicílios que não tinham trabalhador (a) doméstico (a), comparado aos que tinham, possuíam 33% de chance a menos de usar os três níveis de serviços de saúde e 33% de chance a menos de usar os serviços no último ano com internação, comparado à categoria de referência.

No primeiro bloco de variáveis individuais relacionados aos fatores de predisposição, após os ajustes estatísticos das variáveis domiciliares, observou-se que os homens idosos que não eram responsáveis pelos domicílios, comparado aos que eram responsáveis, tinham 1,5 vezes mais chances de usar frequentemente os três níveis de serviços, 1,3 vezes mais chances de usar os serviços de forma esporádica e 1,4 vezes mais chances de usar os serviços com internação, comparado ao uso da atenção básica e média complexidade. Já os idosos com idade maior que 68 anos, comparado aos mais novos (idade igual ou menor a 68 anos), tinham 1,4

vezes mais chances de usar os três níveis de atenção à saúde, 13% de chance a menos de usar os serviços de forma esporádica e 1,3 vezes mais chances de usar os serviços no último ano com internação.

Na variável cor ou raça, admitindo como referência a cor/raça branca, os idosos que se declararam pretos ou pardos tinham 18% de chance a menos de usar frequentemente os três níveis de atenção à saúde e 2,1 vezes mais chances de usar os serviços no último ano com internação, comparado ao uso na atenção básica e média complexidade. Com relação ao estado civil, idosos viúvos (comparado aos casados) tinham 1,3 vezes mais chances de usar os três níveis de atenção à saúde e 1,6 vezes mais chances de usar os serviços no último ano com internação, e idosos solteiros tinham 1,3 vezes mais chances de usar os serviços de forma esporádica em relação aos casados e ao uso dos serviços de atenção básica e média complexidade.

Na análise do segundo bloco de nível individual, relacionado aos fatores de capacidade que podem influenciar o uso dos serviços de saúde, observou-se que os homens idosos que não tinham plano de saúde médico, comparados aos que tinham, possuíam 24% de chance a menos de usar frequentemente os três níveis de atenção à saúde e 1,3 vezes mais chances de usar o serviço de forma esporádica. Além disso, idosos que não tinham plano odontológico, comparado aos que tinham, possuíam 1,2 vezes mais chance de usar os serviços de forma esporádica e 1,3 vezes mais chances de usar os serviços no último ano com internação. Por último, homens idosos que não recebiam aposentadoria ou pensão, comparado aos que recebiam, tinham 1,3 vezes mais chances de usar os serviços de forma esporádica, comparado à categoria de referência.

No último bloco de análise dos fatores individuais relacionados aos fatores de necessidade em saúde, os homens idosos que tinham algum diagnóstico de doença crônica, física ou mental, comparado aos que não tinham, possuíam 36% de chance a menos de usar o serviço de saúde de forma esporádica, comparado ao uso na atenção básica e média complexidade.

Com relação ao estado de saúde percebido, considerando a percepção de saúde “muito bom” como referência, os homens idosos que relataram uma percepção “regular”, “ruim” e “muito ruim”, tinham 2,5 , 3,6 e 5,9 vezes mais chances, respectivamente, de utilizar frequentemente os três níveis de atenção à saúde em relação ao uso da atenção básica e média complexidade. Homens idosos que relataram a percepção “regular”, “ruim” e “muito ruim” tiveram, respectivamente, 33%,

58% e 62% de chance a menos de usar o serviço de forma esporádica. E por fim, os que relataram a percepção “bom”, “regular”, “ruim” e “muito ruim” tiveram 1,6 , 1,5 , 1,7 e 1,7 vezes mais chances, respectivamente, de usar os serviços de saúde no último ano com internação, comparado à categoria de referência de uso dos serviços.

Em relação ao nível de dificuldade para realizar ABVD's e AIVD's, admitindo “sem dificuldade” como categoria de referência, os idosos que tinham pequena dificuldade nas atividades diárias tinham 1,6 e 1,4 vezes mais chances de usar os três níveis de atenção à saúde e usar o serviço no último ano com internação, respectivamente, e 12% de chance a menos de usar o serviço de forma esporádica. Já os que tinham grande dificuldade para realizar ABVD's e AIVD's tinham 2,9 e 1,9 vezes mais chances de usar os três níveis de serviços e uso no último ano com internação, respectivamente, em relação ao uso frequente na atenção básica e média complexidade.

Homens idosos que fazem uso contínuo de medicamentos, comparado aos que não fazem, tem 1,5 vezes mais chances de usar frequentemente os três níveis de serviços de saúde e 44% de chance a menos de usar o serviço de forma esporádica. Já os idosos que tiveram algum episódio de queda nos últimos 12 meses, comparado aos que não caíram, tinham 1,3 vezes mais chances de usar os três níveis de serviços de saúde, 1,2 vezes mais chances de usar o serviço no último ano com internação e 35% de chance a menos de usar o serviço de forma esporádica, comparado ao uso frequente na atenção básica e média complexidade.

6 DISCUSSÃO

A OMS elaborou, no ano de 2020, um plano de ação denominado “Década do Envelhecimento Saudável: 2020-2030”, que consiste em 10 anos de colaboração combinada dos governos, sociedade civil e outras instâncias para melhorar a vida das pessoas idosas, de suas famílias e de suas comunidades. Este é o segundo plano de ação da estratégia global sobre envelhecimento e saúde da OMS e está alinhado com o cronograma da agenda 2030 das Nações Unidas sobre Desenvolvimento Sustentável e com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) (OMS, 2020).

Entre os 17 ODS, o quinto traz a temática da igualdade de gênero com a busca pela equidade de gênero ao longo de todo o curso de vida (ONU, 2015; OMS, 2020). Este ODS, por sua vez, não traz as especificidades das desigualdades de gênero na velhice, além de ter o foco nas mulheres. Neste sentido, observa-se a ênfase na mulher no desenho das agendas mundiais, e este plano, alinhado a outros relatórios sobre envelhecimento (WHO, 2015), não evidencia a particularidade dos homens na velhice no delineamento das ações para melhorar a saúde dos idosos. É certo que as mulheres necessitam e já possuem uma agenda de atividades programáticas específicas, todavia há uma necessidade urgente que os homens idosos com suas necessidades também estejam nessas programações.

Se a saúde é vista como necessidade humana essencial, beneficiária do estatuto de direito social, então sua garantia, através de procedimentos que visem a promoção, a prevenção, a manutenção e a recuperação, deverá ser objeto de políticas públicas universais e igualitárias assumidas como responsabilidade ética por toda a sociedade. Compreender a questão das desigualdades em saúde a partir dessa perspectiva implica adotar propostas baseadas no princípio da equidade, isto é, que levem em conta as necessidades dos grupos sociais e dos indivíduos, neste caso os homens idosos, na elaboração de estratégias compensatórias (BARATA, 2008).

A partir desse contexto de insuficiência de pesquisas e ações estratégicas, o delineamento desta tese trouxe um olhar para o envelhecimento masculino sob a ótica da análise dos determinantes da utilização dos serviços de saúde por homens idosos. No Brasil, o acesso universal aos serviços de saúde é garantido pela Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988), porém ter acesso aos serviços não implica necessariamente em utilizá-los. O acesso indica o grau de facilidade ou dificuldade com que as pessoas obtêm serviços de saúde (DONABEDIAN, 2003), e reflete as

características do sistema de saúde que atua aumentando ou diminuindo obstáculos à obtenção de serviços pela população (TRAVASSOS; VIACAVA, 2007).

O uso de serviços de saúde pode ser uma medida do acesso, mas o acesso não se explica apenas pelo uso. Mesmo o acesso sendo um importante determinante do uso, o uso efetivo dos serviços de saúde resulta de uma multiplicidade de fatores e a continuidade do cuidado também depende de situações distintas daquelas que definem a entrada do paciente no sistema (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Isto posto, entende-se que o fenômeno da utilização dos serviços de saúde exige um estudo de múltiplos determinantes. No entanto, a maioria das pesquisas que analisa o uso dos serviços de saúde por idosos emprega abordagens metodológicas estatísticas tradicionais (CESÁRIO, et al, 2021) ou investiga a temática por meio de perguntas únicas, a saber: “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), “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), entre outros, que não abordam o objeto de estudo na sua diversidade e complexidade.

Nesta pesquisa, foi analisado o perfil de utilização dos serviços de saúde dos homens idosos brasileiros que instituiu quatro tipos distintos de uso baseado nos padrões de respostas das variáveis categóricas de uma pesquisa de grande porte nacional, a PNS, e permitiu estudar o fenômeno compreendendo diversas nuances que envolvem a temática, com uma metodologia estatística inovadora e segura, pouco utilizada em estudos epidemiológicos (BIBIANO; SILVA; MOREIRA, 2019).

Com relação aos perfis de utilização de serviços de saúde identificados, observou-se que a maioria dos homens idosos brasileiros utilizou o serviço de saúde de forma esporádica, ou seja, não utilizou os serviços de saúde no último ano. Considerando que o uso dos serviços pode ser conceituado pelo contato com o serviço desde a prevenção, exames diagnósticos e consultas, até as hospitalizações (TRAVASSOS; MARTINS, 2004), observa-se um resultado preocupante: os homens idosos do Brasil têm pouco contato com os serviços de saúde, e esse contato, quando presente, está condicionado a fatores contextuais e individuais que podem favorecer ou dificultar a utilização dos serviços.

Apenas 19,3% utilizou frequentemente os serviços de saúde da atenção básica e média complexidade. No Brasil, a Atenção Básica (AB) é a principal porta de entrada do sistema de saúde e o centro de comunicação da rede de atenção à saúde, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede (BRASIL, 2017). A média complexidade, por sua vez, é composta por ações e serviços para atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos para o apoio diagnóstico e tratamento (BRASIL, 2007).

Nesse sentido, pôde-se identificar que menos de 20% dos homens idosos brasileiros frequentou esses dois níveis de atenção à saúde, o que repercute no uso dos serviços de forma tardia e com maior quadro de gravidade de doenças, utilizando a alta complexidade do sistema, com hospitalizações. 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).

Na análise descritiva das variáveis domiciliares, observou-se que a maioria dos domicílios que os homens idosos moravam estava em localização geográfica privilegiada, tinha boas condições sanitárias, socioeconômicas e de habitação. Com relação as variáveis individuais, a maioria era responsável por seus domicílios, tinha menos de 68 anos, eram brancos, casados, sabiam ler ou escrever, não tinham plano de saúde médico nem odontológico, mas recebiam rendimento de aposentadoria ou pensão. Observou-se ainda o predomínio de presença de doença crônica, física ou mental, de percepção do estado de saúde bom ou regular, a maioria não tinha dificuldade para realizar atividades diárias, fazia uso de algum medicamento de uso regular ou contínuo e não teve histórico de queda nos últimos 12 meses.

Esses dados coletados da PNS 2019 não apresentaram muitas variações ao comparar as mesmas variáveis estudadas na primeira edição da PNS em 2013 e pelo Suplemento Saúde da PNAD, pesquisa essa que antecedeu a PNS para estudar a saúde no Brasil (ALMEIDA, 2015; CESÁRIO, et al, 2021). Isso demonstra a fidedignidade dos dados que a PNS apresenta ao se propor a estudar, exclusivamente, a saúde da população brasileira, com maior precisão das estimativas analisadas, sendo um bom instrumento para utilização de dados em pesquisas científicas.

Neste estudo, apesar das condições individuais e contextuais acima relatadas, na análise multinível observou-se diversas desigualdades de acordo com as especificidades das variáveis estudadas. Idosos residentes nas regiões como Norte (OR 1,5), Nordeste (OR 1,2) e Centro-oeste (OR 1,1), que vivem em domicílios com maior aglomerado de pessoas (OR 1,2) e que moram no interior do país (OR 1,2), tem mais chances de usar os serviços de saúde de forma esporádica e quando usam, é por meio da internação, como no caso dos idosos do Centro-oeste (OR 1,6) e que moram no interior do país (OR 1,3).

No Brasil, o SUS tem, entre outros princípios, a Regionalização dos serviços de saúde, que constitui uma estratégia para corrigir as desigualdades no acesso e a fragmentação dos serviços, com definição das responsabilidades dos entes federados, e dos fluxos de referência, para a garantia de acesso da população residente na área de abrangência de cada espaço regional (BRASIL, Resolução CIT Nº 1, 2021). Tem ainda a organização descentralizada dos serviços, dada pela participação compartilhada de cada esfera do governo (União, estados e municípios) na oferta e no financiamento de serviços de saúde. Porém, essa característica do SUS pode favorecer a uma oferta desigual entre as UFs, uma vez que regiões mais pobres, como Norte e Nordeste, enfrentam maiores dificuldades em cumprir com suas responsabilidades no financiamento e na oferta de serviços de saúde (CAMBOTA; ROCHA, 2015).

Outro ponto a ser observado, é que no final de 2019, a cobertura de AB no Brasil era de 74,76% (BRASIL, Ministério da Saúde, 2021), o que não compreende a totalidade territorial, e apesar da regionalização, a oferta de serviços de saúde ainda é maior nas capitais e RM, do que no interior do país. Assim, apesar do arcabouço legal e organizacional do sistema público de saúde brasileiro ser estruturado para que a população tenha acesso aos serviços, independente do território, observou-se que as desigualdades sociais relacionadas a distribuição geográfica, ainda se configuram como barreiras para que os idosos acessem os serviços e consequentemente utilizem de forma mais frequente, principalmente os cuidados preventivos na AB.

As condições de moradia dos idosos também refletem na situação de saúde e na utilização dos serviços. Um estudo sobre os conceitos de Habitação e Saúde mostra que as necessidades habitacionais relacionadas com a água, esgoto, sanitários, vetores, entre outros, tanto na unidade domiciliar como no entorno, são

fundamentais para se ter uma boa relação entre habitação e saúde (PASTERNAK, 2016).

Neste estudo, identificou-se que a ausência de tratamento de água para consumo (OR 0,8) ou consumo de água filtrada, fervida ou tratada com hipoclorito (OR 0,7) deram associação ao não uso frequente dos três níveis de serviços de saúde; o esgoto do domicílio destinado em fossas sépticas/rudimentares (OR 1,1) ou despejado em vala, rio, mar, lago ou córrego (OR 1,2), e o destino do lixo do domicílio queimado ou enterrado na propriedade (OR 1,4) deram associação ao uso esporádico ou ao uso com internação (lixo queimado ou enterrado na propriedade com OR 1,3). Esses resultados revelam que os homens idosos que vivem em domicílios com piores condições sanitárias e de vulnerabilidade social, tem menos chances de usar os serviços de saúde, e quando usam, é por meio da alta complexidade.

A ausência de posse de automóvel evidenciou mais chances tanto para usar os três níveis de serviços (OR 1,2) quanto para internação (OR 1,3); não ter acesso à internet deu efeito de risco para uso na internação (OR 1,3); e não ter trabalhador(as) doméstico(as) no domicílio mostrou associação protetora para usar os três níveis de atenção à saúde (OR 0,7) e para internação (OR 0,7). Esses dados mostram risco para usar os serviços de forma mais tardia, e revelam ainda que, apesar da variável domiciliar renda per capita não ter associação e efeito sobre o uso na análise multinível, as variáveis de posse de bens, acesso à internet e ter trabalhador(as) doméstico(as) podem ser medidas indiretas da renda do domicílio e resultam em piores perfis de uso quando estão ausentes.

O estudo de Cambota e Rocha (2015) analisou os determinantes das desigualdades na utilização dos serviços de saúde na população geral do Brasil e identificou que a renda contribuiu para uma distribuição a favor dos mais ricos no uso total de consultas médicas e uma distribuição a favor dos mais pobres no uso total de internações hospitalares. Esse resultado, no entanto, não necessariamente significa uma melhor utilização das internações pelos mais pobres. Pode, todavia, ser um indicativo de que estes só conseguem usufruir de cuidados quando precisam de tratamento intensivo, como nos resultados encontrados pelos homens idosos.

As causas das desigualdades na utilização de serviços de saúde, no entanto, não são explicadas somente pelas características contextuais dos domicílios ou pelo sistema de saúde vigente no país, uma vez que também estão relacionadas aos determinantes individuais da utilização desses serviços, e por vezes essas

características contextuais e individuais ainda se relacionam resultando em piores perfis de uso. A seguir, serão discutidas as variáveis individuais de acordo com os blocos de predisposição, capacidade e necessidade em saúde (ANDERSEN; NEWMAN, 1973).

No primeiro bloco de variáveis individuais relacionados aos fatores de predisposição, observou-se que os homens idosos que não eram responsáveis pelos domicílios, tinham mais chances de usar frequentemente os três níveis de serviços (OR 1,5), mais chances de usar os serviços de forma esporádica (OR 1,3) e mais chances de usar os serviços com internação (OR 1,4), comparado ao uso na AB e média complexidade. Dessa forma, identificou-se que não ser responsável pelo domicílio está associado tanto para usar todos os serviços quanto para não utilizar, só que com maiores chances de usar os três níveis de serviços de saúde.

Não ser responsável pelo domicílio pode trazer ao homem idoso a ideia de vulnerabilidade e dependência dos outros, seja financeira, física ou funcional. O fato de ter, durante toda a trajetória de vida, a função social de provedor, e a obrigação de demonstrar poder e força nos espaços sociais, incluindo a família, o trabalho e as relações amorosas, limitou a adaptabilidade masculina a situações que envolvem fragilidades, como é o caso da velhice (NOGUEIRA; ANCÂNTARA, 2014). Nesse sentido, homens idosos que não são responsáveis por seus domicílios podem estar inseridos em contextos de fragilidade física, financeira ou emocional e estão mais propensos a usar todos os serviços de saúde ou a não utilizar no último ano. Essa variável por si só não conseguiu explicar a determinação do uso, porém variáveis socioeconômicas e de funcionalidade que serão explicitadas nos blocos subsequentes podem justificar melhor essa associação.

Idosos com idade maior que 68 anos tinham mais chances de usar os três níveis de atenção à saúde (OR 1,4), com associação também a maior chance de internação no último ano (OR 1,3), e efeito protetor para uso esporádico (OR 0,9). 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 o homem for, maior a chance de usar os serviços de saúde (YONG et al, 2014).

À medida em que a idade avança, existe uma progressiva perda de saúde e de capacidade física, o que pode convergir para piores indicadores de saúde em idosos.

A população de idosos mais velhos, com 80 anos ou mais, ainda é a de menor proporção quando comparada as outras faixas etárias, no entanto, é a população que mais cresce com o passar dos anos, e necessita de uma abordagem em saúde diferencial (WHO, 2015).

A presença de desigualdades raciais entre idosos sugere a complexa interação da cor/raça com marcadores de posição social e reflete a distribuição desigual de fatores de risco, proteção e de agravos à saúde, que se acumulam ao longo dos vários ciclos de vida até a terceira idade (OLIVEIRA et al, 2014). Essas desigualdades raciais também foram encontradas nas diferenças de utilização dos serviços de saúde. Homens idosos que se declaram pretos ou pardos, comparados aos brancos, tinham menos chance de usar frequentemente os três níveis de atenção à saúde (OR 0,8) e 2,1 vezes mais chances de usar os serviços no último ano com internação.

Esses achados revelam que os idosos pretos e pardos utilizam menos os serviços de saúde de forma geral, o que implica em piores indicadores sociais na utilização dos serviços de internação. Esse resultado, assim como o da renda, não implica necessariamente na melhor utilização da internação, mas pode ser indicativo de que os homens idosos pretos e pardos só conseguem entrar no serviço de saúde pela alta complexidade.

Com relação ao estado civil, idosos viúvos tinham mais chances de usar os três níveis de atenção à saúde (OR 1,3) e de usar os serviços no último ano com internação (OR 1,6). A viuvez é um dos estados civis mais predominantes na velhice e causa grande impacto na vida das pessoas idosas, não apenas pela tristeza advinda da ausência do cônjuge, mas também pela dificuldade de adaptação ao novo status social, às mudanças econômicas e perda material. O idoso viúvo pode desenvolver problemas emocionais, psicológicos e físicos, como desorganização emocional, alterações do humor e do sono, sintomas depressivos e ansiedade, autopercepção de saúde negativa e capacidade de autopreservação prejudicada (BOTH et al, 2013), o que pode predispor ao uso frequente dos serviços de saúde.

Já os idosos solteiros tinham mais chances de usar os serviços de forma esporádica (OR 1,3) em relação aos casados. O casamento está associado ao baixo risco de hospitalização, por oferecer proteção, uma vez que diminui a vulnerabilidade socioeconômica e melhora os hábitos de vida e de saúde, principalmente das pessoas idosas. Diversos fatores ambientais, econômicos, sociais e psicológicos se associam e oferecem ao idoso casado mais possibilidade de sobrevivência (OLIVEIRA et al,

2015). Por outro lado, os idosos solteiros se afastam dos serviços de saúde que pode ser explicado pela ausência de companhia que o incentive a buscar os serviços, ou pela permanência da cultura da invulnerabilidade masculina que faz com os homens não reconheçam as necessidades de cuidar da saúde.

As desigualdades sociais em idosos relacionadas a responsabilidade pelo domicílio, idade, raça/cor e estado civil evidenciam que os piores perfis de uso foram revelados aos dependentes, aos mais velhos, aos pretos e pardos e aos viúvos e solteiros. O rompimento de padrões culturais como a não predominância do ideal de provedor pelo homem e as variáveis sociais que desfavoreceram os mais vulneráveis impactaram negativamente na utilização dos serviços de saúde pelos idosos e esforços devem ser direcionados a essa população para minimizar as desigualdades sociais e estabelecer a equidade no direcionamento das políticas e ações dos governos e sociedade.

As desigualdades socioeconômicas indicam diferentes tempos e formas de adoecer e distintas necessidades e capacidades de procurar e usar serviços de saúde (LOUVISON et al, 2008). Na análise do segundo bloco de nível individual, relacionado aos fatores de capacidade, observou-se que as variáveis de posse de plano de saúde médico e odontológico e o recebimento de aposentadoria ou pensão deram associação ao desfecho.

No Brasil, embora haja um sistema universal de saúde, alguns indivíduos possuem plano de saúde privado para acompanhamento suplementar das necessidades de saúde. Neste estudo foi identificado que os homens idosos que não tinham plano de saúde médico apresentavam menos chances de usar os três níveis de serviços de saúde (OR 0,8), e mais de chance de usar de forma esporádica (OR 1,3), e os que não tinham plano odontológico tinham mais chances de usar os serviços de forma esporádica (OR 1,2) ou usar para internação no último ano (OR 1,3).

De acordo com Andrade et al (2013), apesar de o sistema de saúde brasileiro ter sido formulado para garantir acesso universal e igualitário para toda a população, seu desenho institucional misto, em que a saúde suplementar constitui uma parcela significativa da assistência à saúde, parece alimentar a desigualdade no acesso e na utilização de serviços de saúde.

Na República da Irlanda (BURNS et al, 2012), que também é um país que possui um sistema público de saúde, 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). Isso pode indicar que a presença de plano de saúde privado favorece o uso dos serviços de saúde de forma mais frequente, principalmente os cuidados preventivos, e a sua ausência, indica o uso não frequente, ou o uso em condições tardias como na internação.

Travassos, Oliveira e Viacava (2006) mostram que o acesso à saúde no Brasil é fortemente influenciado pela condição socioeconômica, uma vez que pessoas com melhor condição econômica e moradoras de regiões mais desenvolvidas possuem maiores chances de acesso a serviços de saúde do que aquelas que vivem em regiões menos desenvolvidas e com baixa condição socioeconômica. Neste estudo, homens idosos que não tinham renda referente a aposentadoria ou pensão tinham mais chance de usar os serviços de forma esporádica (OR 1,3), ou seja, de não utilizar os serviços de saúde no último ano. Na República da Coreia também foi encontrado que a renda baixa foi um fator estatisticamente associado ao não uso de consulta de profissional de saúde mental (KIM et al, 2015). Dessa forma, observa-se que a variável renda, proveniente de aposentadoria ou pensão, é um fator que pode, na sua ausência, inviabilizar o uso frequente dos serviços de saúde por homens idosos.

Uma revisão sistemática de literatura identificou que os fatores de necessidades são os que mais estão associados ao uso dos serviços de saúde pelo público idoso masculino (BIBIANO *et al.*, 2019). Na análise do terceiro e último bloco de variáveis individuais, foi encontrado que os homens idosos com diagnóstico de doença crônica, física ou mental têm menos chances de usar os serviços de forma esporádica (OR 0,6). Isso quer dizer que é mais provável que essa necessidade de saúde leve os homens a procurar mais os serviços de saúde, e pode demonstrar também que a busca pelo profissional de saúde acontece na presença de doença já instalada (VIRTUOSO et al, 2010) e não de forma preventiva.

Achados que corroboram esses dados 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.

Um estudo realizado na Espanha examinou as diferenças de gênero na utilização dos principais tipos de serviços de saúde entre a população idosa e identificou que as mulheres idosas visitam os médicos, recebem visitas médicas domiciliares e usam um alto número de medicamentos com mais frequência do que os homens. Isso é explicado, em parte, por variáveis associadas à necessidade de serviços de saúde e por fatores que possibilitam sua utilização. Quando as variáveis são consideradas individualmente, o número de doenças crônicas e a qualidade de vida são as variáveis que mais contribuem para as diferenças de gênero no uso desses serviços. Além disso, após o ajuste para esses dois fatores de necessidade, observou-se certa desigualdade na admissão hospitalar, na medida em que se mostrou mais frequente entre os homens (REDONDO-SENDINO et al, 2006).

Dessa forma, observa-se que os homens idosos entram no sistema de saúde com comorbidades já instaladas, utilizando os serviços de maior complexidade com mais frequência e com taxas de admissão hospitalar mais altas que as mulheres. Isso pode ser explicado, não só pela procura dos serviços apenas quando há uma necessidade de saúde, como também pelo direcionamento que a AB oferece para o atendimento às mulheres e às crianças, o que torna 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; SCHRAIBER, 2011). Assim, as instituições podem reproduzir e reforçar as divisões de gênero socialmente construídas (BOURDIEU, 2012), e essas condutas, embora comuns, levam a uma desigualdade na assistência à saúde e inviabilizam o alcance dos princípios da integralidade e da universalidade do cuidado (MACHIN et al, 2011).

As percepções sobre a saúde, que são 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 (STOPA et al, 2017). Neste estudo, foi identificado que quanto pior a percepção de saúde, representado pelos status de “regular” (OR 2,5), “ruim” (OR 3,6) e “muito ruim” (OR 5,9), maior a chance de usar os três tipos de serviços de saúde, menor chance para uso esporádico e fator de risco para internação.

Achados de outros estudos que sustentam esses dados foram encontrados em pesquisa conduzida nos Estados Unidos que identificou que os indivíduos que tinham mais chances de serem hospitalizados foram os que relataram a percepção “pobre”

de saúde (HUANG et al, 2000), e também ao estudo realizado na República da Coreia que analisou 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).

A prevalência da limitação funcional também foi analisada e 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 ínterim, identificou-se que quanto maior a dificuldade para realizar tais atividades, com os status de "pequena dificuldade para realizar ABVD's e AIVD's" (OR 1,6) e "grande dificuldade para realizar ABVD's e AIVD's" (OR 2,9), maiores as chances de usar os três tipos de serviços de saúde, com fator de risco também para internação no último ano.

Esses achados também foram encontrados em um estudo conduzido na 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).

Outro ponto de análise de necessidade de saúde é o uso contínuo de medicamentos como um fator que pode predispor ao uso dos serviços de saúde. Neste estudo, identificou-se que homens idosos que fazem uso contínuo de medicamentos tem mais chances de usar frequentemente os três níveis de serviços de saúde (OR 1,5), e menos chance de usar o serviço de forma esporádica (OR 0,6). Essa variável, alinhada às outras citadas anteriormente, reforçam o resultado que a necessidade de saúde predispõe o homem idoso brasileiro a usar mais os serviços de saúde.

Por último, a variável referente ao histórico de queda nos últimos 12 meses também deu associação ao uso dos serviços. Homens idosos que tiveram algum episódio de queda no último ano tem mais chances de usar os três níveis de serviços de saúde (OR 1,3), e usar os serviços com internação (OR 1,2) e menos chances de usar os serviços de forma esporádica (OR 0,7). Isto é, o episódio de queda também é um fator de necessidade que faz com que os homens utilizem os serviços, principalmente os de alta complexidade. Já é consenso na comunidade científica que

a queda em idosos de ambos os sexos apresenta associação sobre a hospitalização (LIMA et al, 2009; LUZ et al, 2011; COSTA et al, 2012), e estes dados confirmam que este fator também foi encontrado na análise específica dos homens idosos brasileiros.

Este estudo apresentou limitações metodológicas comuns a pesquisas que utilizam banco de dados secundários e ao desenho transversal, a saber: as informações coletadas representam um recorte temporal, não sendo possível estabelecer relações de causa e efeito; as variáveis estudadas na base de dados da PNS foram estabelecidas anteriormente, o que impediu que novas variáveis fossem incluídas; e 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, esta tese traz uma contribuição essencial para o estudo dos fatores contextuais e individuais associados a utilização dos serviços de saúde da população idosa masculina, com possibilidade de novo olhar para a temática e que pode servir de instrumento para o planejamento, aperfeiçoamento e execução de ações e políticas públicas para os homens idosos brasileiros.

7 CONCLUSÃO

Esta tese teve como objetivo analisar os fatores contextuais e individuais associados a utilização dos serviços de saúde pelos homens idosos no Brasil. Inicialmente, foram identificados os perfis de uso e observou-se o predomínio do uso esporádico dos serviços de saúde no último ano, ou seja, o predomínio do não uso dos serviços. A utilização dos serviços de AB e média complexidade, que deveriam ser as principais vias de entrada na rede de saúde do idoso, estavam presentes em menos de 20% do público estudado. Esses resultados influenciam no uso dos serviços de forma tardia e no não reconhecimento dos cuidados preventivos na AB e também revelam, apesar de não ser o alvo desta pesquisa, as fragilidades do acesso ao sistema de saúde pública no Brasil.

Na análise multinível dos fatores associados aos perfis de uso foram encontradas diversas desigualdades, tanto nas variáveis contextuais quanto individuais. Identificou-se que os idosos que moravam nas regiões Norte, Nordeste e Centro-oeste, em domicílios com aglomerado de pessoas, situados em sua maioria no interior do país, com moradias em baixas condições sanitárias e econômicas são os que têm maior risco para não usar os serviços de saúde no último ano, ou para usar na internação. Dessa forma, pensar e executar políticas públicas sociais para os idosos que contemplem melhores condições sanitárias de habitação, melhores condições socioeconômicas e melhor estruturação da rede de serviços de saúde do SUS são fundamentais para diminuir as desigualdades regionais e sociais que impactam na utilização dos serviços de saúde dos homens idosos.

Identificou-se também que as variáveis individuais dos três blocos de fatores de predisposição, capacidade e necessidade em saúde deram associação ao uso dos serviços. Idosos não responsáveis por seus domicílios, mais velhos, negros (pretos ou pardos), viúvos ou solteiros, sem plano de saúde médico ou odontológico e sem renda de aposentadoria ou pensão tinham, de forma geral, mais chances de não usar os serviços de saúde no último ano ou usar por meio da internação. Já os idosos com diagnóstico de doença crônica, física ou mental, com percepções negativas sobre seu estado de saúde, com algum grau de dificuldade para realizar ABVD's e AIVD's, que fazia uso contínuo de medicamentos e que teve histórico de queda no último ano foram os que tiveram mais chances de utilizar os três níveis de serviços de saúde com frequência, principalmente os de alta complexidade.

Isso indica que o perfil de utilização dos serviços de saúde por esses indivíduos está marcado por questões sociais, econômicas e culturais desfavoráveis, afastando os homens dos serviços de saúde e que a atenção à saúde do homem idoso brasileiro está principalmente direcionada para a doença e na atenção curativa e reabilitadora, e não na promoção de saúde e prevenção de doenças. Nesse contexto, políticas de saúde 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 estejam voltadas para o público masculino, para ampliar o conhecimento em saúde dessa população e que as políticas públicas e agendas mundiais estabeleçam metas, ações e estratégias para melhorar os indicadores de saúde dos homens idosos. Tais estratégias devem considerar que as necessidades deles são diferentes e, portanto, requerem recursos também diferenciados para sua satisfação. As políticas e ações genéricas em vigência no Brasil e no mundo não satisfazem as necessidades dessa população, sendo necessário estabelecer propostas especificamente voltadas para esse grupo vulnerável.

Assim, evidencia-se a necessidade urgente de olhar para a saúde do homem idoso, tanto na comunidade científica como no delineamento das políticas, agendas e ações para repensar os padrões de invulnerabilidade masculina, para diminuir o efeito das desigualdades sociais contextuais e individuais entre os idosos e estimular o uso dos serviços de AB, com ampliação da rede da principal porta de entrada no sistema de saúde no Brasil.

REFERÊNCIAS

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, M. V. *et al.* Desigualdade socioeconômica no acesso aos serviços de saúde no Brasil: um estudo comparativo entre as regiões brasileiras em 1998 e 2008. Economia Aplicada, São Paulo, v. 17, n. 4, p. 623-645, 2013.

ANJOS, J. A. Desigualdades de raça entre as mulheres: participação racial e de gênero nas categorias gerentes, empregados especialistas, empregados qualificados e supervisores no Brasil – 1992 a 2005. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2008.

ARAÚJO, F. *et al.* Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. Revista Portuguesa de Saúde Pública, Porto, v. 25, n. 2, p. 59-66, abril. 2007.

ARAÚJO, F. *et al.* 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, Lisboa: ISPA, p. 217-220, 2008.

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, São Paulo, 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.

BAKER, P. E. Review of the National Men's Health policy and Action Plan 2008-2013. Health Service Executive: Dublin [Internet]. Mar. 2015. Disponível em: <http://gamh.org/wpcontent/uploads/2015/07/Ireland-Mens-Health-Policy-Review.Final-Full-Report.2015.pdf>. Acesso em: 17 jan. 2020.

BARATA, R. B. Acesso e uso de serviços de saúde: considerações sobre os resultados da Pesquisa de Condições de Vida 2006. São Paulo em Perspectiva, São Paulo, Fundação Seade, v. 22, n. 2, p. 19-29, jul./dez. 2008.

BARROS, J. A. C. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 67-84, 2002.

BIBIANO, A. M. B.; SILVA, V. L.; MOREIRA, R. S. Utilização dos serviços de saúde por homens idosos. In: ESPIRITO SANTO, A. C. G.; de SOUZA, E. F.; MOREIRA, R. S., Org(s). Tópicos de Gerontologia. Curitiba: Editora CRV, 2018. p. 99-109.

BIBIANO, A. M. B. *et al.* Fatores associados à utilização dos serviços de saúde por homens idosos: uma revisão sistemática da literatura. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 2263-2278, 2019.

BIBIANO, A. M. B.; SILVA, V. L.; MOREIRA, R. S. Factors associated with the use of health services by elderly men in Brazil: a cross-sectional study. BMC Public Health, v. 19, n. 1, p.859, 2019.

BOTH, T.L.; *et al.* Uma abordagem sobre luto e viuvez na mulher idosa. Revista Brasileira de Ciência e Envelhecimento Humano, Passo Fundo, v. 9, sup.1, p.67-78, 2013.

BOURDIEU, P. A dominação masculina. Tradução por Maria Helena Kühner. 11ª edição. Bertrand Brasil, Rio de Janeiro. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. VIII Conferência Nacional de Saúde. In: Anais VIII Conferência Nacional de Saúde. Brasília, DF: O Ministério; 1986.

BRASIL. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidente da República, 1988.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília, DF: CONASS, 2007.

BRASIL. Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil. Brasília: Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS); 2008.

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 DF, 2009.

BRASIL, BRASIL 2050: 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, DF: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2017. – (Série estudos estratégicos; n. 8).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2436 de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde, Ministério da Economia, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde 2019 – Informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde. Rio de Janeiro, v. 1, p. 7-20, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde, Ministério da Economia, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde 2019 – Atenção primária à saúde e informações antropométricas. Rio de Janeiro, v. 2, p. 7-23, 2020a.

BRASIL. Ministério da Saúde, Ministério da Economia, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde 2019 – Percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal. Rio de Janeiro, v. 3, p. 7-23, 2020b.

BRASIL. Ministério da Saúde, Ministério da Economia, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde 2019 – Acidentes, violências, doenças transmissíveis, atividade sexual, características do trabalho e apoio social. Rio de Janeiro, v. 4, p. 7-23, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde, Ministério da Economia, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde 2019 – Ciclos de vida. Rio de Janeiro, v. 5, p. 7-23, 2021a.

BRASIL, Resolução de Consolidação CIT N° 1, de 30 de Março de 2021: Consolida as Resoluções da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, ed. 103, sec. 1, p.95, 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde, Informação e Gestão da Atenção Básica, Cobertura de Atenção Básica, Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS), 2021. Disponível em < e-Gestor AB (saude.gov.br)>. Acesso em 04 de Jan. de 2023.

BRAZ, M. A construção da subjetividade masculina e seu impacto sobre a saúde do homem: reflexão bioética sobre justiça distributiva. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 97-104, 2005.

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. *et al.* 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.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. Phisis - Rev Saude Coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

CAMBOTA, J. N.; ROCHA, F. F. Determinantes das Desigualdades na Utilização de Serviços de Saúde: análise para o Brasil e regiões. Pesquisa e Planejamento Econômico, v. 45, n. 2, p. 219-243, 2015.

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.

CESÁRIO, V. A. C. *et al.* Tendências de acesso e utilização dos serviços de saúde na APS entre idosos no Brasil nos anos 2008, 2013 e 2019. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 26, n. 9, p. 4033-4044, 2021.

CHIAVEGATTO FILHO, A. D. P. *et al.* 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.

COLLINS, L. M.; LANZA, S. T. Latent Class and Latent Transition Analysis: With Applications in the Social, Behavioral, and Health Sciences. Ed. Wiley, 2010.

CONNELL, R. Políticas de masculinidades. Educação e Realidade, v. 20, n. 2, p. 185-206, jul.-dez.,1995.

COSTA, I. C. P. *et al.* 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.

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.; 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. 2 ed. Hoboken: John Wiley & Sons. 2006.

DAHLGREN, G, WHITEHEAD, M. Policies and Strategies to promote social equity in health. Stockholm: Institute for Future Studies. 1991.

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.

DAVIS, N. Z. Women's History in Transition: The European Case. Feminist Studies, v. 3, 1975-76.

DEROSE, K. P.; ESCARCE, J. J.; LURIE, N. Immigrants and health care: Sources of vulnerability. Health Aff, v. 26, n. 5, p. 1258-68, 2007.

DONABEDIAN, A. An introduction to Quality Assurance in Health Care. Oxford University Press, New York, 2003.

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.

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

EFROYMSON, M. A. "Multiple Regression Analysis," In: A. Ralston and H. S. Wilf, Eds., Mathematical Methods for Digital Computers, John Wiley, New York, 1960.

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.

FERREIRA, A. B. de H. Novo Aurélio Século XXI: o dicionário da língua portuguesa. 3 ed. totalmente rev. e ampl. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

FIGUEIREDO, W.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, Supl. 1, p. 935– 944, 2011.

FREITAS, M. P. S. *et al.* 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. *et al.* Sentidos atribuídos à política voltada para a Saúde do Homem. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 10, p. 2589-2596, 2012.

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.

HART, J. T. The inverse care law. Lancet, p. 405-412, fev. 1971.

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. *et al.* 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.

IBGE. Agência IBGE-Notícias. Estatísticas sociais. 2019. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/29502-em-2019-expectativa-de-vida-era-de-76-6-anos>. Acesso em: 23/02/2023.

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.

KELLY, J. The Doubled Vision of Feminist Theory. In: Women, History and Theory. Chicago: University of Chicago Press, p.51-64, 1984.

KIM, J. L. *et al.* Depression symptom and Professional mental health service use. BioMed Central Psychiatry, v. 15, p. 261, 2015.

KORDA, R. J. *et al.* 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.

KNAUTH, D.; COUTO, M. T.; FIGUEIREDO, W. A visão dos profissionais sobre a presença e as demandas dos homens nos serviços de saúde: perspectivas para a análise da implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 10, p. 2617-2626, 2012.

LEÓN-MUÑOZ, L.M. *et al.* 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. *et al.* Produção científica sobre hospitalização de idosos: uma pesquisa bibliográfica. Cogitare Enfermagem, v. 14, n. 4, p. 740-7, 2009.

LOUREIRO, A. *et al.* O contexto socioespacial como fator de risco de internação por doença mental nas áreas metropolitanas de Portugal. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 31, p. 219-231, 2015. Supl . 1.

LOUVISON, M. C. P. *et al.* 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.

LUZ, T. C. B. *et al.* 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.

MARTINS, A.; MALAMUT, B. Análise do discurso da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 429-440, 2013.

MCKINNON, C. Femininism, Marxism, Method, and State: An Agenda for Theory. Signs, v. 7, p. 515-541, 1982.

MCKINLAY, 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.

MOREIRA, M. C. N.; GOMES, R.; RIBEIRO, C. R. E agora o homem vem?! Estratégias de atenção à saúde dos homens. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, p. 3-10, abr, 2016.

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

NOGUEIRA, I.R.R.; ALCÂNTARA, A.O. Envelhecimento do homem: de qual velhice estamos falando? Revista Kairós Gerontologia, São Paulo, v. 17, n. 1, p.263-282, 2014.

NYLUND, K. L.; ASPAROUHOV, T.; MUTHÉN, B. O. Deciding on the number of classes in latent class analysis and growth mixture modeling: a Monte Carlo simulation study. Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal, v. 14, p. 535-569, 2007.

OLIVEIRA, B. L. C. A.; THOMAZ, E. B. A. F.; SILVA, R. A. Associação da cor/raça aos indicadores de saúde para idosos no Brasil: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (2008). Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 30, n. 7. p. 1-15, 2014.

OLIVEIRA, T.C.; MEDEIROS, W.R.; LIMA, K.C. Diferenciais sócio-demográficos da mortalidade de idosos em idades precoces e longevas. Revista Baiana de Saúde Pública, v. 39, n. 2, p. 249-61, 2015.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS - ONU. Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. 2015. Disponível em <<https://nacoesunidas.org/pos2015/>>, Acesso em 10/12/2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. 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>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. Década do Envelhecimento Saudável (2020-2030). Organização Pan-Americana da Saúde, p. 1-29, 2020.

PASTERNAK, S. Habitação e saúde. Estudos Avançados, v. 30, n. 86, p. 51-66, 2016.

PHILLIPS, K. *et al.* 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, edit(s). La planification de la santé: concepts, méthodes et stratégies, Montréal: Agence d'Arc, p. 191-202, 1986.

PUENTE-PALACIOS, K. E.; LAROS, J. A. Análise multinível: contribuições para estudos sobre efeito do contexto social no comportamento individual. Estudos de Psicologia, Campinas, v. 26, n. 3, p. 349-361, jul./set. 2009.

REDONDO-SENDINO, A. *et al.* Gender differences in the utilization of health-care services among the older adult population of Spain. BMC Public Health, v. 16, n. 6, p. 155, 2006.

RICHARDSON, N.; CARROLL, P. National Men's Health Action Plan Healthy Ireland-Men HI-M 2017-2021. Working with men in Ireland to achieve optimum health and wellbeing [Internet], 2016. Disponível em: <https://www.mhfi.org/HI-M.pdf>. Acesso em: 16 fev. 2020.

RICHARDSON, N.; SMITH, J. A. National men's health policies in Ireland and Australia: What are the challenges associated with transitioning from development to implementation? Public health, v. 125, n. 7, p. 424-32, jul. 2011.

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

SANTOS, S. M.; *et al.* Associação entre fatores contextuais e auto-avaliação de saúde: uma revisão sistemática de estudos multinível. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n. 11, p. 2533-54, 2007.

SCHWARZ, E. Reflexões sobre gênero e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 10, p. 2579-2588, 2012.

SCOTT, J. Gender: a useful category of historical analyses. Gender and the politics of history. New York, Columbia University Press., 1989.

SILVA, P. N. Gênero, masculinidade e saúde do homem: a representação social do agente comunitário de saúde. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Fundação Oswaldo Cruz, Centro de Pesquisas René-Rachou, Belo Horizonte, fev. 2015. 89 p.

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

STOPA, S. R. *et al.* Acesso e uso de serviços de saúde pela população brasileira, Pesquisa Nacional de Saúde 2013. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 51, p. 1-11, 2017. Supl. 1.

STOPA, S. R. *et al.* Pesquisa Nacional de Saúde 2019: histórico, métodos e perspectivas. Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília, v. 29, n. 5, e2020315, 2020.

TRAVASSOS, C. *et al.* Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health, v. 11, n. 5/6, p. 365-373, 2002.

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. Supl. 2.

TRAVASSOS, C.; OLIVEIRA, E. X. G.; VIACAVA, F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 975-986, 2006.

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.

VERMELHO, L. L; MONTEIRO, F. G. Transição demográfica e epidemiológica. In: MEDRONHO, R. A *et al.* Epidemiologia. São Paulo: Ed. Atheneu; 2004. p. 91-103.

VICTORA, C. G. *et al.* 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.

WANG, H. H. *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. 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. *et al.* 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.

